

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven



Herausgeberinnen & Herausgeber:

Barbara Schneider, Reinhard Lindner,
Ina Giegling, Sina Müller,
Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu,
Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:

Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink,
Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar,
Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling,
Raymond Voltz, Birgit Wagner,
Manfred Wolfersdorf

Auf Initiative und in Kooperation mit



Ein Projekt der



Gefördert durch



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Impressum

© 2021 Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP)

„Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“

Geschäftsstelle

Universität Kassel

Institut für Sozialwesen

Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie

Arnold-Bode-Straße 10

34109 Kassel

E-Mail: geschaeftsstelle@naspro.de

Kontakt für Medienanfragen: presse@naspro.de

www.suizidpraevention.de

DOI: 10.17170/kobra-202107014195

Grafik: Brandungen GmbH, Leipzig

Datum der Veröffentlichung: August 2021

Coverbild: © stock.adobe.com – Mihail

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Herausgeberinnen & Herausgeber:

Barbara Schneider¹, Reinhard Lindner²,
Ina Giegling³, Sina Müller⁴, Hannah Müller-Pein⁵,
Dan Rujescu⁶, Barbara Urban⁷, Georg Fiedler⁸

In Zusammenarbeit mit:

Hellmuth Braun-Scharm⁹, Sabine Fink¹⁰, Karoline Lukaschek¹¹,
Klaus Maria Perrar¹², Paul Plener¹³, Frank Schwab¹⁴, Uwe Sperling¹⁵,
Raymond Voltz¹⁶, Birgit Wagner¹⁷, Manfred Wolfersdorf¹⁸

1 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

2 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

3 PD Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

4 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

5 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

6 Prof. Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

7 Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

8 Dipl.-Psych., Ehem. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

9 Prof. Dr., Kinder- und Jugendpsychiater, Nürnberg

10 Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, München

11 PD Dr., Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

12 Dr., Köln, Zentrum für Palliativmedizin

13 Prof. Dr, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien

14 Prof. Dr., Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Fakultät für Humanwissenschaften

15 Dr., Universitätsmedizin Mannheim, IV. Medizinische Klinik, Geriatisches Zentrum

16 Prof. Dr., Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin

17 Prof. Dr., MSB Medical School Berlin, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie

18 Prof. Dr. Dr. h.c., Universität Bayreuth, ehemals Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, privatärztliche Praxis

Das Projekt „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“	10
Suizidalität und Suizidprävention in Deutschland – Ein Blick auf den gegenwärtigen Stand	17
POLITIK & GESELLSCHAFT	41
1 Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln	41
Einleitung	42
1.1 Institutioneller Raum	45
1.1.1 Justizvollzugsanstalten	45
1.1.2 Psychiatrische Kliniken	48
1.2 Öffentlicher Raum	52
1.2.1 Brücken und Türme	52
1.2.2 Bahnschienen	54
1.3 Medikamentenverfügbarkeit	56
1.4 Schusswaffenverfügbarkeit	57
1.5 Auswahl der wichtigsten konkreten Maßnahmen	59
1.5.1 Etablierung suizidpräventiver Maßnahmen im Recht	59
1.5.2 Datenerhebung	59
1.5.3 Bundesweite Informationsstelle	60
1.5.4 Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)	60
2 Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit	61
Einleitung	62
2.1 Aktueller Stand der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit	64
2.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit	64
2.1.2 Darstellung der relevanten Akteurinnen und Akteure der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit	70
2.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit	71
2.1.4 Zusammenstellung aktueller Empfehlungen	74

2.2	Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit entgegenstehen	75
2.2.1	Kommunikatorforschung	78
2.2.2	Medieninhaltsforschung	78
2.2.3	Rezeptions- und Wirkungsforschung	78
2.3	Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?	82
2.3.1	Medien	82
2.3.2	Gesellschaft	84
2.4	Vorschläge für konkrete Maßnahmen	85
2.4.1	Förderung der Awareness bezüglich Suizidprävention	85
2.4.2	Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medienschaffenden	88
2.4.3	Förderung der Medienforschung im Bereich Suizid und Suizidprävention	89
2.4.4	Zentrale Vorschläge	91
INDIVIDUUM & LEBENSLAUF		92
3	Suizidprävention in der Kindheit und Jugend	92
	Einleitung	94
3.1	Aktueller Stand der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen	104
3.1.1	Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen	104
3.1.2	Darstellung der relevanten Akteurinnen und Akteure im Kinder- und Jugendbereich	105
3.1.3	Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich	105
3.2	Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen entgegenstehen	107
3.2.1	Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention entgegenstehen	107
3.3	Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?	108
3.3.1	Review der für Deutschland relevanten Vorschläge für weitere effiziente Maßnahmen	109
3.3.2	Bewertung, Priorisierung und Begründung der ausgewählten Strategien und Maßnahmen	111
3.4	Vorschläge für konkrete Maßnahmen	112
3.5	Anhang	115
3.5.1	Methodik und Ergebnisse der Online-Befragung	115
3.5.2	Abkürzungsverzeichnis	117

4	Suizidprävention im beruflichen Umfeld	118
	Einleitung	120
	4.1 Relevante Akteurinnen und Akteure	122
	4.1.1 Arbeitsplatzbedingter Suizid: Welche Berufsgruppen sind besonders betroffen?	122
	4.1.2 Beispiele laufender Aktivitäten zur Suizidprävention	124
	4.1.3 Beispiele laufender Aktivitäten zur Suizidprävention, bestimmte Berufe und Branchen	126
	4.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention im beruflichen Umfeld entgegenstehen	131
	4.2.1 Stigmatisierung von Suizidhandlungen	131
	4.2.2 Stigmatisierung von suizidalen Krisen	132
	4.2.3 Stigma und Unternehmens-Image	132
	4.2.4 Stigmatisierung von Suizidhinterbliebenen	132
	4.2.5 Fehlende Trauerkultur	132
	4.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?	133
	4.3.1 Erläuterung der Evaluation und der damit untersuchten konkreten Fragestellung	134
	4.3.2 Ergebnisse	134
	4.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen	135
	4.5 Danksagung	136
	4.6 Anhang	137
	4.6.1 Abkürzungsverzeichnis	138
5	Suizidprävention für alte Menschen	141
	Suizidalität im Alter	142
	5.1 Aktueller Stand der Suizidprävention für alte Menschen	144
	5.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidalität alter Menschen	144
	5.1.2 Darstellung der in dem Segment der Altenhilfe relevanten Akteurinnen und Akteure	148
	5.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in der Altenhilfe	149
	5.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen	155
	5.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention bei älteren Menschen entgegenstehen	157
	5.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention bei älteren Menschen entgegenstehen	157
	5.2.2 Hemmnisse in weiteren spezifischen Bereichen der Altenhilfe	158

5.3	Vorschläge für konkrete Maßnahmen	159
5.3.1	Zentrale Maßnahme: kontinuierliche finanzielle Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)	160
5.3.2	Vorrangige Empfehlungen	160
5.3.3	Weitere Empfehlungen	161
5.3.4	Notwendigkeit von Grundlagenforschung und Evaluation	163
5.4	Danksagung	163
5.5	Anhang	164
5.5.1	Ergebnisse einer Befragung von Professionellen der ambulanten Altenpflege zu Stand, Problemen und Perspektiven der Suizidprävention in ihrem Feld	164
5.5.2	Suizidpräventive Aktivitäten der Deutschen Depressionshilfe mit besonderem Fokus auf Ältere	165
5.5.3	Statistische Angaben der Telefonseelsorge zur Nutzung ihres Dienstes durch Ältere im Kontext der Suizidalität	166
5.5.4	Aktivitäten der AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland	166
5.5.5	Online-Befragung „Suizidalität bei älteren Menschen im geriatrischen Kontext. Eine empirische Untersuchung“	167
	VERSORGUNGSSYSTEME	170
6	Suizidprävention in der medizinischen Versorgung	170
	Einleitung und Fragestellung	172
6.1	Aktueller Stand der Suizidprävention in der medizinischen Versorgung	173
6.1.1	Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidprävention in der medizinischen Versorgung	173
6.1.2	Relevante Akteurinnen und Akteure in der Suizidprävention	178
6.1.3	Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im Bereich der medizinischen Versorgung	179
6.1.4	Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen	180
6.2	Hemmnisse	181
6.2.1	Analyse der hemmenden Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention in der medizinischen Versorgung entgegenstehen	181

6.3	Auswahl der wichtigsten konkreten Maßnahmen	184
6.3.1	Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)	184
6.3.2	Aus-, Fort- und Weiterbildung	185
6.3.3	(Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen	185
6.3.4	Vernetzung, Verbesserung der Nachsorge und Postvention	186
6.4	Anhang	187
6.4.1	Erläuterung der durchgeführten Umfrage	187
6.4.2	Suchkriterien	189

VERSORGUNGSSYSTEME **190**

7 Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung **190**

7.1	Aktueller Stand der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung	192
7.1.1	Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen in der Hospiz- und Palliativversorgung	192
7.1.2	Darstellung der in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten Akteurinnen und Akteure	194
7.1.3	Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im jeweiligen Segment	195
7.1.4	Zusammenstellung aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien sowie wissenschaftliche Erhebungen im Rahmen der TPG	198
7.2	Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung entgegenstehen	199
7.2.1	Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung entgegenstehen	199
7.2.2	Ergebnisse	201
7.3	Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?	210
7.3.1	Zusammenstellung aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der für Deutschland relevanten Veröffentlichungen über weitere effiziente Maßnahmen zur Suizidprävention	210
7.3.2	Bewertung, Priorisierung und Begründung der ausgewählten Strategien und Maßnahmen	211
7.4	Vorschläge für konkrete Maßnahmen	212

8 Niedrigschwellige Suizidprävention	214
Einleitung	216
Definition niedrigschwellige Suizidprävention	217
8.1 Aktueller Stand der niedrigschwelligen Suizidprävention	218
8.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidalität im niedrigschwelligen Bereich	218
8.1.2 Darstellung der relevanten Akteure in der niedrigschwelligen Suizidprävention	224
8.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention	226
8.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen	227
8.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention entgegenstehen	228
8.2.1 Allgemeine Hemmnisse: Tabuisierung der Suizidalität als spezifisches Hemmnis niedrigschwelliger Suizidprävention	228
8.2.2 Finanzielle Förderung und Gesundheitsfürsorge	228
8.2.3 Zusammenarbeit mit der Forschung	229
8.2.4 Hemmnisse im klinischen Bereich	229
8.2.5 Zeitliche Befristung suizidpräventiver Projekte	230
8.2.6 Männersuizidalität	230
8.2.7 Unübersichtlichkeit der Angebote	231
8.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?	231
8.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen im Rahmen der niedrigschwelligen Suizidprävention	231
8.4.1 Vorschlag einer zentralen Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention	232
8.4.2 Drei zentrale, vordringliche Aktionsfelder niedrigschwelliger Suizidprävention	233
Literatur	236

Das Projekt „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“

In jedem Jahr sterben in Deutschland mehr als 9.000 Menschen durch Suizid. Durch jeden Suizid sind mittelbar mehr als 100.000 weitere Menschen betroffen.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit Mittel für ein Projekt zur Verfügung gestellt, um eine Grundlage für die weitere Entwicklung der Suizidprävention zu gewinnen. Das Projektziel war die Erstellung eines wissenschaftlich fundierten umfassenden Berichts zur Suizidproblematik, der Suizidprävention und deren Perspektiven in Deutschland.

Der Bericht beabsichtigt, die Situation von Suizidgefährdeten zu verbessern, indem er wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen für Entscheiderinnen und Entscheider in Politik und Gesellschaft erarbeitet. Darüber hinaus soll dadurch eine Empfehlung für die Weiterentwicklung einer nationalen Struktur der Suizidprävention gegeben werden.

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche und äußerst komplexe Aufgabe

Auf das Phänomen Suizidalität wirken zahlreiche Einflüsse, es betrifft viele gesellschaftliche Bereiche und Institutionen. Suizidpräventive Interventionen sind auf zahlreichen Ebenen möglich (vgl. WHO, 2014). Dabei wird Suizidprävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden.

Um ein möglichst umfangreiches Bild zum suizidalen Geschehen zu gewinnen und so viele Perspektiven wie möglich aufzunehmen, wurden auf einer breiten Basis Informationen von relevanten Akteurinnen und Akteuren in Deutschland einbezogen. Zu diesen zählen politische Institutionen in Bund und Ländern, Organisationen, Unternehmen, (Fach-)Verbände und andere Netzwerke, welche für die Suizidprävention in Deutschland von Bedeutung sind. Befragt wurden neben wissenschaftlich tätigen universitären Expertinnen und Experten auch verschiedene gesellschaftliche Institutionen, einschließlich Verbänden von Betroffenen, Selbsthilfegruppen, Initiativen, Beratungsstellen und relevante wirtschaftlich orientierte Unternehmen. Eine besondere Berücksichtigung erhalten die Bereiche Kultur und Medien.

Das Projekt bearbeitete folgende Fragestellungen:

1. Wie ist der aktuelle Stand der Suizidprävention?
2. Welche Hemmnisse stehen der Verbesserung der Suizidprävention entgegen?
3. Welche Maßnahmen wurden bislang ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?
4. Welche Vorschläge gibt es für konkrete Maßnahmen, Handlungsempfehlungen?

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurde auf das Netzwerk des seit 2001 arbeitenden Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro, www.suizidpraevention.de) zurückgegriffen. Aus den Mitgliedern der bereits vorhandenen Arbeitsgruppen des NaSPro bildeten sich – erweitert mit externen Expertinnen und Experten – acht thematische Teilprojektgruppen (TPG). Die TPG hatten die Aufgabe unterschiedliche Bereiche der Fragestellungen zu untersuchen (siehe Infokasten „Teilprojektgruppen“).

Teilprojektgruppen des Projekts „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“

TPG „Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln“

Sprecher: Prof. Dr. Dan Rujescu

Diese Projektgruppe befasst sich mit der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. Im Fokus stehen technische Aspekte der Suizidprävention, welche bei Bauwerken (Gebäuden, Brücken, Straßen, Bahngleisen und Bahnhöfen, Justizvollzugsanstalten etc.) beachtet werden sollten. Darüber hinaus betrifft dies auch die Konstruktion technischer Geräte (z. B. hinsichtlich Autoabgasen) sowie die Verfügbarkeit von Waffen, Gefahrstoffen und pharmazeutischen Wirkstoffen, sowie die Kontrolle von deren Verbreitung.

TPG „Suizidprävention in den Medien und Öffentlichkeitsarbeit“

Sprecher: Prof. Dr. Frank Schwab

Die Teilprojektgruppe hat die mediale Darstellung von Suiziden (in klassischen und neuen Medien, Kunst, in realen und fiktiven Berichten, Kultur und Werbung), den Umgang mit Suizidalität auf vernetzten Kommunikationsplattformen (z. B. Facebook, Twitter) und soll zum einen Guidelines für den Umgang damit entwickeln und zum anderen Vorschläge für eine nachhaltige Umsetzung (z. B. in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, durch Unternehmensrichtlinien etc.) erarbeiten oder ggf. auch umsetzen. Dies betrifft ausdrücklich auch die mediale Kommunikation suizidpräventiver Angebote. Fokussiert auf suizidpräventive Maßnahmen in Unternehmen, Organisationen und Institutionen.

TPG „Suizidprävention in der Kindheit und Jugend“

Sprecher: Prof. Dr. Paul Plener

Umfasst Suizidprävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen in Familie, Schule/Ausbildung und Peergruppen (psychosoziale Angebote und Einrichtungen) sowie auch in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Ein besonderes Gewicht sollte auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitenden, auf Strukturen für effektive Krisenintervention sowie den Einbezug der Situation von Mitschülerinnen und Mitschülern etc. suizidaler Kinder und Jugendlicher sein.

TPG „Suizidprävention im beruflichen Umfeld“

Sprecherinnen: Dipl. Psych. Sabine Fink/ PD Dr. Karoline Lukaschek

Fokussiert auf suizidpräventive Maßnahmen in Unternehmen, Organisationen und Institutionen.

TPG „Suizidprävention für alte Menschen“

Sprecher: Prof. Dr. Arno Drinkmann/Dr. Dipl.-Gerontologe Uwe Sperling

Fokussiert auf Suizidalität und Suizidprävention bei Menschen im Alter über 60 Jahre und betrifft die Tätigkeit der Professionellen der ambulanten und stationären Altenhilfe, der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Gerontologie. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Situation von Hochbetagten gelegt werden

TPG „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“

Sprecherin & Sprecher: Prof. Dr. Barbara Schneider/Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf

Die Teilprojektgruppe widmet sich der Suizidprävention im Bereich der stationären und ambulanten Behandlung einschließlich ihrer komplementären Einrichtungen (Somatik, Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin) sowie der Akut- und Notfallversorgung und soll nachhaltige Verbesserungsmöglichkeiten u. a. im Bereich der Strukturen und der Aus-, Fort- und Weiterbildung erarbeiten. Ausdrücklich eingeschlossen ist die Berücksichtigung der Situation von Angehörigen.

TPG „Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung“

Sprecher: Univ.-Prof. Dr. Raymond Voltz/Dr. Klaus Maria Perrar

Umfasst den Schwerpunkt der Suizidprävention in und durch palliativmedizinische Behandlungen, Versorgung und Leben in Hospizen, wie auch der Seelsorge in unterschiedlichsten Institutionen für Menschen in der Nähe des Sterbens und des Todes. Hier ist besonders auch die Prävention des assistierten Suizids angesprochen, der besonders häufig von Personen mit zum Tode führenden Erkrankungen ohne ausreichende professionelle Begleitung anvisiert wird.

TPG „Niedrigschwellige Suizidprävention“

Sprecherin und Sprecher: Prof. Dr. Birgit Wagner/Prof. Dr. Reinhard Lindner

Umfasst im Schwerpunkt die niedrigschwellige Suizidprävention in den Bereichen außerhalb des medizinischen und beruflichen Bereichs, welche häufig von Initiativen, Vereinen, Stiftungen und kommunalen Trägern verantwortet wird. Dies umfasst u. a. Beratungsstellen (Kinder und Jugendliche, Ehe und Familien), telefonische- und Internetberatungsangebote (z. B. Telefonseelsorge, Nummer gegen Kummer), die Notfallseelsorge, Selbsthilfegruppen, z. B. für Hinterbliebene, spezielle

Angebote für Migranten, LGBT, Arbeitslosigkeit, Kulturinitiativen und weitere Angebote (u. a. mit Einbezug der Expertise der NaSPro AGs „Niedrigschwellige Angebote“, „Vernetzung“, „Kinder und Jugendliche“, „Alte Menschen“).

Teilgruppenübergreifend wurden folgende Themenbereiche von Expertinnen und Experten berücksichtigt:

Recht (Daniela Hery, LL.M.), Gender (Dr. Iris Hauth), Migration und Flucht (Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Prof. Dr. Wulf Rössler), Entstigmatisierung (Prof. Dr. Nicolas Rüscher, MSt.), Hinterbliebene (Dipl.-Soz.päd. Elisabeth Brockmann, Martha Wahl)

Die Komplexität der zu bearbeitenden Themen wird aus den Aufgabenstellungen der Teilprojektgruppen deutlich. Die Berichte der Teilprojektgruppen sind der Kern dieser Publikation.

An der Erarbeitung der jeweiligen Teilberichte waren insgesamt 63 Haupt- und 14 Co-Autorinnen und -Autoren beteiligt, wobei einige Autorinnen und Autoren an mehreren Teilberichten beteiligt waren. An den von mehreren Teilprojektgruppen unternommenen und dokumentierten Befragungen beteiligten sich 967 Einzelpersonen, Einrichtungen, Unternehmen und Institutionen.

Trotzdem wird es noch Bereiche geben, die in diesem Bericht nicht ausreichend berücksichtigt sind und weiterer Untersuchungen bedürfen.

Der Projektprozess war geprägt durch eine intensive Zusammenarbeit mit internationaler Beteiligung

Das Projekt lief von Oktober 2017 mit einer durch die Corona-Pandemie bedingten Verlängerung bis Februar 2021. Die TPG haben möglichst viele relevante externe Expertinnen und Experten in die Projektarbeit einbezogen. Es fanden im Jahr durchschnittlich vier Treffen der einzelnen TPG statt, ggf. zusätzliche Telefonkonferenzen und jeweils ein Projektgesamttreffen aller Gruppen im Herbst. Auf den Projektgesamttreffen wurde der Stand der Projektarbeit vorgestellt und diskutiert. Das Gesamttreffen 2019 fand gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Beirat des Projekts statt (siehe Infokasten „Der Internationale Beirat“).

Der Internationale Beirat

Sprecher: **Prof. Dr. Wolfgang Rutz** (Stockholm/Coburg), University of Coburg, Coburg, Germany, Senior Consultant, International and Public Mental Health, Stockholm, Sweden

Prof. Dr. Danuta Wasserman (Stockholm), Karolinska University, Stockholm, Sweden

Prof. Dr. Lars Mehlum (Oslo), National Centre for Suicide Research and Prevention, University of Oslo, Oslo, Norway

Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer (Stuttgart), Furtbachkrankenhaus, Stuttgart, Deutschland

Prof. Dr. Thomas Bronisch (München), Max-Planck-Institut für Psychiatrie München, Deutschland

Dr. Alan L. Berman (Washington), American Association of Suicidology, Washington, DC, USA

Prof. Dr. Jan Chodkiewicz (Lodz), Institute of Psychology, University of Lodz, Lodz, Poland

Prof. Dr. Thomas Niederkrotenthaler (Wien), Department of Social and Preventive Medicine, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Austria

Prof. Dr. Jose Manoel Bertolote (Sao Paulo/Brisbane/Lausanne/Genf)
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu SP, Brazil; Australian Institute for Suicide Research and Prevention (AISRAP) Griffith University, Brisbane, Australia; Associate Professor Department of Psychogeriatrics at Lausanne University, Switzerland, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Prof. Dr. Annette Erlangsen (Kopenhagen/Canberra/Baltimore)
Mental Health Centre Copenhagen, Copenhagen University Hospital Centre for Mental Health Research, Australian National University, Canberra, Australia, Department of Mental Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA

Prof. Dr. Dolores Angela Castelli Dransart (Genf), Research Unit School of Social Work Fribourg, University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Givisiez, Switzerland

Prof. Dr. Ella Arensman (Cork), National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland, School of Public Health, University College Cork, Cork, Ireland

Der internationale Beirat, dem die Teilberichte vorab zur Verfügung standen, begutachtete den Stand der Arbeit der jeweiligen TPG und gab Impulse für das weitere Vorgehen.

Im Rahmen ihrer Projektarbeit identifizierten die TPG zahlreiche Akteurinnen und Akteure und versuchten diese durch Befragungen in das Projekt einzubeziehen. Der Rücklauf bei den Befragungen war größer bei den in die Versorgung Suizidgefährdeter eingebundenen Akteurinnen und Akteuren, z. B. „Medizinische Versorgung“, „Alte Menschen“, als in Bereichen wie „Medien und Öffentlichkeitsarbeit“ und „Berufliches Umfeld“. An dieser Stelle zeigt sich schon die sehr unterschiedliche wahrgenommene Relevanz suizidpräventiver Aktivitäten in den unterschiedlichen Bereichen. Die TPG „Niedrigschwellige Suizidprävention“ führte darüber hinaus ein Symposium mit ca. 50 eingeladenen Personen durch, die in Arbeitsgruppen ihre Sichtweisen, Probleme und Empfehlungen darlegten.

Nach der Analyse und den Erhebungen in den ersten beiden Jahren des Projektes wurden im letzten Projektjahr die Teilberichte erstellt.

Die Corona-Pandemie hat die Projektarbeit beeinträchtigt

Die Corona-Pandemie hat zu Verzögerungen bei dem Projekt geführt. Die pandemiebedingten Einschränkungen traten in einer Phase des Projektes ein, in welcher die Berichte geschrieben werden sollten. Die Koordination dieser Phase fand dann ausschließlich online statt. Besonders drei Faktoren wirkten sich einschränkend aus: Die Projektbeteiligten waren in großem Umfang beruflich durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie erheblich gefordert (besonders in Kliniken, Beratungsstellen etc.), die digitale Infrastruktur war zunächst nur rudimentär vorhanden und deren Nutzung musste geübt werden. Auch wirkte sich das Fehlen jeglicher persönlicher Treffen auf die Dynamik einer Teamarbeit aus. Die Abschlusstagung konnte vor diesem Hintergrund nicht – wie ursprünglich vorgesehen – im September 2020 abgehalten werden.

Nicht alle wichtigen Themen konnten bearbeitet werden

Besonders zwei Themen konnten nicht aufgenommen werden, da diese erst in der Abschlussphase des Projektes an Bedeutung gewonnen haben.

Die Folgen der Corona-Pandemie auf das Suizidgeschehen. Es sind keine Aussagen möglich über die Entwicklung der Suizidhäufigkeiten. Es konnten keine Auswirkungen auf die Versorgungslage suizidgefährdeter Menschen und die Probleme der dem Versorgungssystem angehörenden Einrichtungen untersucht werden.

Es werden deshalb in diesem Bericht auch keine – eigentlich notwendigen – Empfehlungen für den Umgang mit suizidgefährdeten Menschen im Rahmen einer Pandemie gegeben.

Die Folgen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid. Die Folgen des Urteils sind vermutlich erst längerfristig zu erheben. Interessant wäre es zu untersuchen, wie sich das Urteil auf die Einstellung der Bevölkerung zum Suizid auswirkt und ob sich in der Folge – wie in anderen Ländern – auch die Rate der Suizide ohne Assistenz wieder erhöht. Welche Auswirkungen hat dieser Entscheid auf die Behandlung, Beratung und Betreuung suizidgefährdeter Menschen, z.B. in psychiatrischen und somatischen Kliniken, in der niedergelassenen medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung, in Beratungsstellen oder auch im Justizvollzug? Welche Auswirkungen hat diese Entscheidung für die Darstellung der Suizidthematik in den Medien, die ja wissenschaftlich nachgewiesen einen Einfluss auf Suizidhäufigkeit haben. Welchen Einfluss hat diese Entscheidung auf die Suizidprävention?

Nicht alle Gruppen konnten vollständig erreicht werden. Es gibt blinde Flecke in der Suizidforschung. Nicht immer konnte ein hinreichender Kontakt zu den Akteurinnen und Akteuren und Betroffenen hergestellt werden. Die betrifft exemplarisch, z.B. Kunst und Kultur, besonders die Suizidalität von Künstlerinnen und Künstler, Suizidalität in der Landwirtschaft, der Seefahrt oder von queeren Personen.

Danksagung

Der Bericht „Suizidprävention Deutschland – aktueller Stand und Perspektiven“ war nur möglich durch die hervorragende Arbeit, die fachliche Expertise, das unermüdliche Engagement und die gute Zusammenarbeit aller, an den Teilprojektgruppen Beteiligten. Hierfür möchten wir uns sehr herzlich bedanken!

Unser großer Dank gilt zudem allen Expertinnen und Experten, die die Teilprojektgruppen exzellent berieten. Wir danken auch herzlich dem internationalen wissenschaftlichen Beirat für die Diskussionen aus internationaler suizidologischer Perspektive. Ein ganz konkreter Anlass war hier die Projekttagung im November 2019 in Berlin, bei der der wissenschaftliche Beirat und die Expertinnen und Experten in einem lebhaften Diskurs richtungsweisende Kommentare und Rückmeldungen gaben.

Ein besonderer Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit, dessen finanzielle Förderung eine Durchführung dieses Projekts und somit auch das Anfertigen dieses Berichts überhaupt erst ermöglicht hat. Das Bundesministerium für Gesundheit, aber auch das Bundesverwaltungsamt sowie der Projektträger, VDI/VDE unterstützten uns stets sehr hilfreich bei der Umsetzung des Projekts, auch in den kritischen Phasen, die durch die Verzögerungen der Pandemie entstanden.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber, im Juli 2021

Suizidalität und Suizidprävention in Deutschland – Ein Blick auf den gegenwärtigen Stand

Georg Fiedler¹, Barbara Schneider², Ina Giegling³, Dan Rujescu⁴, Reinhard Lindner⁵

1 Dipl.-Psych., Ehem. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

2 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

3 PD Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

4 Prof. Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

5 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen – Suizidprävention eine komplexe Aufgabe

Suizidalität ist ein menschliches Geschehen und Erleben, dessen Verständnis sich im kulturellen Kontext wandelt. Erklärungsmodelle psychopathologischer, psychodynamischer, biologischer, epidemiologischer, soziologischer oder philosophischer Art allein können das Phänomen nicht erklären. In unserem Kulturkreis wurde der Suizid jahrhundertlang als „Sünde“ angesehen und die durch Suizid Verstorbenen noch nach ihrem Tod physisch geschändet und außerhalb christlicher Friedhöfe beigesetzt. Erst im 19. Jahrhundert wurde Suizidalität in die Nähe von psychischer Erkrankung gebracht. 1838 schrieb Esquirol: „Der Selbstmord bietet alle Merkmale der Geisteskrankheit“, womit Suizidalität der Psychiatrie zugeordnet wurde und somit zur Basis für ein medizinisch-psychosoziales Paradigma von Suizidalität wurde (Wolfersdorf 1995:2).

Das Verständnis des Suizids in der Gegenwart ist weiter gefasst: Es umfasst die Interaktion von individuell-psychologischen, interpersonellen, biologischen, kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen auf suizidale Handlungen. Suizidprävention beinhaltet daher eine Vielzahl von Interventionen auf unterschiedlichen Handlungsebenen. Suizidprävention wird deswegen als eine ressortübergreifende, gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und nicht nur in der Psychiatrie verortet (World Health Organization, 2014, 2021).

Ebenso hat sich die Suizidprävention entwickelt: von einer eher patriarchalen (den Suizid verdammen, strafenden oder den Menschen unbedingt retten wollenden), religiös motivierten und tabuisierenden Haltung hin zu einer den Suizid annehmenden, verständnisvollen, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, modernen, wissenschaftlich fundierten und humanistischen Grundhaltung. Im Vordergrund steht das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – nicht der Zwang – zur Hilfe (Fiedler et al., 2020).

Kernelemente in der Suizidprävention sind das Erkennen von Suizidalität, Suizidgefährdete dafür zu gewinnen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und die Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten. Zur modernen Suizidprävention gehören beispielsweise aber auch Interventionen hinsichtlich der Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln, die Sicherung von Bauwerken (Zalsman et al., 2016), der verantwortungsvolle Umgang der Medien mit der Suizidthematik und nicht zuletzt die Etablierung eines gesamtgesellschaftlichen Klimas, in welchem die Suizidproblematik enttabuisiert, wahr- und ernst genommen wird.

Was verstehen wir unter Suizidalität?

Es gibt keine Definition von Suizidalität, die das gesamte Spektrum dieses Phänomens menschlichen Denkens, Verhaltens und Erlebens abdeckt. Die Weltgesundheitsorganisation weist in ihrem Report 2014 darauf hin, dass verschiedene Definitionen für spezifische Anwendungsfälle sinnvoll sein können. Für den Zweck des Reports wurde **Suizid** als Akt der bewussten Selbsttötung definiert und **Suizidversuch** als jegliches nicht tödlich endendes suizidales Verhalten, unter Einschluss selbstschädigenden Verhaltens. Unter **suizidalem Verhalten** werden eine Reihe von Verhaltensweisen, zu denen *Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid* selbst gehören, aufgeführt.

Die Autorinnen und Autoren des WHO-Reports weisen darauf hin, dass die Zuordnung von selbstverletzendem Verhalten innerhalb des Spektrums suizidalen Verhaltens akademisch breit diskutiert wird und aus pragmatischen Gründen gewählt wurde (World Health Organization, 2014). In dem vorliegenden Bericht wird abweichend selbstverletzendes Verhalten nicht zwingend als Suizidversuch gewertet.

In der Palliativmedizin wird parallel der Begriff **Todeswunsch** verwendet. Dieser bezeichnet einen Zustand, in dem die Person sich das baldige Sterben wünscht und hofft, bald tot zu sein. Der Todeswunsch reicht von der Akzeptanz des Todes im Sinne von Lebenssattheit, dem Hoffen auf einen baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung bis hin zur akuten (bewusst geplanten) Suizidalität mit einem zunehmenden Handlungsdruck, je drängender und akuter der Wunsch nach selbst herbeigeführtem Sterben ist.

Nicht verwendet werden sollten wertende oder interpretierende Begriffe wie **Freitod, Selbstmord, suizidwillig** oder **Sterbewunsch** etc. Suizidalität ist fast nie ein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern geprägt durch kognitive Einengung, durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folge (Wolfersdorf, 2008). *Selbstmord* hingegen beinhaltet die Konnotation einer Straftat sowie eine Stigmatisierung des Suizidalen als potentiell Kriminellen. Besonders für Hinterbliebene nach einem Suizid ist die Verwendung dieser Begriffe sehr belastend. *Suizidwillig* oder *Sterbewunsch* negieren die der Suizidalität innewohnende Ambivalenz der Suizidvorstellungen.

Mehr als 9.000 Suizide und mehr als 100.000 Suizidversuche in Deutschland (im Jahr)

Suizide. Seit Ende des 19. Jahrhunderts gibt es Statistiken zu Suiziden in Deutschland. Gegenwärtig werden diese vom Statistischen Bundesamt auf der Grundlage der Auswertung der Totenscheine erstellt. Aus verschiedenen Gründen besteht vermutlich bei den publizierten Daten eine erhebliche Dunkelziffer. So könnte als Todesursache die bei einem Suizidversuch erlittene schwere Verletzung angegeben werden, wenn Betroffene später in einer Klinik versterben. Auch bei Verkehrsunfällen kann manchmal eine suizidale Handlung nicht ausgeschlossen werden. In anderen Fällen wird ein Suizid nicht erkannt. Auch die Zuordnung von assistierten Suiziden in der Statistik ist nicht bekannt.

In der Bundesrepublik war 1982 die Suizidrate am höchsten. Diese lag damals bei 32,9 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW), die Anzahl der Suizide bei 18.711. Seitdem sank die Suizidhäufigkeit auf den derzeit niedrigsten Stand. 2019 nahmen sich insgesamt 9.041 Menschen selbst das Leben, 6.841 Männer und 2.199 Frauen. Die Suizidrate lag bei 10,9 pro 100.000 EW, für Männer bei 16,7 und für Frauen bei 5,2 (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2021).

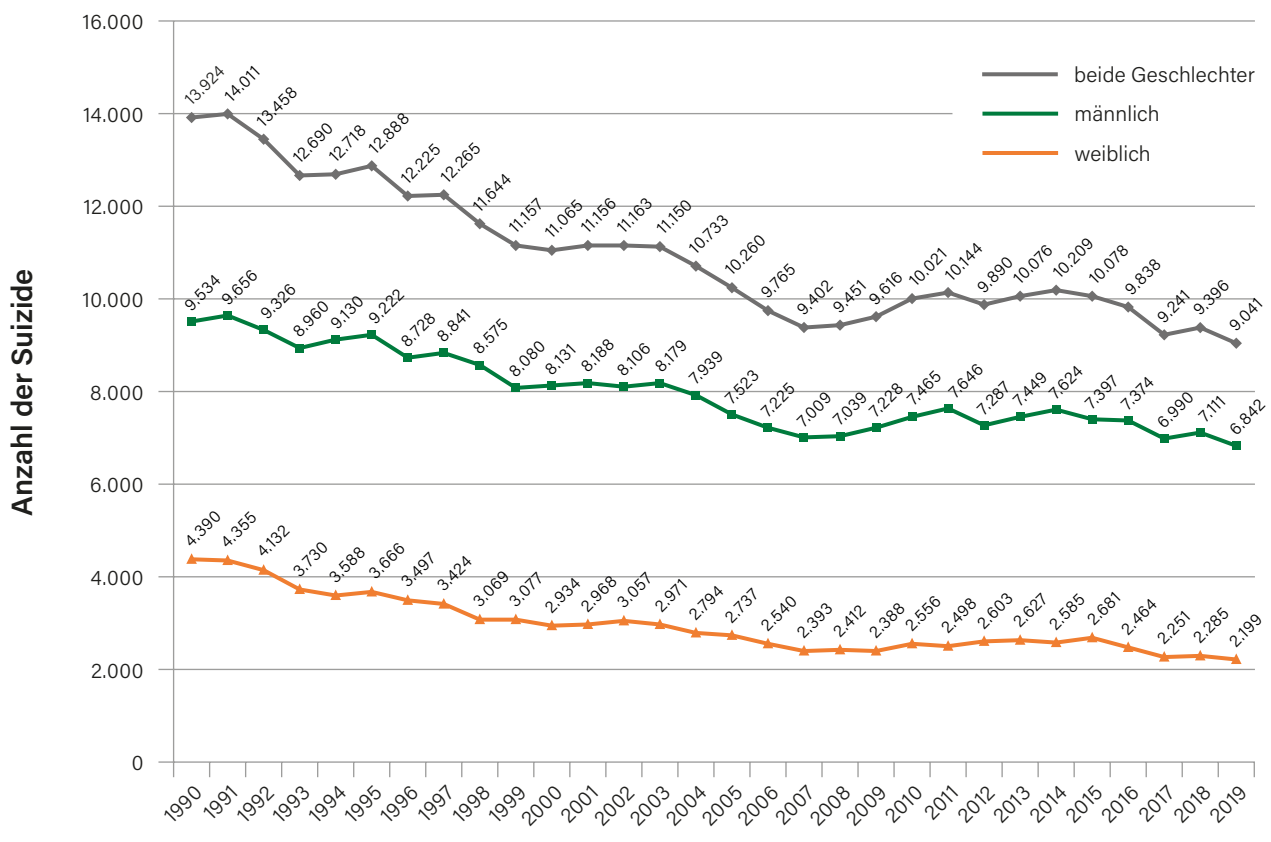


Abbildung 1: Anzahl der Suizide in Deutschland 1990–2019

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 07.04.2021 •

Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel 2021

Die Suizidstatistiken in Deutschland weisen einige konstante Effekte auf (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2021). So sterben regelmäßig mehr Männer durch Suizid (derzeit ca. 75 %) als Frauen (derzeit ca. 25 %). Die Verteilung der Suizidraten in Deutschland folgt dem sogenannten ungarischen Muster, d. h. mit zunehmendem Lebensalter steigt für beide Geschlechter das Suizidrisiko bedeutsam an, wobei auch hier Männer in jedem Lebensalter deutlich häufiger Suizide vollenden als Frauen. Während im Jahr 2019 bei den unter 25-Jährigen die Suizidrate 2,9 pro 100.000 EW betrug, belief sie sich in der Altersgruppe der über 65-Jährigen auf 20,0. (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2021). Bei den unter 25-Jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid Verstorbenen steigt – besonders bei Männern – stetig an. Lag dieses im Jahr 2000 noch bei 53,9 Jahren, so liegt es derzeit bei 58,2 Jahren (2019). Die am häufigsten verwendete Suizidmethode ist in Deutschland das Erhängen (mit 45 % in 2019). Es folgen Medikamente (11 %), Sturz aus der Höhe (10 %), Schusswaffen (7 %) und Legen vor ein sich bewegendes Objekt (5 %).

Insgesamt versterben in Deutschland wesentlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen¹

Assistierte Suizide. Daten zu assistierten Suiziden werden bislang nicht erhoben. Geht man von der Entwicklung in den Ländern aus, in denen der assistierte Suizid bzw. die Tötung auf Verlangen legalisiert wurden, könnte in Zukunft die Anzahl der assistierten Suizide jene der „klassischen“ Suizide erreichen oder sogar übertreffen – ohne dass die Rate der „klassischen“ Suizide abnimmt. Eine Entwicklung von Suiziden mit harten Methoden (z. B. vor den Zug werfen) hin zu assistierten Suiziden ist nach der gegenwärtigen Datenlage nicht gegeben.

Suizidversuche. Daten zu Suizidversuchen werden ebenfalls nicht systematisch erhoben. Nach Angaben der WHO entfallen zwischen zehn bis weit über 20 Suizidversuche auf einen Suizid. Für Deutschland sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (Schmidtke et al., 2002). Demnach kann man in Deutschland von mindestens 100.000 klinisch relevanten Suizidversuchen ausgehen. Zu berücksichtigen ist, dass geschätzt 10 % der Suizidversuche schwere Verletzungen mit z. T. schwerwiegenden langfristigen Folgen verursachen können. Die Häufigkeit und das Risiko von Suizidversuchen variieren ebenfalls deutlich hinsichtlich des Geschlechts und des Alters. Dabei werden Suizidversuche besonders häufig von Frauen und in jüngerem Lebensalter unternommen, während besonders bei Männern mit steigendem Lebensalter der vollendete Suizid zunehmend eine größere Bedeutung gewinnt.

Zu der **Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken** (suicidal ideation) gibt es nur wenige Studien, die sich hinsichtlich Population und Ergebnis unterscheiden. In einer umfassenden multinationalen Studie in 17 Ländern aus verschiedenen Kulturkreisen wurde insgesamt eine Le-

¹ Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, 2021

benszeitprävalenz von 9,2% gefunden (Nock et al., 2008), wobei Deutschland mit 9,7 % leicht über dem Mittelwert lag. Die Prävalenz von Suizidgedanken liegt bei Personen über 60 Jahren, je nach Stichprobe und Fragestellung, zwischen 1 und 10 % (Schaller and Erlemeier, 2014). Eine weitere internationale Studie findet bei 26- bis 64-jährigen Westdeutschen eine Prävalenz von 15,6 % (Weissman et al., 1999).

Hinterbliebene. Die WHO geht davon aus, dass von jedem vollendeten Suizid durchschnittlich sechs bis zwanzig Personen betroffen sind. Die Angabe von sechs betroffenen Angehörigen durch einen Suizid beruht ursprünglich auf einer Schätzung von Shneidman (Shneidman, 1972) und tradierte sich bis hinein in WHO-Publikationen. Eine erste Überprüfung (Berman, 2011) ergab, dass die Schätzung den Kreis sehr nahestehender Betroffener relativ gut erfasste, dass aber darüber hinaus noch weitere (bis zu 25) Menschen berührt sind. Daraus ergibt sich, dass konservativ geschätzt in Deutschland jedes Jahr mindestens 60.000 Menschen von einem Suizid unmittelbar betroffen sind.

Mittelbar Betroffene. Ein Suizid hat auch psychische Folgen für weitere nahestehende Menschen (z. B. Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Mitschülerinnen und Mitschüler, Mitstudierende), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden und suizidalen Handlungen konfrontierte Menschen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, Lokführerinnen und Lokführer, Angehörige von Polizei und Feuerwehr u. a.) sowie Zeugen suizidaler Handlungen. Deren Anzahl ist vermutlich erheblich, aber unbekannt.

Risikofaktoren

Risikofaktoren beziehen sich immer auf eine untersuchte Gruppe von Personen, über die einzelnen Personen dieser Gruppe werden keine Aussagen getroffen. Risikofaktoren beschreiben die Wahrscheinlichkeit mit der eine Person als Angehöriger einer definierten Gruppe oder als Träger eines bestimmten Merkmals durch Suizid sterben könnte.

Beispiel: *Das Suizidrisiko von mit affektiven Störungen Betroffenen liegt bei 4 %.* Diese Aussage bedeutet, dass in der Gruppe von Menschen, die an einer affektiven Störung leiden, 4 % durch Suizid sterben. Diese Aussage bedeutet jedoch nicht, dass ein bestimmter Mensch, der an einer affektiven Störung leidet, ein Risiko von 4 % hat, durch einen Suizid zu versterben.

Als *spezielle Risikofaktoren* gelten alle Faktoren, deren Vorliegen für die jeweilige Gruppe oder für das Merkmal statistisch signifikant höher liegen als in einer Vergleichsgruppe, meist die Gesamtbevölkerung. Die WHO legt ihrem Bericht (World Health Organization, 2014) ein sehr weit gefasstes Verständnis von Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen zugrunde: die Ebene der Gesellschaft, der Kommune, der Beziehungen und des Individuums (siehe Abbildung 2). Die Kenntnis dieser Risikofaktoren ermöglicht die Definition bestimmter Interventionsbereiche.

Die Gruppe mit dem höchsten Suizidrisiko wird durch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bestimmt, jedoch kann aus Suizidalität nicht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung geschlossen werden²

Risiko psychische Erkrankung. Bei *allen psychischen Störungen* ist das Suizidrisiko erhöht, insbesondere bei Depression, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie (Harris and Barraclough, 1997). Der genauere Blick auf die Häufigkeit von Suiziden bei verschiedenen psychischen Störungen zeigt, dass Personen mit *bipolaren Störungen* mit 8% am häufigsten Suizid begehen (Hawton et al., 2005b; Nordentoft et al., 2011), gefolgt von Personen mit *Alkoholabhängigkeit* (7%) (Schneider, 2009), *Schizophrenie* (5%) (Palmer et al., 2005) und *affektiven Störungen* (4%) (Bostwick and Pankratz, 2000). Patientinnen und Patienten, die an mehr als einer psychischen Erkrankung leiden, haben ein besonders stark erhöhtes Suizidrisiko (Cavanagh et al., 2003).

Die vorliegenden Metaanalysen zeigen, dass Personen mit einer affektiven Störung (unipolare Depressionen und bipolare Störungen) ein etwa 20-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben (Crump et al., 2014). Je nach untersuchter Population litten 25 bis 80% aller durch Suizid Verstorbenen an affektiven Störungen, wobei dieser Anteil bei älteren Kohorten deutlich höher zu sein scheint (Schneider, 2003).

Alle *Suchterkrankungen* erhöhen das Risiko, durch Suizid zu versterben. Betrachtet man Studien von durch Suizid Verstorbenen, so zeigt sich zudem, dass bei 25 bis 50% *Suchterkrankungen* vorlagen (Schneider, 2009; Harris and Barraclough, 1997, 1998; Wilcox et al., 2004). Harris und Barraclough, 1998, 1997) errechneten in ihren Metaanalysen bei Personen mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ein fast sechsfach erhöhtes Suizidrisiko, besonders für Frauen mit Alkoholabhängigkeit, bei denen das Suizidrisiko sogar 17-fach gegenüber der Allgemeinbevölkerung gesteigert ist.

An *Schizophrenie* Erkrankte nehmen sich ungefähr zehnmal häufiger als andere Menschen das Leben; besonders hoch ist das Suizidrisiko in den ersten Jahren der Erkrankung und bei Menschen, die im Alter von unter 30 Jahren an Schizophrenie erkrankt sind (Hawton et al., 2005a).

Weitere Risikogruppen. Neben psychischen Erkrankungen sind auch *körperliche Erkrankungen* wie bösartige Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz und Schlaganfall Risikofaktoren für Suizid (Erlangsen et al., 2020b; Du et al., 2020; Pompili et al., 2012). Dabei spielen vermutlich die psychosozialen Folgen dieser Erkrankungen und die Krankheitsverarbeitung eine ausschlaggebende Rolle. In westlichen Ländern haben besonders unverheiratete Männer ein erhöhtes Suizidrisiko. Bei Frauen nimmt mit steigender Kinderzahl das Suizidrisiko ab. Auch *Arbeitslosigkeit* wurde als Risikofaktor für Suizid identifiziert. Ein erhöhtes Suizidrisiko haben zudem verschiedene Berufsgruppen, Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung (Erlangsen et al., 2020a), Gefängnisinsassen und mit Migrationshintergrund, wobei Immigrantinnen und

² Schneider, 2003; World Health Organization, 2014

Immigranten höhere Suizidraten als in den Herkunftsländern haben, selbst oft noch Jahrzehnte nach der Einwanderung (Schneider, 2003). Lebensereignisse, insbesondere im letzten Monat vor dem Suizid, und Suizide in der Herkunftsfamilie sind ebenso mit einem stark erhöhten Suizidrisiko assoziiert (Schneider, 2003). Der klinisch bedeutendste individuelle Risikofaktor für einen Suizid ist ein Suizidversuch in der Vorgeschichte (Hawton et al., 2015; Olfson et al., 2017).

Den assistierten Suizid beeinflussende Faktoren. Hier ist die Forschungslage sehr lückenhaft. Abgesehen von der Legalisierung des assistierten Suizids als Voraussetzung, gelten bislang besonders schwere Karzinome und neurologische Erkrankungen, eventuell ohne qualifizierte neurologische oder palliative Behandlung, als Risiko (Steck et al., 2018). In einem systematischen Review wurden die Einflussfaktoren Alter, höherer Bildungsgrad, Ängste, Sorgen und Depressivität, die Ablehnung des Alterns wie auch mangelnde Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Qualität von Hilfen und Unterstützung als psychosoziale Bedingungen alter Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid identifiziert (Castelli Dransart et al., 2021). Welchen Einfluss die Legalisierung des assistierten Suizids in Deutschland bzw. damit verbunden die Werbung für den assistierten Suizid als „selbstbestimmten“ milden Ausweg aus krisenhaften Lebenssituationen hat, wird die Zukunft zeigen. Daten aus anderen Ländern können darauf hindeuten, dass insbesondere für Frauen im hohen Lebensalter ein erhöhtes Risiko bestehen könnte, den assistierten Suizid zu wählen (Bruns et al., 2016; Steck et al., 2018).

Trennungserfahrungen, Verluste, auch die der eigenen Gesundheit, und Kränkungen in interpersonellen Beziehungen sind häufig Auslöser suizidalen Erlebens und Verhaltens

Individuelle Hintergründe der Suizidalität. Für das Verständnis suizidalen Erlebens und Verhaltens ist neben der Beachtung der allgemeinen und spezifischen Risikofaktoren auch ein Verständnis der individuellen Hintergründe der Suizidalität notwendig.

Bekannt ist, dass gerade in westlichen Ländern Trennungserfahrungen, Verluste, auch die der eigenen Gesundheit, und Kränkungen in interpersonellen Beziehungen Auslöser von suizidalem Erleben und Verhalten sind. Da diese Phänomene bei allen Menschen im Laufe eines Lebens häufig auftreten aber nicht alle suizidal werden, müssen weitere Faktoren bestimmt werden, durch welche sich suizidale von nicht-suizidalen Personen unterscheiden. Diese finden sich besonders in lebensgeschichtlich geprägten Persönlichkeitsmerkmalen. Insbesondere Traumata in Kindheit und Jugend und deren Verarbeitung wie auch unzureichend bewältigte Entwicklungskrisen können eine Bereitschaft zu suizidalem Verhalten begründen (Lindner & Schneider, 2016; Fiedler et al., 2020). Diese biographischen Erfahrungen oder Verhaltensbereitschaften können in aktuell erlebten krisenhaften Situationen belebt werden. Damit gewinnt besonders die Qualität privater, beruflicher und therapeutischer Beziehungen einen hohen Stellenwert für die Intensität suizidalen Erlebens und Verhaltens und für die Entwicklung präventiver Maßnahmen.

Die Schwierigkeit, sich Hilfe zu suchen. Betroffenen Menschen fällt es – nicht selten auch während der Behandlung einer Erkrankung wie einer Depression – schwer, über ihre Suizid-

gedanken mit einer professionell helfenden Person zu sprechen. Aus Studien ist bekannt, dass Menschen vor einem vollendeten Suizid viel häufiger als üblich einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, die Suizidgefährdung aber nicht thematisiert oder erkannt wurde (Hintikka et al., 1998). Häufig besteht die Angst, nicht ernst genommen zu werden, soziale Kontakte zu verlieren, als psychisch krank bezeichnet zu werden und vor einer zwangsweisen Behandlung. Ebenso haben nicht wenige die Vorstellung, dass niemand sie verstehen und niemand ihnen helfen könne. Diese Ängste und Vorstellungen ergeben sich aus der psychischen Befindlichkeit der Betroffenen (Lindner, 2006).

Wer Suizidgedanken hat, möchte nicht unbedingt sterben

Ein nachhaltiger Grundirrtum über Suizidalität ist, dass jene, die Suizidwünsche äußern, auch unbedingt die Intention haben zu sterben (World Health Organization, 2014). Vielmehr wollen sie unter den gegebenen – oder von ihnen so erlebten – Umständen nicht mehr weiterleben. Insofern drückt der Suizidwunsch zunächst ein Bedürfnis nach Veränderung aus, wobei gleichzeitig keine Möglichkeit dazu gesehen wird. Dies kann zu einem Zustand der Hoffnungslosigkeit führen. Durch eine Veränderung der aktuellen Situation, sei sie durch aktives Handeln (z. B. durch die Minderung physischen Leidens oder eine Änderung der psychosozialen Situation) oder durch eine im Rahmen sozialer Kontakte gelungene innere, subjektive Neubewertung der Situation durch die Betroffenen selbst würden sie durchaus weiterleben. Dies zeigen unterschiedliche Studien im Rahmen der palliativen Versorgung oder der Beratung und Psychotherapie (Kremeike et al., 2019; Briggs et al., 2019). Dieses ambivalente Verhältnis sowohl zum Suizid als auch zum Leben als ein wesentliches Charakteristikum der Suizidalität ist somit eine Grundvoraussetzung der Suizidprävention (Fiedler et al., 2020).

Suizidalität ist vor diesem Hintergrund individuell kein über die Zeit beständiges Phänomen. Von allen Personen, die einen Suizidversuch überlebten, unternahmen mindestens 70 % keinen weiteren Suizidversuch. Nur 10% der Menschen nach einem Suizidversuch verstarben in den folgenden Jahren durch Suizid (Owens et al., 2002; Birtwistle et al., 2017).

Die Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches wird von vielen Faktoren beeinflusst, besonders auch von aktuellen Beziehungserfahrungen und dem Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit (Sperling et al., 2009). Auch der in der Psychiatrie bekannte Zustand der kognitiven Einengung akut suizidgefährdeter Personen, in dem keine andere Alternative zum Suizid mehr gesehen wird (Ringel, 1953, 1969), kann über Wochen hinweg den Eindruck einer eindeutigen Entschlossenheit hervorrufen, verändert sich jedoch grundsätzlich auch durch die Betroffenen selbst über die Zeit.

Suizidprävention ist möglich

Dass Suizidalität keine statisch auftretende Problematik ist, zeigen die Unterschiede von Suizidraten in unterschiedlichen Kulturkreisen und in unterschiedlichen Subkulturen, bis hin zu den unterschiedlichen Suizidrisiken der Einwohner deutscher Bundesländer und nicht zuletzt dem deutlichen Rückgang der Suizidraten in Deutschland von ihrem Höchststand 1982 auf deren Tiefststand 2019 (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2021).

Im Vordergrund steht das Angebot – und nicht der Zwang – zur Hilfe

Die Ansätze der Suizidprävention haben sich verändert. Im Vordergrund steht das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – und nicht der Zwang – zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung von Hilfe entscheiden die Betroffenen selbst. Die Straflosigkeit suizidaler Handlungen steht von Seiten der Suizidprävention nicht zur Disposition. Sie ist vielmehr eine der unabdingbaren Voraussetzungen präventiver Arbeit. Dies gilt ebenso für die Akzeptanz der Suizidgedanken der Betroffenen. Diese Gedanken als Ausdruck einer existenziellen Notlage ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.³

Jeder der Hilfe sucht, sollte auch Hilfe finden können

Auf der individuellen Ebene kommt der Suizidprävention entgegen, dass die suizidale Person in der Regel nicht unbedingt sterben möchte (Ambivalenz). Sie weiß nicht, wie sie unter den gegebenen, meist als hoffnungs- und aussichtslos erlebten, Bedingungen weiterleben kann. In diesem Zustand besteht immer die Möglichkeit des Weiterlebens, aber auch die Möglichkeit des Suizids. Suizidalität kann vor diesem Hintergrund als ein mehr oder weniger bewusster Hilferuf verstanden werden. Suizidgefährdete haben oft Ängste und Befürchtungen hinsichtlich des Verlustes ihrer Autonomie, wenn sie in Kontakt mit Helfenden treten. Die Kommunikation ist nicht selten aufgrund der beschriebenen kognitiven Einengung schwierig. Mögliche Alternativen zum Suizid werden in diesem Zustand nicht erkannt. Die Möglichkeit eines vorurteilsfreien, respektierenden und nicht wertenden Verstehens in einem kommunikativen Prozess kann der suizidalen Person helfen, diese Einengung zu überwinden. Die Entwicklung wird nicht durch intellektuelle Argumentation, Vermittlung von Fakten, Manipulation, Ausreden oder Beruhigung ermöglicht, sondern in einem gegenseitigen Austausch, der von Zuhören, Verständnis und gegenseitigem Vertrauen geprägt ist. Vorgefasste Auffassungen und Lösungsvorschläge sind wenig hilfreich. Die Entscheidungsfreiheit der Betroffenen ist zu respektieren.

³ Es gibt eine Ausnahme: die zwangsweise stationäre Aufnahme bei massiver krankheitsbedingter Einschränkung der Freiverantwortlichkeit und akuter Suizidalität auch gegen den Willen der Betroffenen. Diese wird regelhaft gerichtlich überprüft.

Für die Suizidprävention ist es zudem entscheidend, wie Suizidalität und der Suizid öffentlich kommuniziert werden und ob es eine hinreichende Anzahl von Angeboten gibt, welche auf bestehende Ängste und Befürchtungen kompetent eingehen können. Suizidpräventiv tätige Einrichtungen und deren Personal sollten diese individuellen Barrieren kompetent überwinden können. Besonders niedrighschwellige bzw. barrierefreie Zugänge zu Hilfen für Betroffene und Kompetenz der Gesprächspartnerinnen und -partner können dazu beitragen, dass jede und jeder, der Hilfe sucht, auch Hilfe finden kann.

Suizidprävention erfolgt auf allen Ebenen der Gesellschaft

Die Suizidprävention stellt eine Vielzahl von Interventionen bereit, die auf allen Ebenen der Gesellschaft – von der Ebene des Individuums bis hin zur politischen und gesamtgesellschaftlichen Ebene – ansetzen.

Der Ausgangspunkt zu suizidpräventiven Strategien sind Forschungsergebnisse zu Einflussfaktoren auf suizidales Verhalten aus den Bereichen Gesundheitssystem, Gesellschaft, Kommune, Beziehungen und Individuen (World Health Organization, 2014; siehe Abbildung 2). Ausgehend von diesen Erkenntnissen werden aktuell universelle, selektive und indizierte Strategien entwickelt (siehe Infokasten „Präventionsstrategien“).

Präventionsstrategien

Prävention ist ein Oberbegriff für Maßnahmen, welche das Auftreten, das Fortschreiten und die Verbreitung bestimmter Krankheiten und Gesundheitsstörungen sowie die Entstehung von Folgeerkrankungen und Gesundheitsstörungen vermeiden sollen (Hamerkamm-Horstmeier & Lippke, 2021, S. 49). In der Suizidprävention wurden früher primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsstrategien unterschieden.

Primärprävention würde sich daran ausrichten, generell das Auftreten von Suizidalität zu vermeiden, **Sekundärprävention** würde darauf zielen suizidale Handlungen zu verhindern und **Tertiärprävention** auf die Folgen von suizidalen Handlungen.

Gegenwärtig fokussieren die Suizidpräventionsstrategien (Goldsmith et al., 2002; World Health Organization, 2014) auf dem in den USA verbreiteten *Risk-Benefit-Ansatz*. Unterschieden werden üblicherweise die universelle Prävention, die selektive Prävention und die indizierte Prävention (Gordon, 1983).

Universelle Prävention zielt auf die Gesamt- oder eine Teilpopulation. Der Nutzen ist unspezifisch und breitflächig, der Aufwand groß und nicht alle Angesprochenen profitieren von den Maßnahmen. Dazu zählen alle in der Suizidprävention genutzten Formen der Öffentlichkeitsarbeit, Presseinformationen, die Verbreitung von Broschüren, aber auch Entscheidungen des Gesetzgebers, welche die präventiven Aspekte fördern. Besonders hinsichtlich der gesellschaftlichen Kenntnisse und Einstellungen zum Suizid sind universelle Maßnahmen wertvoll.

Selektive Prävention zielt auf Gruppen mit einem überdurchschnittlichen Risiko.

Der Nutzen ist spezifisch, der Aufwand mittelgroß und viele Personen profitieren von den Maßnahmen. Dazu zählen in der Suizidprävention beispielsweise Aufklärungskampagnen für alte Menschen, die Versorgung von Verwitweten oder von kürzlich aus einer stationären psychiatrischen Behandlung Entlassenen, aber auch das Gatekeeper-Training und das Angebot einer Notfallversorgung mit Krisenintervention.

Indizierte Prävention zielt auf Personen mit gesicherten Risikofaktoren. Der Nutzen ist spezifisch, der Aufwand groß und alle Personen aus der Zielgruppe profitieren von den Maßnahmen. Dazu zählen in der Suizidprävention die Behandlung von schwer depressiven Personen oder Personen nach Suizidversuch und deren Wiedereingliederung.

Universelle Prävention. Im Rahmen der universellen Suizidprävention erfolgen Aufklärungsaktivitäten, einschließlich der Verfügbarkeit von Informationsbroschüren, Verbesserung der „Awareness“⁴ innerhalb der Gesellschaft, Verbesserung der seelischen Gesundheit der Bevölkerung und deren Fähigkeiten mit Suizidgefährdeten zu kommunizieren, Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums, aber auch Interventionen, die in Kindheit und Jugend von Bedeutung sind, z. B. die Reduktion körperlicher und sexueller Gewalterfahrungen (Erlangsen et al., 2011) sowie Interventionen im Bereich der neuen Medien. Als wesentlich gelten die Möglichkeiten des Zugangs zum Gesundheitssystem.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln gilt als der am besten nachgewiesene suizidpräventive Effekt (World Health Organization, 2014, 2021). Dazu gehören u. a. die Entgiftung des Haushaltsgases, die Einschränkung der Verfügbarkeit von Schusswaffen, die Absicherung des Zugangs zu sogenannten Suizid-Hotspots, die Absicherung von Bahngleisen, die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten, die in Überdosierung tödlich wirken. Die Einschränkung des Zugangs zu tödlich wirkenden Medikamenten zählt damit zu den wichtigsten Präventionsstrategien. Auch die Einschränkung der medialen Verbreitung von Suizidmethoden und -anleitungen hat nachweislich suizidpräventive Effekte. Nachgewiesen ist auch, dass die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode nicht zu einem Anstieg anderer Suizidmethoden geführt hat, d. h. es wird nicht auf eine andere Methode zugegriffen.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln bewirkt vor allem einen individuellen Zeitgewinn in der suizidalen Krise durch die Vermeidung einer unmittelbaren suizidalen Handlung. Der Hintergrund für den suizidpräventiven Effekt besteht in der oben angeführten zeitlichen Begrenztheit akut suizidaler Zustände.

Selektive Prävention reduziert das Suizidrisiko in spezifischen Risikogruppen (z. B. Verwitwete oder kürzlich aus stationär-psychiatrischer Behandlung Entlassene). Als spezifische Aktivitäten gehören hierzu das Gatekeeper-Training und die Notfallversorgung mit Krisenintervention, die adäquate Behandlung von psychischen Erkrankungen und die Verfügbarkeit von Krisen-Hotlines. Als selektive Interventionen gelten das Gatekeeper-Training von Laien in der Erkennung

4 Awareness: Förderung der Sensibilität, Aufmerksamkeit und der Bewusstheit der Bevölkerung in Bezug auf ein Problem, in diesem Fall der Suizidalität und des Suizids.

(Screening) von Depressivität, Alkoholabhängigkeit und Suizidalität und Möglichkeiten der wirksamen Weiterverweisung im Gesundheitssystem. Wirksam sind zudem die Entwicklung und Verbreitung von Informationsbroschüren und Praxisrichtlinien zum Erkennen und Handhaben von Suizidalität.

Indizierte Prävention enthält gezielte professionelle Hilfen nach Suizidversuch und bei suizidalem Erleben, auch für Angehörige, Freunde sowie verschiedene professionelle und nicht-professionelle Helfende. Hierunter fallen Schulungen von Professionellen mit Zugang zu suizidgefährdeten Personen, aber auch spezifische Fort- und Weiterbildungen wie auch die Entwicklung psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen der Suizidalität. Als Interventionen bieten sich neben psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen und Beratungen auch Hausbesuche, regelmäßige Telefonanrufe oder Postkarten sowie ein Notrufsystem für sofortige Hilfe an.

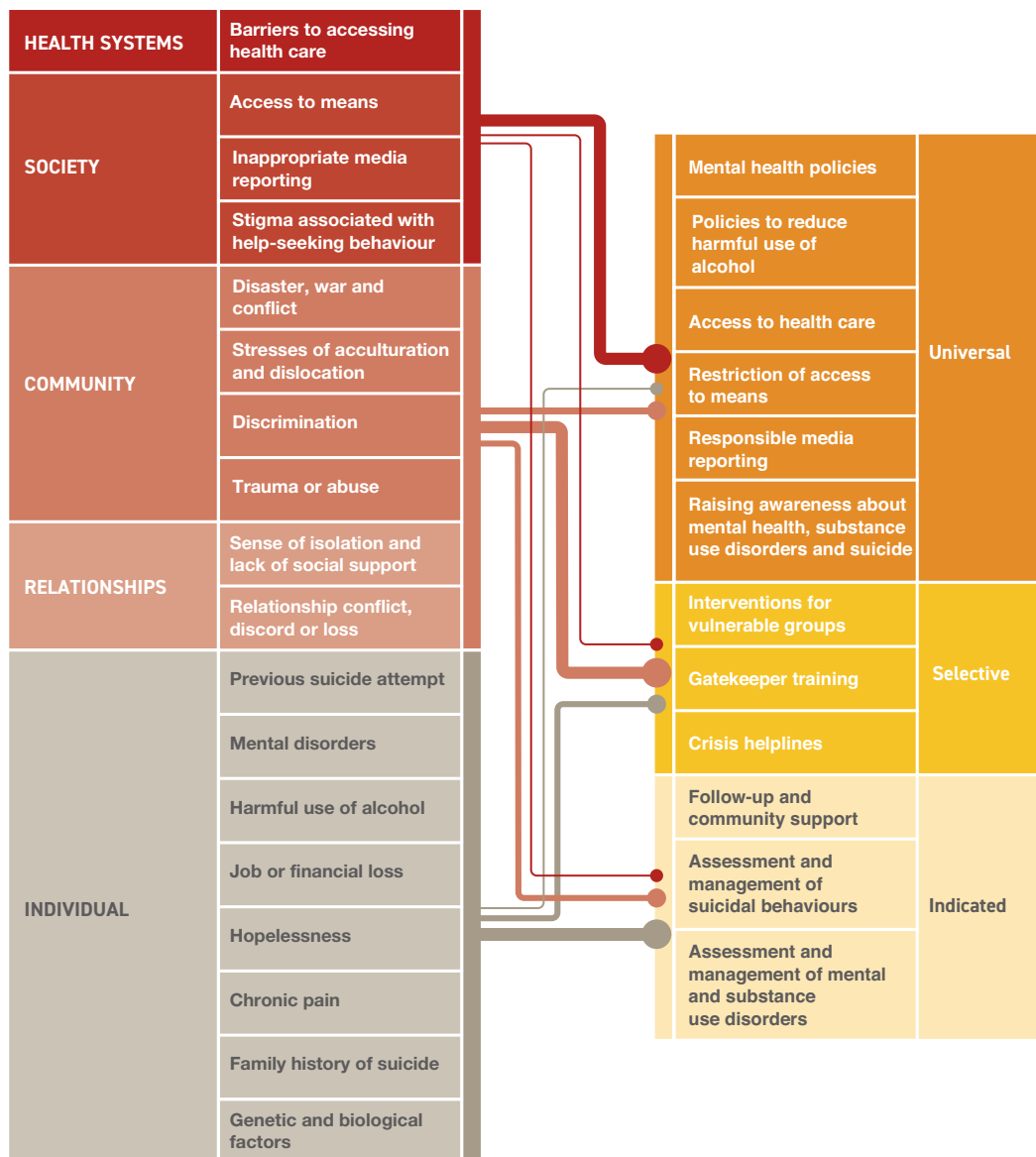


Abbildung 2: Haupttrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen (Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren)(World Health Organization, 2014)

Der assistierte Suizid ist keine Suizidprävention

Mit einer Ausnahme ist in allen Ländern, in denen der assistierte Suizid bzw. die Tötung auf Verlangen legalisiert wurde, ist die Rate der Suizide ohne Assistenz angestiegen. Die Ausnahme, die Schweiz, hatte 2008 die Waffengesetze verschärft, was eine suizidpräventiv wirkende Maßnahme ist. Das Angebot des assistierten Suizids, aber auch der Tötung auf Verlangen, wird nach bisherigen Erkenntnissen überwiegend von Personen wahrgenommen, die wahrscheinlich bislang eher selten in die Suizidstatistiken aufgenommen wurden. Beratungsstellen für den assistierten Suizid begrenzen deshalb vermutlich nur die Anzahl der durchgeführten assistierten Suizide. Beobachtet werden muss, inwieweit das Aufsuchen von eingerichteten Beratungsstellen für assistierte Suizide zu Lasten der Inanspruchnahme der bisherigen suizidpräventiven Hilfsangebote (klinische Ambulanzen, Beratungsstellen, Online-Angebote etc.) geht und die bestehenden suizidpräventiven Strukturen in Deutschland schwächt.

Der aktuelle Stand der Suizidprävention in Deutschland

Die im Rahmen der Berichterstellung durchgeführten Erhebungen der vielfältigen (potentiellen) Akteurinnen und Akteure der Suizidprävention in Deutschland unterstreichen die Aussage, dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene hat durch ihre Diskussionen, Entschlüsse und Beschlüsse einen großen Einfluss auf die allgemeinen Haltungen zum Suizid in der Gesellschaft sowie Folgen für die Finanzierung und Durchführung suizidpräventiver Maßnahmen. Religiöse, ethische und philosophische Institutionen, aber auch die Rechtsprechung, Kunst und Kultur bestimmen mit, wie Suizidalität in unserer Gesellschaft rezipiert wird. Wissenschaft und Forschung beeinflussen das Wissen über den Suizid und entwickeln präventive Maßnahmen. Die Verbreitung von öffentlichen Informationen, Diskussionen und deren Rezeption in den Medien, in der Kunst, Literatur, Theater und Film vermittelt über traditionelle, neue und soziale Medien, wirkt auf gesamtgesellschaftliche und individuelle Einstellungen zum Suizid. Zudem haben Unternehmen und Institutionen auf den Umgang mit Suizidalität sowohl in ihrem Einflussbereich aber auch in der Öffentlichkeit Einfluss.

Der Bundestag bekennt sich zur Suizidprävention

In der Entschließung „Suizidprävention weiter stärken – Menschen in Lebenskrisen helfen“ (Drs.18/12782) von 2017 hat der Deutsche Bundestag diese Zusammenhänge deutlich hervorgehoben.

„Um Suizidalität entgegenzuwirken, benötigen Menschen in psychischen Krisen eine niedrigschwellige und schnelle Hilfe.“ ... „Eine zentrale Voraussetzung dafür ist ein suizidpräventives gesellschaftliches Klima, das psychische Belastungen und suizidale Tendenzen enttabuisiert und in welchem einerseits die Betroffenen frühzeitig Hilfe suchen, andererseits das Umfeld

von gefährdeten Zielgruppen für Krisen sensibilisiert wird. Dadurch kann eine mögliche suizidale Gefährdung frühzeitig erkannt und helfend auf die Betroffenen zugegangen werden. Dies hängt ganz wesentlich von dem Bewusstsein und dem Verständnis in der Bevölkerung und dem vorurteilsfreien Umgang der Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen ab. Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche und politikbereichsübergreifende Querschnittsaufgabe, zu der die unterschiedlichsten staatlichen und nicht-staatlichen Akteure im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabe mit unterschiedlichen Maßnahmen beitragen sollten.“

Die Aufgaben der Politik in der Suizidprävention wurden in der Entschließung hervorgehoben:

„Die Politik muss gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, damit die Versorgung von psychisch kranken Menschen und die Suizidprävention weiter verbessert werden können.“

In der Folge hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Förderschwerpunkt „Suizidprävention“ eingerichtet. Dort wurden im Umfang von ungefähr fünf Millionen Euro 14 Projekte mit einer Laufzeit von drei bis vier Jahren gefördert.

Forschungsschwerpunkt Suizidprävention des Bundesministeriums für Gesundheit (2017-2020/21)

- **Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität.** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- **Evaluation suizidpräventiver Effekte und Optimierung der regionalen Bündnisse gegen Depression.** Universität Leipzig.
- **Evaluierung der Online-Suizidpräventions-Beratung [U25].** Klinikum Nürnberg
- **Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen.** Universitätsklinikum Frankfurt.
- **Webbasierte präventive Gruppenintervention für Hinterbliebene nach einem Suizid: Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie.** MSB Medical School Berlin.
- **Identifikation von Risikogruppen/Suizidprävention im Justizvollzug.** Universität Leipzig.
- **Implizite Verfahren zur Erfassung von Suizidalität.** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- **Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen.** Universitätsklinikum Jena.
- **Netzwerk für Suizidprävention in Dresden.** Werner-Felber-Institut.
- **Poststationäre Suizidprävention.** Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden.
- **Suizidprävention an Schulen – Evaluation individuenzentrierter und gruppenbezogener Präventionsansätze.** Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- **Suizidprävention bei Suchterkrankungen - Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Fortbildungs- und Vernetzungsmaßnahmen.** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

- **Suizid Prävention – Risiko Management Allianz Düsseldorf Neuss.** Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- **Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken.** Werner-Felber-Institut.

Der Bund fördert seit vielen Jahren besonders Maßnahmen, die allgemein die psychische Gesundheit stärken oder sich im Besonderen an spezifische Risikogruppen wenden. Zu nennen sind u.a. die Förderung der Suchtprävention, der Prävention im Bereich Depressionen, die Förderung von Projekten zur Früherkennung psychischer Erkrankungen oder die Förderung des „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“ (Deutscher Bundestag, Drs. 19/31182, 2021). Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG)“ aus dem Jahre 2015 wurde konkret eine Struktur gefördert, die auch eine suizidpräventive Auswirkung hat.

Vernetzung ist ein Kernelement von Suizidprävention

2001 wurde von der *Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)* das *Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)* gegründet (www.suizidpraevention.de). In den folgenden Jahren wurde diese Initiative in Kooperation mit dem *Bundesministerium für Gesundheit (BMG)* und der *Weltgesundheitsorganisation (WHO/Europe)* weiterentwickelt und im Jahr 2017 neu organisiert (<https://www.suizidpraevention.de/ueber-uns.html>).

Grundsätze und Ziele des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)

Suizidprävention ist möglich. Die unterschiedliche Suizidproblematik in verschiedenen Ländern und Kulturen sowie zahlreiche Studien zur Suizidprävention zeigen Möglichkeiten der gezielten Beeinflussung der Suizidraten. In verschiedenen nationalen Programmen, regionalen Initiativen und einzelnen Projekten konnte eine deutliche Reduktion der Anzahl der Suizide erreicht werden.

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen. Suizidalität umfasst gesellschaftlich-kulturelle, individuell-psychologische und biologische Aspekte. Suizid und Suizidalität berühren u. a. Philosophie, Religionswissenschaften, Rechtswissenschaften, Soziologie, Literaturwissenschaften, Medienwissenschaften, Pädagogik, Psychologie, Medizin, Biologie und Neurowissenschaften. Suizidprävention ist daher nur interdisziplinär unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen sowie auch Laien möglich.

Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Um nachhaltig zu wirken und die Tabuisierung suizidalen Verhaltens zu brechen, müssen sich die Einstellungen gegenüber suizidalem Verhalten ändern. Der Wandel der Einstellungen entlastet Suizidgefährdete und ihre Angehörigen und öffnet Wege für eine bessere Prävention und Versorgung suizidgefährdeter Menschen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Beteiligung möglichst vieler gesellschaftlicher Institutionen notwendig.

Suizidprävention ist auf verschiedenen Ebenen nötig. Ein nationales Suizidpräventionsprogramm soll Rahmenbedingungen schaffen, die ein generelles suizidpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren. Wirksam ist Suizidprävention überwiegend dort, wo Menschen miteinander in Beziehung stehen. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm soll dazu befähigen, auf die Suizidproblematik einzugehen und wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere universelle Prävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), selektive (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und indizierte Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) zu schaffen. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können.

Suizidprävention muss die Angehörigen und weitere Betroffene miteinbeziehen.

Von jedem Suizid bzw. Suizidversuch sind laut WHO im Durchschnitt mindestens sechs Angehörige betroffen, die oft auch selbst Hilfe benötigen, derzeit aber selten finden können. Suizidales Verhalten von Angehörigen führt aufgrund von depressiven Syndromen mit Gedanken an Schuld häufig zu weiterem suizidalem Verhalten. Ebenso berücksichtigt werden müssen weitere nahestehende Menschen (z. B. Arbeitskolleginnen und -kollegen, Mitschülerinnen und -schüler), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden konfrontierte Menschen (z. B. Ärzteschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, der Polizei, der Feuerwehr u.v.a.m.) sowie Zeuginnen und Zeugen suizidaler Handlungen.

Auf der Basis seiner Grundsätze (siehe Infokasten) entwickelte das NaSPro ein bundesweites Netzwerk unter der Beteiligung zahlreicher Akteurinnen und Akteure. Das Netzwerk wird durch die Beteiligung von zahlreichen Institutionen und Verbänden durch die zum NaSPro gehörende *Allianz für Suizidprävention* unterstützt (<https://www.suizidpraevention.de/allianz/>). Der Kern des Netzwerks bilden die Arbeitsgruppen des NaSPro. In ihnen kooperieren Expertinnen und Experten der Suizidprävention (aus Forschung und Praxis) mit Fachpersonal der Interventionsbereiche (z. B. Bundesapothekerkammer, jugendschutz.net, Deutscher Presserat, Justizvollzug, Deutsche Bahn AG, Polizei, Bundeswehr etc.). Die Arbeitsgruppen erheben Problemfelder und entwickeln Lösungsvorschläge, Empfehlungen (<https://www.suizidpraevention.de/medienportal.html>), Materialien (<https://www.suizidpraevention.de/materialien.html>), Curricula, Stellungnahmen u.v.a.m.). Die Arbeitsgruppen umfassen auf die Gesellschaft insgesamt orientierte Themen (z. B. Mittelrestriktion, Medien und Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung), auf bestimmte Zielgruppen (z. B. Alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Hinterbliebene, Migration, Justizvollzug) sowie auf die Versorgung bezogene (z. B. Medizinische Versorgung, Niedrigschwellige Versorgung) und kooperieren auch miteinander. Das NaSPro veranstaltet regelmäßige Tagungen unter Beteiligung der *Allianz für Suizidprävention* und des *wissenschaftlichen Beirats*. Gefördert wird das NaSPro vom Bund bei einzelnen Projekten, wie Tagungen und einzelnen Broschüren, der Projektförderung zur Erstellung dieses Berichtes sowie in geringem Umfang durch Spenden. Die Leitung und die Arbeitsgruppen arbeiten überwiegend ehrenamtlich. Reisekosten werden maßgeblich durch Spenden finanziert oder von den beteiligten Institutionen und Verbänden getragen. Diese finanzielle Situation erfordert ein sehr hohes persönliches Engagement aller Beteiligten und gestaltet die Aufrechterhaltung der Struktur des NaSPro als eine große Herausforderung.

Insgesamt scheint Deutschland gut aufgestellt zu sein ...

Seit der Jahrtausendwende hat sich die Wahrnehmung der Suizidthematik eindeutig positiv entwickelt. Am 10. September findet weltweit der „Welttag der Suizidprävention“ statt. In Deutschland wird der Tag von zahlreichen Einrichtungen zur Öffentlichkeitsarbeit genutzt (www.welttag-suizidpraevention.de). Die „Woche für das Leben“ der evangelischen und katholischen Kirche hatte 2019 „Menschen begleiten. Suizide verhindern“ zum Thema, ebenso wurde die „Woche der seelischen Gesundheit“ 2019 zum Thema Suizidprävention veranstaltet. In zunehmendem Maße wird auch das Thema von Fachverbänden im Gesundheitswesen in ihren Tagungen aufgegriffen. Ebenso wurde die Thematik in zahlreichen Leitlinien im Gesundheitswesen aufgenommen (siehe Bericht der TPG „Medizinische Versorgung“). Alle TPG Berichte in diesem Band berichten über eine Vielzahl von Projekten und Konzepten. Es gibt mittlerweile eine Fülle von Initiativen im Medienbereich (siehe Bericht der TPG „Medien“) und der Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln (siehe Bericht der TPG „Methodenverfügbarkeit“).

Suizidprävention findet an vielen Stellen statt: im klinisch-stationärem und ambulanten Alltag, in der niedergelassenen ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Praxis, in Apotheken, in Beratungsstellen, im medizinischen Dienst von Organisationen und Unternehmen, in der Telefon- und Chatberatung u.v.a.m. Insgesamt scheint Deutschland gut aufgestellt zu sein. Darauf weisen die sinkenden Suizidraten in den vergangenen 40 Jahren hin, trotz der Effekte, die nach internationalen Studien eher einen Anstieg erwarten lassen: Der zunehmende Altersdurchschnitt der Gesellschaft und Arbeitslosigkeit. Das bestehende Gesundheits- und Sozialsystem scheint vieles aufzufangen. Neben der medizinischen, ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung konnten im Rahmen der Berichterstellung ungefähr 300 Beratungsstellen im Feld der Suizidprävention erhoben werden, die überwiegend in Trägerschaft von Kirchen, Wohlfahrtsorganisationen, Vereinen und Stiftungen betrieben werden. Eine Übersicht von Hilfsangeboten findet sich auf der Homepage der DGS (<https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/hilfsangebote/>). Es gibt auch Angebote für Hinterbliebene nach Suizid (u.a. die Selbsthilfegruppen von AGUS: <https://www.agus-selbsthilfe.de>).

... aber es gibt noch sehr viele Lücken und sehr viel zu tun.

Aufzeigen lässt sich dies beispielhaft an der Situation der Hinterbliebenen nach Suizid. Hinterbliebene werden oft von ihrem Umfeld als „Mitschuldige“ am Suizid ihre Angehörigen stigmatisiert. Die psychische Verarbeitung des Suizids wird noch erschwert dadurch, dass ein Suizid bei den Angehörigen und auch bei den meisten Betroffenen zu einem „Schuldgefühl“ führt und langfristig auch zu psychischen Beeinträchtigungen bei ihnen führen kann – bis hin zur Suizidalität. Die gilt besonders für Kinder und Jugendliche nach dem Suizid eines Elternteils. Es gibt für die ca. 60.000 Hinterbliebenen nach Suizid im Jahr nur wenige Hilfsangebote und eine vergleichsweise kleine Anzahl an Selbsthilfegruppen. Und diese Hilfsmöglichkeiten sind den Betroffenen zumeist *gar nicht bekannt* und auch *flächendeckend* nicht verfügbar. Es fehlen also die Informationen, dass man die Zeit nicht allein durchstehen muss und dass es Hilfe gibt. Darüber hinaus ist Hinterbliebener zu sein nicht per se eine psychische Erkrankung und damit nicht unbedingt bei den Krankenkassen abrechenbar. Eine Aufgabe für die Zukunft ist es, in einem Mehrebe-

nenansatz dafür zu sorgen, dass a) die Betroffenen darüber informiert werden, dass es Unterstützung in der Situation gibt, b) es diese Angebote dafür auch flächendeckend vorhanden sind und c) diese Unterstützung auch finanziert wird. Beteiligt wären an der Lösung dieser Aufgabe z. B. die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*, Rettungsdienste, Feuerwehr, Polizei, Kliniken - besonders Notaufnahmen, Notfallseelsorge, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten und nicht zuletzt der Gesetzgeber, die Krankenkassen und die *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*. Ein vergleichbarer Bedarf besteht für die nahestehenden Menschen von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben. Dies ist besonders wichtig, da von 100.000 Suizidversuche im Jahr ausgegangen wird. Hier dürfte es jedoch noch weniger Hilfsangebote geben.

Eine noch größere Lücke besteht bei den Angehörigen von suizidgefährdeten Personen (Partnerinnen und Partnern, Eltern, Kinder, aber auch z. B. Mitschülerinnen und Mitschüler, Kolleginnen und Kollegen u.v.a.m.). Diese stehen oft unter großem psychischem Druck und trauen sich meist auch nicht um Hilfe nachzusuchen. Zwar gibt es Angehörigengruppen für Menschen, die in (stationärer) psychiatrischer Behandlung sind, doch diese dürften nur eine Minderheit erreichen. Dabei können nahestehende Menschen von Suizidgefährdeten die Suizidprävention sehr unterstützen, wenn man ihnen dabei hilft, den Suizidalen dazu bewegen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Maßnahmen nach dem oben beschriebene Mehrebenenansatz würden auch hier helfen.

Es fehlt an Kenntnissen über Suizidalität

Trotz der oben erwähnten Initiativen gilt auch hier: das Wissen über Suizidalität, Suizid und Suizidprävention ist in der Gesellschaft oft nicht ausreichend vorhanden. Nicht nur die alten Mythen über Suizidalität leben fort. Hierzu zählen: „Wer Suizidgedanken hat, möchte unbedingt sterben“, „wer gehen will, den soll am gehen lassen“, „man kann da eh nicht helfen“, „wer darüber spricht, tut es nicht“, „wenn man Suizidgedanken anspricht, löst man einen Suizid aus“, „Suizidalität und Suizide gibt es nur bei Depressionen“, „wer alt ist, hat doch sein Leben schon gelebt“. Gerade in der Diskussion über den assistierten Suizid wird deutlich, dass auch viele Fachleute keine Kenntnisse über die Ambivalenz suizidaler Vorstellungen, über die Dauerhaftigkeit suizidalen Erlebens und Verhaltens, über die Epidemiologie des Suizids und über die breiten vorhandenen Konzepte und Hilfsmöglichkeiten und -angebote haben. Besonders Konzepte der Krisenintervention scheinen weitgehend unbekannt zu sein. Die Vorstellung einer suizidpräventiven Beratung als Übergabe von Informationen (analog der Schwangerschaftsberatung) entspricht in keiner Weise suizidpräventiver Praxis. In dieser bedeutet Beratung einen Aufbau einer vertrauensvollen stützenden Beziehung, in welcher man den Betroffenen hilft, ihr Leiden zu verstehen, es zu lindern und damit umgehen zu können. Diese Form der Beratung oder Therapie hilft, selbstbestimmte Entscheidungen im Leben zu treffen. Sie erfolgt im günstigen Fall durch kompetente Helferinnen und Helfer, die qualifiziert sind in Gesprächsführung oder Verfahren der Krisenintervention und Psychotherapie.

Wir benötigen mehr Aufklärung in der Gesellschaft. Trotz der beschriebenen Initiativen ist die Kenntnis über Suizidalität in der Allgemeinheit immer noch gering. Wir benötigen mehr Aufklä-

rung über Suizidalität, dass es überhaupt Hilfe und Unterstützung gibt, wie und wo man diese findet und wie diese aussieht. Wünschenswert sind Kenntnisse, wie man mit Menschen mit Suizidgedanken spricht und umgeht, wie man mit Hinterbliebenen und mit Angehörigen spricht und diese unterstützt. Darüber hinaus ist eine umfassende Aufklärung der Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten bei schweren körperlichen Erkrankungen und am Lebensende zu leisten. Dies gilt besonders für Möglichkeiten der palliativen Versorgung und von Hospizen. Insgesamt ist es notwendig, ein suizidpräventives Allgemeinwissen zu fördern.

Kenntnisse der Suizidprävention in der beruflichen Aus-, Fort und Weiterbildung werden von vielen der TPG des Projekts „Suizidprävention Deutschland“ als Schlüsselforderungen für die Zukunft genannt. Dies sollte für alle Berufe gelten, die unmittelbar und mittelbar mit dem Thema Suizidalität zu tun haben. Es betrifft die Gesundheitsberufe wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Betreuerinnen und Betreuer u.v.a.m., aber auch Juristinnen und Juristen, Richterinnen und Richter, Ethikerinnen und Ethiker, Philosophinnen und Philosophen, Pflegende, Friseurinnen und Friseure und Architektinnen und Architekten. Besonders hilfreich wäre aktuell die Fortbildung von Gatekeepern wie Hausärztinnen und Hausärzte und Mitarbeitende in der Altenpflege.

Forschung ist ein Schlüsselfaktor für die weitere Entwicklung. Es gibt zwar international viele Forschungsergebnisse zum Suizid, aber nur wenige aus Deutschland.

Dies ist ein Problem. Die Besonderheiten des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems und weiterer kultureller Faktoren führen dazu, dass internationale -besonders epidemiologische- Forschungsergebnisse nicht unbedingt auf Deutschland übertragbar sind. Internationale evidenzbasierte Präventionsprogramme für bestimmte Interventionsbereiche müssen auch für Deutschland evaluiert werden (z. B. für Schulen, im Gesundheitswesen oder bezogen auf spezifische Risikogruppen). In den Berichten der unterschiedlichen TPG werden viele Forschungsdefizite konkret benannt. Leider ist in Deutschland Suizidalität und Suizidprävention in keinem Studiengang ein universitäres Lehrfach, sondern ist abhängig von dem Interesse einzelner Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler oder Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer. Initiativen zur Stärkung der universitären Forschung und Lehre in diesem Fachgebiet können die Suizidprävention in Deutschland sehr fördern.

Anzustreben ist eine stärkere Kooperation von forschenden Einrichtungen mit bestehenden Hilfsangeboten, um diese zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Diese sind nur selten evaluiert. Eine Schwierigkeit in der Wirkungsforschung ist, dass bei suizidgefährdeten Menschen die Durchführung von randomisierten Doppelblindstudien aus ethischen Gründen nur schwer zu realisieren sind. Auch viele regionale Aktivitäten (z. B. in der Öffentlichkeitsarbeit) sind durch ihren geringen Wirkungsradius nur schwer auf ihre Effektivität hin zu überprüfen, können aber trotzdem wirksam sein.

Schnellere Datenerhebung zum suizidalen Geschehen. Bislang werden die Daten vom Statistischen Bundesamt mit ein bis zwei Jahren Verzögerung und vergleichsweise gering aufgelöst zur Verfügung gestellt. Eine zeitnahe, höher aufgelöste Information ist für die zukünftige Forschung und die Entwicklung der Suizidprävention von großer Bedeutung. Begrüßt würde auch

ein Monitoring der Giftnotzentralen hinsichtlich der für suizidale Handlungen aktuell verwendeten Substanzen. Der Datenschutz muss allerdings dabei eingehalten werden. jugendschutz.net sollte für das Monitoring des suizidalen Geschehens in den neuen Medien unbedingt gefördert werden.

Mehr Vernetzung fördert die Information und Effektivität. Auch wenn in einer Region mehrere suizidpräventive Angebote vorhanden sind, besteht häufig Unkenntnis über die Existenz der anderen Institution, deren konkretes Angebot und über deren Zugang. Die Förderung regionaler und kommunaler Netzwerke wird besonders die stationäre Nachsorge von suizidalen stationären Patienten als auch von Patientinnen und Betroffenen nach Suizidversuch verbessern. Öffentlichkeitswirksame Aktivitäten heben das allgemeine Wissen über Suizidalität und Hilfsangebote in der jeweiligen Region an. In den Berichten der TPG sind mehrere Beispiele für den Aufbau von Netzwerken zur Öffentlichkeitsarbeit genannt.

Es fehlt an Angeboten zu niedrigschwelliger/barrierefreier Suizidprävention

Wenn mehr Aufklärung zur Folge hat, dass es mehr Kenntnis über Hilfsangebote gibt, dann müssen diese auch zur Verfügung stehen. Es gibt jedoch auch innere Hürden für viele Hilfesuchende, z. B., nicht akzeptieren zu können, psychisch erkrankt zu sein, oder negative Erfahrungen im Gesundheitswesen. Das Aufsuchen eines Psychiaters oder einer Psychiaterin oder einer psychiatrischen Einrichtung kommt für diese Personen dann zunächst nicht in Frage. Das vorhandene Angebot im Gesundheitswesen erreicht also nicht alle Betroffenen. Niedrigschwellige Angebote bzw. barrierefreie Angebote berücksichtigen „psychische, soziale, kulturelle und körperliche Barrieren der Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer. Hierzu zählen besondere Ängste, paranoide Befürchtungen und negative Erfahrungen mit Professionellen des Gesundheitswesens. Zu den niedrigschwelligen suizidpräventiven Angeboten gehören Telefon-Hotlines und internetbasierte Angebote, beispielsweise E-Mail-Beratung, Chats oder Foren. Außerdem zählen dazu Einrichtungen wie lokale Krisendienste, Beratungsstellen, psychosoziale Zentren und Selbsthilfegruppen.“ (Bericht TPG „Niedrigschwellige Suizidprävention“).

Niedrigschwellige Angebote sollten leicht und schnell erreichbar sein, keine bis geringe Wartezeiten haben und auch bestimmte Hürden spezifischer Zielgruppen berücksichtigen (Kinder, Jugendliche, alte Menschen, körperlich schwer kranke Menschen, geschlechtsspezifische Gruppen, Nicht-Deutschsprachige, Asylsuchende, Migrantinnen und Migranten, Angehörige nach Suizid, Strafgefangene oder bildungsferne Menschen).

Während telefonische und internetbasierte Angebote eine große Reichweite haben, sind Angebote vor Ort in Deutschland ungleich verteilt. Gerade auf dem Land und den neuen Bundesländern gibt es große Lücken. Hier ist ein Ausbau zu befürworten. Es müssen nicht zwingend neue Einrichtungen geschaffen werden. Niedrigschwellige Angebote können auch im Rahmen der psychiatrischen Institutionen realisiert werden (Fiedler et. al, 2020). Insgesamt benötigen die bestehenden niedrigschwelligen Angebote eine sichere Finanzierung.

Suizidprävention vor Ort findet zumeist in Form von Gesprächen statt. Gerade in der Klinik, bei der niedergelassenen Ärztin oder dem Arzt oder in der Altenpflege hemmen mangelnde personelle Ressourcen und zu wenig Zeit für Gespräche vielfach suizidpräventive Interventionen.

Es fehlt an Kontinuität

Häufig werden niedrigschwellige Angebote, regionale Vernetzung und Forschungsvorhaben im Rahmen von befristeten geförderten Projekten eingerichtet. Nach Ablauf der Laufzeit ist die Zukunft dieser Projekte oftmals ungewiss. Die erworbene Kompetenz der Mitarbeitenden dieser Projekte geht verloren, wenn sie sich andere Arbeitsfelder suchen müssen. Dies ist ein großes Hemmnis in der Suizidprävention.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln muss ausgebaut werden

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln gilt als der wirksamste wissenschaftlich nachgewiesene Effekt der Suizidprävention (WHO, 2014, 2021). Gerade an sogenannten Hotspots, an denen sich häufig Menschen das Leben nehmen, können diese durch bauliche Maßnahmen entschärft werden. Dies gilt besonders für Brücken, hohe Gebäude, Bahnhöfe und das Gleisnetz der Deutschen Bahn. Bei bestehenden Gebäuden müsste die Vereinbarkeit der Suizidprävention mit den Interessen des Denkmalschutzes geregelt werden. Für neue Gebäude müsste geklärt werden, inwieweit suizidpräventive Erkenntnisse in das bundesweite und länderspezifische Baurecht aufgenommen werden können. Gerade bei neuen Bauten von Kliniken und Justizvollzugsveranstalten sollte die Suizidprävention berücksichtigt werden. Aber auch bestehende Einrichtungen können baulich umgestaltet werden. Hierzu gibt es differenzierte Konzepte (siehe Bericht der TPG „Methodenverfügbarkeit“).

Die Einschränkung des Zugangs zu tödlich wirkenden Substanzen (Medikamente, Chemikalien) kann optimiert werden. Besonders in Kooperation mit den Giftnotrufzentralen kann ermittelt werden, welche Substanzen aktuell für suizidale Handlungen verwendet werden und daraus folgend sollten einschränkende Maßnahmen vorgenommen werden.

Die Verbreitung von Suizidmethoden hängt auch von ihrer Bekanntheit ab. Besonders die mediale Verbreitung von bisher unbekanntem Suizidmethoden und Berichte über Orte, an denen Menschen sich das Leben nehmen, führen zu einer Zunahme von Suiziden. Eine Einschränkung ist möglich, wenn solche Informationen nicht mehr öffentlich verbreitet werden (siehe Bericht der TPG „Medien und Öffentlichkeitsarbeit“).

Zurzeit wird in der Diskussion um den assistierten Suizid erwogen, den Zugang zu tödlich wirkenden Medikamenten einem Teil der Bevölkerung erleichtert zu ermöglichen. Dies wird nach bisherigem Kenntnisstand zu einer deutlichen Zunahme von assistierten Suiziden führen. Es

ist zu wünschen, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Suizidprävention in diese Diskussion einfließen.

Information, Vernetzung, Bildung und Forschung für die Zukunft

Die TPG des Projektes wurden aufgefordert in ihrem Bericht drei vordringliche Forderungen zu nennen. Dabei gab es Überschneidungen. Die am häufigsten genannten Forderungen werden im Folgenden aufgeführt. Alle Forderungen und deren Begründungen finden sich am Ende jeden Teilberichtes.

Gründung einer bundesweiten Informations- und Koordinationsstelle zur Suizidprävention

Fast alle TPG sehen diese Forderung als die vordringlichste. Eine bundesweite Anlaufstelle der Suizidprävention in Deutschland mit einem Webauftritt und einer bundesweit einheitlichen Rufnummer kann für zentrale Zielgruppen ein wichtiger Informationspunkt sein. Durch eine solche Einrichtung werden bundesweite Informationskampagnen zu Hilfsmöglichkeiten (z. B. durch die BzGA) mit Verweis auf eine einheitliche Webadresse und Telefonnummer möglich. Sie sollte folgende Kriterien erfüllen: nicht konfessionsgebunden, nicht parteigebunden, anonym erreichbar, jederzeit gebührenfrei erreichbar und öffentlich finanziert. Dies soll dabei in keiner Konkurrenz zur Telefonseelsorge und zu weiteren Angeboten stehen, sondern deren Angebot ergänzen. Die Stelle sollte kompetent mit Beschäftigten besetzt werden, welche eine erste telefonische Krisenintervention leisten und zur Inanspruchnahme regionaler Unterstützungsangebote ermutigen oder längerfristige Behandlungen einleiten können. Ebenso sollten sie in der Lage sein, anerkannte Expertinnen und Experten für bestimmte Themenfelder zu vermitteln. Dazu sollte ein umfangreiches Verzeichnis regionaler Angebote erstellt und aktuell gehalten werden. Die Zielgruppen sind insbesondere:

- Menschen mit Suizidgedanken.
- Angehörige, Freundinnen und Freunde, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Mitschülerinnen und Mitschüler, Mitstudierende und weitere mittelbar durch Suizidgedanken oder Suizidversuche anderer Betroffene.
- Hinterbliebene nach einem Suizid.
- Professionelle und ehrenamtliche Helfer im Bereich der Suizidprävention.
- Personen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Suizidgefährdeten in Kontakt stehen und sich nicht hinreichend qualifiziert fühlen (z. B. Polizei, Suchtberatung, Lehrerinnen und Lehrer, Schuldnerberatung, Altenpflege, Palliativ- und Hospizdienste).
- Institutionen und Führungskräfte die Beratung suchen.
- Architektinnen und Architekten, Bauplanerinnen und Bauplaner und alle anderen Personen, die in suizidpräventionsrelevanten Arbeitsfeldern tätig sind.

Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms und der regionalen Vernetzung

Die meisten TPG fordern zudem eine stetige Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms als ein bundesweit koordinierendes Expertinnen- und Expertennetzwerk und eine Förderung und Verstärkung der regionalen Vernetzung.

Förderung der Aus- Fort und Weiterbildung

Die meisten TPG fordern als eine besonders dringliche Maßnahme die Aufnahme der Suizidprävention in die Curricula der für die Suizidprävention relevanten Berufe. Die Fort- und Weiterbildung sollte sich in größerem Umfang der Suizidprävention widmen. Ebenso sollte die Supervision von Personen gefördert werden, die im beruflichen Kontext mit Suizidalen zu tun haben. Leitlinien im Bereich der medizinischen Versorgung sollten für das Feld der Suizidprävention weiterentwickelt werden.

Förderung der Forschung

Die Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Suizidprävention soll nach den Vorschlägen der Teilprojektgruppen unbedingt ausgeweitet und verstetigt werden. Viele Forschungslücken und erheblicher Forschungsbedarf werden in den Berichten aufgeführt.

Ausbau der niedrigschwelligen/barrierefreien Versorgung

Ein Ausbau von niedrigschwelligen Versorgungsangeboten im Bereich der Suizidprävention wird besonders in den unterversorgten Gebieten gefordert. Dies kann durch die Förderung neuer Einrichtungen, aber auch durch eine konzeptionelle Anpassung bestehender Einrichtungen erfolgen. Besonders wichtig ist hier der Vorschlag der Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote.

Förderung der Öffentlichkeitsarbeit

Die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit wird von fast allen TPG als notwendig angesehen. Diese kann bundesweit und auf regionaler Ebene erfolgen. Im Rahmen von Fortbildungen sollte auch die Kompetenz suizidpräventiver Einrichtungen zur Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden. Das bestehende Medienzentrum des NaSPro als Kontakt und Informationsstelle für Journalistinnen und Journalisten und weitere Medientätige sollte ausgebaut werden.

1 Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln

Sina Müller¹, Ina Giegling², Ulrich Hegerl³, Katharina Bennefeld-Kersten⁴, Maja Meischner-Al-Mousawi⁵, Nadine Glasow⁶, Thomas Reisch⁷, Klaus Rademacher⁸, Hans Karl Mend⁹, Armin Schmidtke¹⁰, Dan Rujescu¹¹

1 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

2 PD Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

3 Prof. Dr., Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt

4 Dr., BAG Suizidforschung im Vollzug, Restorf

5 Dr., Kriminologischer Dienst des Freistaates Sachsen, Leipzig

6 Dr., universalRAUM GmbH, Dresden

7 Prof. Dr., Psychiatriezentrum Münsingen AG (PZM), Münsingen, Schweiz

8 Prof. Dipl.-Ing. Architekt, Fachgebiet: Baukonstruktion (Justizvollzugsanstalten), Bremen

9 Dipl.-Ing. (FH), Bauingenieur, Fachgebiet Brückenbau, Würzburg

10 Prof. Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg

11 Prof. Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

ZUSAMMENFASSUNG Die Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln ist eine wichtige Suizidpräventionsmaßnahme. Dabei ist der Fokus auf die baulichen Aspekte gerichtet (z.B. Brücken, Türme, Justizvollzugsanstalten, psychiatrische Kliniken und Bahnanlagen) sowie die Beschränkung von möglichen Suizidmitteln (z. B. Schusswaffen, Medikamente).

SCHLÜSSELWÖRTER *Medikamentenverfügbarkeit, Brückensicherung, Hotspots, Suizidprävention, Methodenrestriktion*

ABSTRACT Restricting the availability of suicide methods and means is an important suicide prevention measure. Here, the focus is on structural aspects (e.g., bridges, towers, correctional facilities, psychiatric hospitals, and railroad facilities) and the restriction of potential suicide means (e.g., firearms, medications).

KEY WORDS *Availability of medication, bridge fuse, hotspots, suicide prevention, means restriction*

Einleitung

Die Kenntnis der Suizidmethoden ist unabdingbar, um lebensnotwendige präventive Maßnahmen entwerfen und im besten Fall umsetzen zu können. Die Zugangshindernisse zu den Methoden können Suizidraten einer Gesellschaft nachweislich senken (Florentine & Crane, 2010). Die bauliche Suizidprävention ist ein wichtiges Feld in der Methodenrestriktion, die einerseits im institutionellen Bereich vorgenommen wird oder werden muss wie in Kliniken und in Justizvollzugsanstalten und andererseits an öffentlichen Räumen wie Brücken, Türmen oder Bahngleisen (Florentine & Crane, 2010; Habenstein et al., 2013; Mann et al. 2006). Weiterhin zählen zu den suizidpräventiven Maßnahmen die Restriktion von Waffen, Medikamenten oder anderen Mitteln wie Kohlstoffmonoxid oder Helium (Haw et al., 2004; Hemenway & Miller, 2002; Reisch et al., 2006).

Im Jahr 2019 haben sich deutschlandweit **9.041** Menschen suizidiert.

Wenn sich ein Mensch mit Suizid beschäftigt, muss er sich dabei auch mit der Art und Weise der suizidalen Handlung auseinandersetzen. Die Suizidarten werden in zwei Kategorien eingeteilt: Harte bzw. aktive und weiche bzw. passive Methoden (Bronisch, 2002). Diese Suizidmethoden werden nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) kategorisiert (WHO, 2019). In den Industrienationen werden Suizide über alle Altersgruppen hinweg häufiger von Männern als von Frauen begangen. Dies liegt vor allem daran, dass Männer harte bzw. aktive Methoden wie Erhängen oder Erschießen zum Vollzug eines Suizides anwenden (Värnik et al., 2008; Cibis et al., 2012). In einer europäischen Studie wurden systematisch und prospektiv 7.241 suizidale Handlungen erfasst, von denen 9,1% tödlich ausgingen. Die erhöhte Letalität suizidaler Handlungen der Männer zeigte sich daran, dass 73,8% der Suizide, dagegen nur 43,5% der Sui-

zidversuche von Männern begangen worden waren. Diese drastische hohe Letalität ist vor allem durch die vergleichsweise häufigere Wahl tödlicherer Methoden wie Erhängen und Schusswaffengebrauch bei den Männern zu erklären, während von Frauen die Methode Vergiftung präferiert wird, die eine geringe Letalität (2%) aufweist (Mergl et al., 2015). Hinzu kommt jedoch, dass selbst bei gleicher Methodenwahl der Ausgang bei den Männern über alle Methoden hinweg tödlicher ist (Mergl et al., 2015).

Nach Plöderl et al. (2010) hatten Personen, die sich bereits für eine Suizidmethode entschieden hatten, höhere Ausprägungen bzgl. Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken als solche, die sich (noch) nicht für eine Methode entschieden hatten. Sie folgern daraus, dass „die bekannten Risikofaktoren Depression, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken zwar mit der Planung eines Suizides zusammenhängen, aber nicht mit der Auswahl der bestimmten Suizidmethode“ (Plöderl et al., 2010: 7).

Im Jahr 2019 haben sich deutschlandweit 9.041 Menschen suizidiert (Statistisches Bundesamt, 2021). Die mit Abstand verbreitetste Methode war mit 4.074 Suiziden das *Erhängen*, *Strangulieren* bzw. *Ersticken* (siehe Kapitel 1.1). Erhängen ist eine harte Suizidmethode, die in der Allgemeinbevölkerung, sowohl von männlichen Suizidenten (ca. 82%) als auch von weiblichen Suizidenten (ca. 18%) Anwendung findet. Seit 1998 nimmt diese Suizidmethode stetig ab.

Die zweithäufigste Methode (exkl. „Sonstige Suizidmethoden“) ist die Einnahme von *Medikamenten*, auf diese Weise nahmen sich im Jahr 2019 968 Personen das Leben (siehe Kapitel 1.2).

Als dritthäufigste Methode wurde der *Sturz* als tödliche Handlung von 917 Menschen gewählt. Die häufigsten gewählten Orte für einen Sturz, meist in die Tiefe, sind Brücken oder Türme, die als Hotspots definiert werden (siehe Kapitel 1.3).

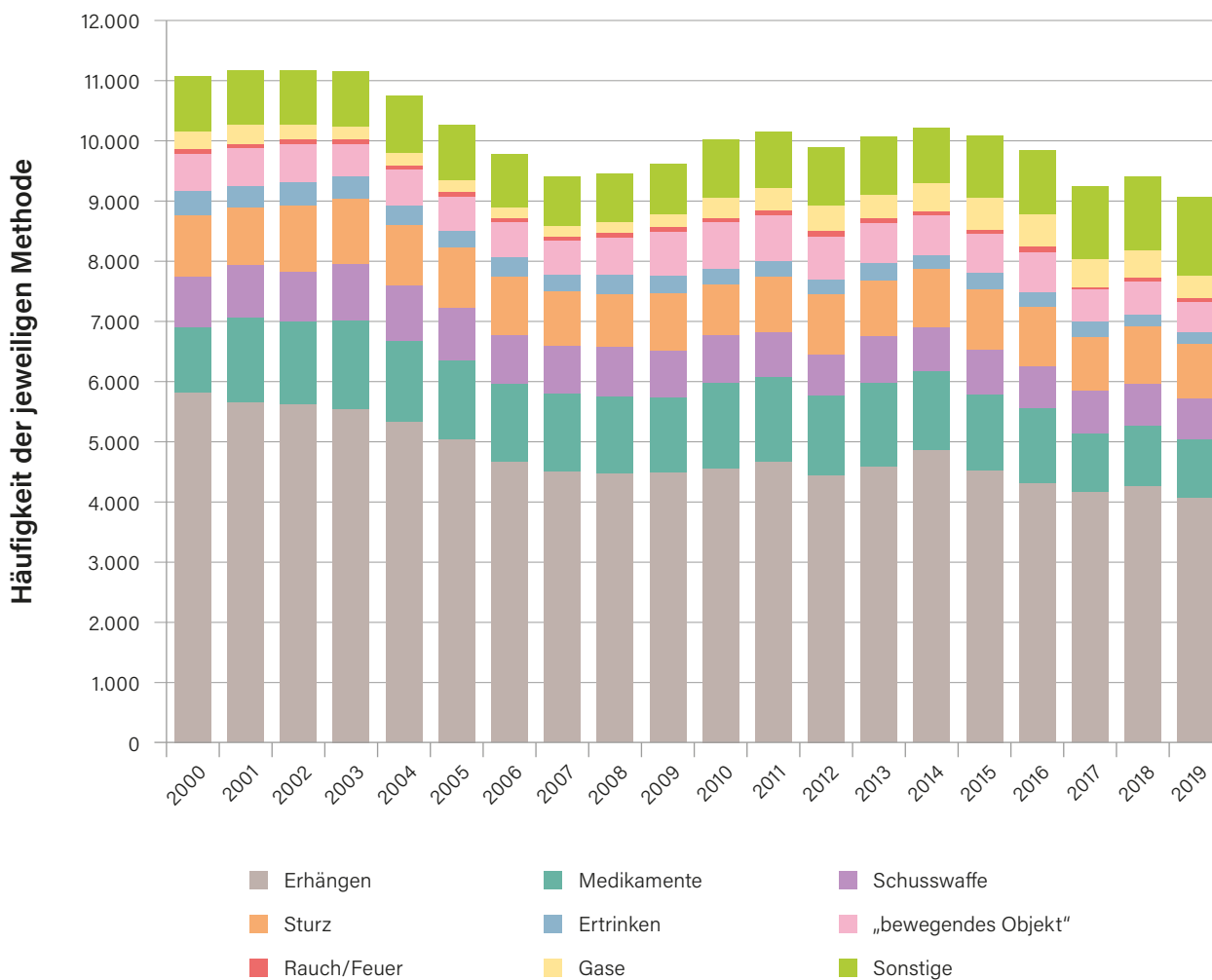


Abbildung 1.1: Suizidmethoden in Deutschland in den Jahren 2000–2019

Quelle: Nationales Suizidpräventionsprogramm, 2021

Im Jahr 1998 haben sich 902 Menschen entschieden, sich mit einer *Schusswaffe* (siehe Kapitel 1.4) zu suizidieren, im Jahr 2019 waren es 666 Menschen.

Die Rate der Suizide, die durch ein *Bewegendes Objekt* (siehe Kapitel 1.5) eintreten, weist über den Zeitraum von 1998 bis 2019 Schwankungen auf. Im Jahr 1998 wurden 674 Suizide vermerkt. Im Jahr 2010 erreicht die Suizidrate einen Peak von 766 Suizidfällen, bis zum Jahr 2019 sinkt die Rate ab und weist dennoch 483 Suizidfälle auf.

Bei der Betrachtung der gesamten Rate der verschiedenen Suizidfälle wird von einer hohen Dunkelziffer aus-

gegangen, da die Todesursachenstatistik methodische Mängel bei der Erfassung der Todesursache aufweist.

Für die Entscheidung für eine suizidale Handlung und insbesondere die Wahl der Methode ist neben der tatsächlichen Verfügbarkeit die kognitive Verfügbarkeit von Suizidmethoden wichtig. Die Verbreitung des Wissens über bestimmte letale Suizidmethoden kann deshalb einen sehr großen Einfluss auf die Suizidraten haben (Koburger et al., 2015). Beunruhigend ist auch die Zunahme von Kohlenmonoxid-Vergiftungen mit Holzkohलगrill, eine sehr tödliche Methode, die sich von Asien aus in andere Länder ausgebreitet hat. In Deutschland ist dies die Methode mit den höchsten

Wachstumsraten in den letzten Jahren. In einer Reihe von Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Google-Suchanfragen zur Vergiftung mit Kohlenmonoxid und anderen Gasen und der Zunahme der Wahl dieser Suizidmethode festgestellt werden (Paul et al., 2017).

Zu untersuchen ist, ob die Methodenrestriktion als vielfach untersuchte Suizidpräventionsmaßnahme (Daigle 2005, Mann et al. 2005, Mann & Michel 2016) zu einer Senkung der Suizidrate beitragen kann. Dafür sind folgende Fragestellungen interessant:

1. Führt eine spezifische Restriktionsmaßnahme zu einer Verringerung der angewandten Suizidmethode?
2. Führt diese Restriktion zu einer Verringerung der Gesamtsuizidrate?
3. Wird bei einer Methodenrestriktion auf eine andere Suizidmethode gewechselt?

Zur Beantwortung der ersten Frage kann bei nahezu allen Studien über Suizidmethoden nachgewiesen werden, dass nach einer Intervention, die die Verfügbarkeit einer Methode einschränkt, diejenige Methode auch weniger benutzt wird. Die Beantwortung der zweiten und der dritten Frage bringt dagegen nicht einheitliche Ergebnisse hervor. Aufgrund der zumeist angewendeten statistischen Analysen werden diese Fragen zumeist widersprüchlich beantwortet: Einige Studien können eine Reduktion (Beautrais, 2006), andere wiederum keine Verringerung der Gesamtsuizidrate aufzeigen (Rich, 1990). Oft sind fehlende Nachweise der Senkung der Gesamtsuizidrate eine Frage der statistischen Power einer Studie. So kann man z. B. nicht erwarten, dass die Sicherung eines einzelnen Sprunghotspots die

Gesamtsuizidrate senkt, da die Verringerung im statistischen Rauschen untergeht. Ein weiterer Faktor ist, dass bei solchen Feldstudien im Gegensatz zu Laborstudien eine große Anzahl von schwer kontrollierbaren Kovariablen potentielle Confounder darstellen, die es zu berücksichtigen gilt (Leenaars et al., 2003).

Insgesamt zeichnet sich aber ab, dass ein großer Teil aller Studien zur Methodenrestriktion einen Einfluss auf die Gesamtsuizidrate zeigt (Daigle, 2005; Mann, 2005). Es ist daher mittlerweile nicht mehr die Frage, ob eine spezifische Maßnahme zur Methodenrestriktion die Gesamtsuizidrate senkt, sondern wie stark dieser Effekt ist. Die Methodenrestriktion wird als ein universelles Prinzip angesehen; es muss allerdings beachtet werden, dass unterschiedliche Suizidmethoden auch unterschiedlich restriktiv behandelt werden müssen. Das heißt, dass das Erhängen bereits durch bauliche Maßnahmen verhindert werden kann (Gunnell et al., 2005), dagegen die Nutzung von Schusswaffen durch andere und verschiedene Maßnahmen eingeschränkt werden muss.

Zur Beantwortung der dritten Frage zeigt die Forschung auf, dass bei Einschränkung einer Suizidmethode nicht auf eine andere Methode gewechselt wird (Daigle, 2005; Althaus 2005). Ein sehr gut untersuchtes Beispiel ist die Entgiftung des Haushaltsgases. Es konnten in England und der Schweiz belegt werden, dass anschließende Suizide durch Gasvergiftungen drastisch reduziert wurden, beinahe nicht mehr vorhanden waren. Nicht nur bei dieser Methode ist die Restriktion zur Verhinderung eines Suizides dienlich. Suizidprävention ist möglich und in vielen Bereichen technisch möglich, wie auf den folgenden Seiten dargestellt wird.

1.1 Institutioneller Raum

Institutionelle Räume sind in den Sozialwissenschaften kein eindeutig definierter Begriff. Laut Esser (2000) können sie als eine gesellschaftliche Struktur verstanden werden, in der eine bestimmte stabile Erwartung und eine soziale Verbindlichkeit herrschen (Esser, 2000). Unter der institutionalisierten sozialen Organisation werden meist Einrichtungen verstanden wie z. B. Universitäten, Kliniken, Justizvollzugsanstalten etc. (Esser, 2000). In Kapitel 1.1.1 soll auf die Institution Justizvollzugsanstalt eingegangen werden und im folgendem Kapitel 1.1.2 auf die psychiatrischen Kliniken. In beiden Abschnitten wird der aktuelle Stand von Suiziden dargestellt und auf die präventiven Maßnahmen, die vorgenommen werden, sowie Hemmnisse, die der Prävention entgegenstehen, erläutert.

1.1.1 Justizvollzugsanstalten

Insassinnen und Insassen in deutschen Gefängnissen zählen zu den Personengruppen mit einem erhöhten Suizidrisiko. Es handelt sich jedoch um keine repräsentative Gruppe, da die Umstände, in denen sich die Inhaftierten befinden, gesonderte sind. Isolation, Verlust des selbstbestimmten Alltags und enges Zusammenleben mit fremden Personen können Risikofaktoren sein, die der/die Inhaftierte als (zusätzliche) Belastung wahrnimmt (Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention im Justizvollzug“, 2013:15).

Im Zeitraum von 2000 bis 2019 haben sich

1.449 inhaftierte Suizidentinnen
und Suizidenten

das Leben genommen.

In den Gefängnissen der Bundesrepublik Deutschland begingen im Zeitraum von 2000 bis 2019 1.449 Inhaftierte Suizid.¹ Davon waren 42 Personen weiblich und 1.407 Personen männlich. Waren es im Jahr 2000 noch 117 Personen in Haft, die sich suizidierten, sank die Anzahl der Suizide im Jahr 2019 auf 43. Bis auf einen kurzen, aber deutlichen Anstieg der Suizidraten in den Jahren von 2015 bis 2017 sinkt die Suizidrate in deutschen Justizvollzugsanstalten (Meischner-Al-Mousawi et al., 2020).

Von den 1.449 inhaftierten Suizidenten im untersuchten Zeitraum haben sich 90 % der weiblichen und 91,4 % der männlichen Personen erhängt (siehe Tabelle 1.1), sie entschieden sich also für eine harte Suizidmethode. Auch wenn die von Reimer et al. (1981) angenommene geringere Schmerzempfindlichkeit nicht in Abrede gestellt werden soll, wird angenommen, dass nicht nur die Schmerzempfindlichkeit das ausschlaggebende Kriterium für die Wahl einer harten Methode ist. Die Wahl fällt meist auf eine harte Methode, weil dies mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zum Tod führt. Im Gefängnis sind die Möglichkeiten und Mittel für eine Selbsttötung sehr begrenzt, während Männer und Frauen der Allgemeinbevölkerung auf ein breites Spektrum an harten Suizidmethoden zugreifen können, die schnell zum Erfolg führen und nicht immer als Mittel zum Suizid erkannt werden, können im Gefängnis dagegen Autounfälle, Sturz aus großer Höhe, Bahnsuizide oder Erschießen und Ertrinken nur dann durchgeführt werden, wenn sich die Gefangene oder der Gefangene im offenen Vollzug befindet. Die weitaus größere Anzahl der Gefangenen befindet sich jedoch im geschlossenen Vollzug. Auch das Risiko einer vorzeitigen Entdeckung der suizidalen Handlung ist im Gefängnis größer als in der Allgemeinbevölkerung, da mit Kontrollen gerechnet werden muss. So steht das Öffnen der Pulsadern

¹ Grundlage der Daten ist die Totalerhebung der Suizide in deutschen Justizvollzugsanstalten. Die Erhebung wurde von 2000 bis 2018 durch den Kriminologischen Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs durchgeführt. Seit 2009 geschieht dies durch den Kriminologischen Dienst Sachsen.

zwar mit 6% an zweiter Stelle der angewandten Suizidmethoden (vgl. Tabelle 1.1), ist aber aufgrund der Dauer des Tötungsvorgangs entdeckungswahrscheinlicher als sich zu erhängen (Bennefeld-Kersten et al., 2015). Bei den in der Tabelle aufgeführten Suizidmethoden waren Mehrfachnennungen möglich. Alle Suizidmethoden mit mindestens vier Nennungen wurden aufgeführt.

Methode	Männer n = 1.400	Frauen n = 42	Gesamt n = 1.442
Erhängen/ Erdrosseln	1.265	38	1.303
Schnitt	78	1	79
Medikamente	25	1	26
Drogen	9	2	11
Ersticken	29	1	30
Sprung	8	1	9
Vergiftungen	6	1	7
Schuss	5	0	5
Stich	4	0	4
Strom	4	0	4
Andere	8	0	8

Tabelle 1.1: Am häufigsten angewandte Suizidmethoden in deutschen Gefängnissen im Zeitraum von 2000 bis 2019, N=1.442
Quelle: unveröffentlichte Daten, Kriminologischer Dienst Sachsen

Die Strafvollzugsgesetze schränken – zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung – im Gefängnis den Besitz von Gegenständen ein. Das ist eine ideale Voraussetzung für die technische Suizidprävention, die durch den Entzug aller Gegenstände, die als Werkzeug für einen Suizid geeignet sein könnten, höhere Erfolge verspricht (vgl. Tabelle 1.2).

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Bettzeug, Decken	241	29,1
Kleidung, Schnürsenkel	132	15,9
Gürtel, Stricke	276	33,3
Kabel	47	5,7
Ausstattung (Netze, Gardinen, Tücher)	39	4,7
Plastik-Mülltüten	12	1,4
Messer, Rasierklingen	38	4,6
Verbandszeug	15	1,8
Medikamente, Drogen	14	1,7
Sonstiges	14	1,7
Gesamt	828	100,0

Tabelle 1.2: Werkzeugkategorien für Suizidbegehungen in deutschen Gefängnissen, erfasst ab 2005 bis 2017, N= 869
Quelle: Dr. Bennefeld-Kersten, 2017; Grundlage der Daten ist die Erhebung des Kriminologischen Dienstes im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs

Jedoch dürfen eine Hose ohne Hosenträger, Schuhe ohne Schnürsenkel und Bekleidung sowie Bettzeug aus Papier keine Option für die Gefangenen sein. Sie bedeuten für den/die Inhaftierte(n) eine erhebliche Demütigung. Das Gefühl der Demütigung könnte ein Suizidrisiko durchaus verschärfen (Bennefeld-Kersten et al., 2015).

Erfolgversprechend ist die bauliche und technische Veränderung von Gegenständen und Räumen, die sich für einen Suizid eignen. Hierzu müssen im Vorfeld Konzepte entwickelt werden. Diese bilden die Grundlage jeder baulichen Veränderung. Vor allem die Planung eines Sicherheitskonzeptes sowie die Gestaltung bis ins Detail sind für die bauliche Suizidprävention unabdingbar (Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention im Justizvollzug“, 2013).

Es gibt drei Positionen der Sicherheit in Gefängnissen, die dabei beachtet werden müssen, die instrumentale, die administrative und die soziale Sicherheit:

- Die instrumentale Sicherheit betrifft die grundlegenden baulichen und technischen Vorkehrungen. Dazu zählen: Mauern, Wachtürme, Alarmanlagen, Beobachtungssysteme etc. Wenn z. B. auf ein Zwischengitter im Haftraum aus Sicherheitsgründen nicht verzichtet werden kann, sollte dieses grundsätzlich derart verkleidet werden, dass horizontale Gitterstäbe für den Inhaftierten nicht zugänglich sind. Ebenso können in Hafträumen für Neuzugänge Fenstergitter und sämtliche Rohre (z. B. Heizungsrohre, Wasserrohre) verkleidet und Schienen (z. B. Duschvorhänge) entweder entfernt oder so konstruiert werden, dass sie größeren Belastungen nicht standhalten.
- Die administrative Sicherheit wird durch Vorgaben und Regeln der jeweiligen Anstalt sichergestellt. Es sind verwaltungstechnische Konzepte, die erstellt werden müssen, wie Alarm- und Sicherheitspläne, Dienstpläne mit den vorgemerkten Aufsichtszeiten und andere Konzepte wie Anträge für z. B. Sonder Einkäufe oder Sonderbesuche.
- Die soziale Sicherheit umfasst die sozialen Beziehungen zwischen den in der Anstalt lebenden und arbeitenden Personen. Von großer Bedeutung ist die Gestaltung der Kommunikation miteinander. Sie spielt die wahrscheinlich einflussreichste Rolle bei der Suizidprävention.

Alle drei Sicherheitskonzepte beeinflussen sich wechselseitig. Damit kein Spannungsverhältnis zwischen dem Resozialisierungsauftrag (§ 2 S. 2 StVollzG) und den Vorschriften zu Sicherheit und Ordnung (§§ 81 II StVollzG) entsteht, müssen Sicherheitskonzepte beachtet, gewahrt und eingehalten werden. Eine moderne Sicherheitstechnik sollte z. B. die Arbeit eines Angestellten entlasten und unter suizidpräventiven Aspekten eine Unterstützung sein (Bundesministerium für Justiz, 2006).

Das wohl wichtigste Konzept bei der Planung eines Gebäudes einer Justizvollzugsanstalt ist die Wahrung der

Privatheit jedes Menschen. Der Begriff der Privatheit kann mit drei Charakteristika verknüpft werden. Die Privatheit zählt zum Bestandteil aller sozialen Beziehungen. Eine Person muss frei entscheiden dürfen, ob sie allein sein möchte oder in Kommunikation mit anderen Personen treten will. Die Zugangskontrolle, wie das Abschließen einer Tür, reguliert den Zugang zum eigenen Territorium. Die Privatheit bestimmt die territoriale Identität. Die Identifizierung mit der räumlichen Umgebung beinhaltet ein Gefühl der Geborgenheit und Zugehörigkeit eines bestimmten für sich zugeordneten Territoriums (Simmel, 1903). Die Aneignung des Raumes zählt außerdem zu dem Begriff der Privatheit. Darunter zählt die Mitgestaltung von Räumen. Unter diesen Bedingungen eine Justizvollzugsanstalt zu erbauen/ auszubauen, ist eine Herausforderung und nur in Teilbereichen realisierbar.

Eine weitere Hürde für die suizidpräventive Bebauung einer Justizvollzugsanstalt ist das Bauvorhaben, das nach Jahren der Realisierung dem ursprünglich geplanten Konzept nachempfunden werden muss. Konzepte können sich je nach wirtschaftlichen und politischen Entscheidungen innerhalb von Jahren ändern. Das bedeutet, dass die Umbauung an/in einem Gebäude im besten Falle nachhaltig und kostengünstig zu realisieren wäre. Das ist aber nur möglich, wenn im Vorfeld das Gebäude so erbaut wurde, dass mögliche Umbaumaßnahmen eingeplant werden. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Kommunikation unter denen, die entwerfen, und denen, die das Konzept umsetzen, von Bedeutung. Verständigungsprobleme können für die Bebauung verhängnisvoll sein, deshalb bedarf es einer sorgfältigen, fachlichen Erläuterung, um die Verständigung untereinander zu internalisieren (Umsetzung in bauliche Anforderungen mithilfe der Bedarfsplanung im Hochbau nach DIN 18205: 1996-04, April 1996).

Die Bundesarbeitsgruppe für „Suizidprävention im Justizvollzug“ hat Empfehlungen u. a. zur Gestaltung suizidpräventiver Räumlichkeiten herausgegeben. Sie stellen einen Suizidpräventionsraum vor, der die Durchführung eines Suizids durch entsprechende technische und räumliche Gestaltung erschwert und im besten Fall verhindert. Die Einrichtung von Räumlichkeiten dieser Art empfiehlt sich vorrangig für alle

Bereiche, in denen Neuzugänge untergebracht werden. Der Suizidpräventionsraum ist ein Haftraum, der nahe dem Dienstzimmer liegt, sodass ggf. alle 15 Minuten eine Kontrollüberwachung stattfinden kann. Eine Sitzwache bei akut suizidalen Inhaftierten ist ebenfalls möglich. Ein Sichtfenster, das nur einseitig durchsehbar ist, ist zum Zimmer der Angestellten angebracht, sodass ein direkter Sichtkontakt möglich ist. In diesem Suizidpräventionsraum gibt es keine abgeschlossene Nasszelle. Der Bereich wird mit einer halbhohen Schamwand abgeteilt, sodass der Intimbereich nicht zu sehen ist. Die Beleuchtung, der wandeingelassene Spiegel, das Fenster ohne Vergitterung, die Sanitäreinrichtungen aus Edelstahl, die Möbel aus Holz, die Technik (Kabel befinden sich in einem Installationsschacht, der nur vom Flur aus zugänglich ist) sind vandalensicher. Das sind nur einige von vielen Vorschlägen für einen suizidpräventiven Raum. Bis ins kleinste Detail wurde das Modell des Suizidpräventionsraumes ausgearbeitet. Die aufgezählten Maßnahmen können realisiert werden, wenn die Projektorganisation, eine gemeinsame Planung und eine ausreichende Finanzierung unter den gleichen Erwartungen stehen (Rademacher, 2013).

Der erste Suizidpräventionsraum nach dem Konzept der LAG Suizidprävention Sachsen wurde in der Justizvollzugsanstalt in Leipzig gebaut und wird seit 2017 genutzt.

Die Menschenwürde, die es zu achten und zu schützen gilt (Art. 1 Abs. 1 GG), muss bei der Konzeptionierung und der Bauordnung der Justizvollzugsanstalt beachtet werden. Für alle Inhaftierten müssen die Raumfläche, die Sanitäreinrichtung, die Luftparameter, der Wärmeindex, die Lichteinflüsse, die Akustik, die Materialität, die Farbe und die Ästhetik den Grundsätzen der Menschenwürde entsprechen (Europäisches Strafvollzugsgesetz 2006: 6). Viele Aspekte wirken auf die Grundbedürfnisse des/der Gefangenen ein wie z. B. Schlaf, Hygiene und Licht. Diese Aspekte haben einen hohen Einfluss auf die Psyche sowie Physis des Menschen. Auch das Arbeitsumfeld und die -atmosphäre müssen im Vollzug für die Angestellten so angepasst werden, dass eine effiziente, sichere, störungsfreie Arbeitsweise möglich ist (Rademacher, 2013).

1.1.2 Psychiatrische Kliniken

Im Regelfall gehen suizidale Handlungen mit psychiatrischen Erkrankungen einher (Bertolote et al., 2004; Schneider et al., 2005). Entsprechend sind die Suizidraten psychiatrischer Patientinnen und Patienten, insbesondere im stationären Bereich, deutlich erhöht. Innerhalb psychiatrischer Kliniken sind die Strangulation (49%) sowie der Sturz in die Tiefe (23%) die häufigsten Suizidmethoden (Ruff et al. 2018).

Beide Suizidmethoden können sowohl in Klinikgebäuden als auch in der Umgebung der Klinik durch restriktive bauliche Maßnahmen beeinflusst werden. Das bedeutet, dass die bauliche Suizidprävention eine der wichtigsten Handlungsebenen in und um eine Klinik ist, um die Suizidrate psychiatrischer Patientinnen und Patienten zu senken. Es müssen vor allem Orte mit Aufforderungscharakter bezüglich einer suizidalen Handlung unbedingt vermieden werden, z. B. große, offene Treppenaugen über mehrere Geschosse, Möglichkeiten von stabilen Gurtbefestigungen oder zugängliche Bahngleisabschnitte in Sichtweite einer psychiatrischen Klinik.

Die Methodenrestriktion konzentriert sich daher auf die Vermeidung von Befestigungsmöglichkeiten für Strangulationsgurte über dem Boden (Glasow, 2011). Weitere Strangulationsmöglichkeiten sollten nicht im Raum derart inszeniert werden, dass ein Aufforderungscharakter entsteht (z. B. langes Kabel eines Fernsehgerätes). Es sollten des Weiteren mögliche Sprungorte ab einer Fallhöhe von vier Metern gesichert werden. Eine Differenzierung in der Gestaltung zwischen Akut- und Reha-Bereichen ist nicht sinnvoll, da Suizide in allen Stadien der Behandlung auftreten können. Zu beachten ist jedoch, dass Räume mit einem starken Rückzugscharakter, z. B. das Bad am Patientenzimmer, Hochrisikobereiche für Patientensuizide darstellen. Die Suizidhistorie der Einrichtung ist ebenfalls in die Konzeption der Präventionsmaßnahmen einzubeziehen (Glasow, 2011). Räumliche Elemente, welche bereits einmal für suizidale Handlungen genutzt wurden, haben im Folgenden ein höheres Risiko, erneut dafür benutzt zu werden. Man spricht vom sogenannten Copy-Cat-Effekt (Ziegler & Hegerl, 2002). Daraus ergeben sich oft individuelle Nutzungsmuster, die sich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheiden.

Restriktion bietet nachweislich Schutz vor suizidalen Handlungen und ist zweifelsfrei erforderlich. Gleichzeitig birgt sie bei einer unverhältnismäßigen Umsetzung auch Risiken. So können sehr auffällige Sicherungsmaßnahmen Patienten auch auf eine bestimmte Suizidmethode aufmerksam machen und suggerieren, dass eine individuelle Gefährdung durch Suizidalität vorliegt. Diese Hinweisreize stehen der Prävention entgegen. Unbedachte restriktive Maßnahmen können weiterhin die Stigmatisierung fördern (z.B. Vergitterung von Fenstern) oder die Akzeptanz der Einrichtung und damit die Bereitschaft, sich den therapeutischen Maßnahmen zu öffnen, reduzieren (z.B. Stacheldrahtsicherung von Freibereichen) (Glasow, 2011).

Obwohl rund **75 %** aller Suizide innerhalb von Klinikgebäuden durch die Architektur beeinflusst werden können und die Wirksamkeit der Methodenrestriktion sicher nachgewiesen ist, besteht in Deutschland keine Verpflichtung zur Umsetzung einer entsprechenden Gestaltung.

Restriktive Suizidpräventionsmaßnahmen müssen daher immer auf Verhältnismäßigkeit geprüft werden. Dies ist auch insofern wichtig, als meist nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten überhaupt einer suizidalen Gefährdung unterliegt. Die zentrale Aufgabe der Architektur besteht darin, ein Umfeld zu schaffen, das die Therapie und damit den Genesungsprozess unterstützt. Restriktion und therapeutisches Milieu dürfen einander nicht widersprechen. Vielmehr ist die Schaffung eines positiven therapeutischen Milieus ein wichtiger Teil baulicher Suizidprävention. Als Ziele des atmosphärischen Gestaltens können beispielsweise benannt werden (Glasow, 2011):

- Befriedigung grundlegender psychologischer Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten (z.B. Schutz, Selbstgestaltung, Kommunikation)
- Vermeidung von Stress (z.B. Lärm, Geruch, Schadstoffe, Enge, Zwangskontakte, zu hohe oder niedrige Reizdichte, Hitze)

- Möglichkeiten zur positiven Ablenkung (z.B. Betrachtung von Natur, Beschäftigungsmöglichkeiten, Bewegung und Sport/Aggressionsabbau) bzw. positiven physiologischen Wirkung (z.B. von Licht)
- Stärkung der Akzeptanz der Einrichtung/Compliance (z.B. durch Hochwertigkeit, Sauberkeit)
- Sichtbarkeit institutioneller Gewalt verhindern (z.B. Lagerung im Fixierbett, Transport über die Station)
- Unsicherheit/Ängste durch kognitive Überforderung von Patientinnen und Patienten vermeiden (z.B. persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, Übersichtlichkeit der Räume, gute Leitsysteme/Orientierungsmöglichkeiten)
- Respektvollen Umgang zwischen Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fördern (z.B. offenen Tresen statt „Überwachungskanzel“)

Positive Effekte können weiterhin über die Ansprache anderer Nutzer erreicht werden, beispielsweise mittels (Glasow, 2011):

- Stressreduktion und Schonung zeitlicher Ressourcen der Mitarbeitenden (z.B. gute Arbeitsbedingungen, kurze Wege, attraktive Pausenräume)
- Schaffung von Möglichkeiten zur emotionalen Unterstützung von Patientinnen und Patienten durch Angehörige, Freundinnen und Freunde (z.B. Attraktivität von Besucherräumen)

Obwohl rund 75 % aller Suizide innerhalb von Klinikgebäuden durch die Architektur beeinflusst werden können und die Wirksamkeit der Methodenrestriktion sicher nachgewiesen ist, besteht in Deutschland (ebenso in Österreich und der Schweiz) keine Verpflichtung zur Umsetzung einer entsprechenden Gestaltung. Eine Ausnahme bildet die überarbeitete DIN 13080 Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen vom Juni 2016, welche für den Bereich Pflege psychisch erkrankter Personen erstmalig Suizidsicherungen im Bereich von Fenstern, Fassade, Ausbau, Einrichtung und Ausstattung fordert, ohne jedoch nähere Anforderungen zu formulieren oder gar Planungshilfen zu bieten (Glasow, 2011).

In einer durch das Projekt durchgeführten Online-Befragung an deutschen Kliniken im Jahr 2019 wurden 95 Personen befragt, auf welcher Grundlage restriktive Maßnahmen in ihrem Arbeitsbereich entwickelt worden waren (siehe Abbildung 1.2, eine Mehrfachauswahl war möglich). Den Auswertungen konnte entnommen werden, dass 26% der Befragten eigene bauliche Lösungen aufgrund eigener Erfahrungen bzw. Vorfälle entwickelt hatten.

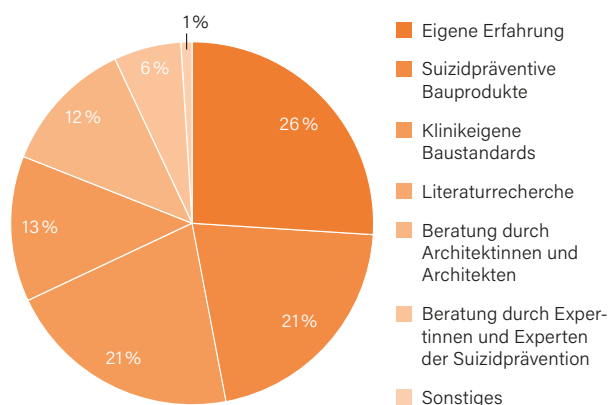


Abbildung 1.2: Auf welcher Grundlage wurden restriktive Maßnahmen entwickelt?

Quelle: Projekterhebung, Onlinebefragung, 2019

21% der befragten Personen verwendeten suizidpräventive Bauprodukte. Klinikeigene oder konzerneigene Baustandards wurden in 21% der Fälle zur restriktiven Bebauung genutzt. Die Grundlage der restriktiven Maßnahmen basierte in 13% der Fälle auf eigener Literaturrecherche. 12% der befragten Personen gaben an, dass die Maßnahmen nach externer Beratung durch eine Architektin oder einen Architekten erfolgten. Nur 6% der befragten Personen nahmen eine externe Beratung durch eine Expertin bzw. einen Experten der baulichen Suizidprävention für die baulichen restriktiven Maßnahmen in Anspruch.

Die Kliniken selbst bemühen sich um eine suizidpräventive Gestaltung, verfügen jedoch nicht über das erforderliche Know-how, um die bauliche Prävention

umfassend umzusetzen. Die jeweils ergriffenen Einzelmaßnahmen beruhen meist auf den Erkenntnissen aus bereits vorgefallenen hauseigenen Suiziden, entsprechen jedoch nicht dem Stand der Technik und Wissenschaft.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Umfrage wurden weiterhin nach den Hindernissen zur Umsetzung der Methodenrestriktion in den Kliniken gefragt (siehe Abbildung 1.3). Dabei wurden am häufigsten die fehlenden finanziellen Mittel als Hindernis angegeben. Die Befragten hatten ebenfalls Sorge, das therapeutische Milieu durch restriktive Maßnahmen zu schwächen. Diese Antwort zeigt, dass noch viel Aufklärungsarbeit zu angemessener Methodenrestriktion in psychiatrischen Kliniken zu leisten ist. Weiterhin bemängelt wurde die fehlende gesetzliche Verpflichtung zur restriktiven Gestaltung.

Die Eignung bestimmter präventiver baulicher Maßnahmen hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, beispielsweise der Zusammensetzung der Patientengruppen (Faktoren wie Aggressionspotenzial oder motorische Einschränkungen), der Suizidhistorie der Einrichtung (Werther- bzw. Copy-Cat-Effekt) oder auch der jeweiligen Raumnutzung (unterschiedlicher Rückzugscharakter). Dies führt dazu, dass keine allgemeingültigen Empfehlungen ausgesprochen werden können, sondern eine individuelle Analyse und Konzeption erforderlich sind. Zudem treten immer wieder neue räumliche Situationen auf, sodass suizidpräventive Kriterien immer wieder neu angepasst werden müssen (Glasow, 2011).

Die Bewertung räumlicher Situationen und die Empfehlung baulicher Maßnahmen können also nur von Expertinnen und Experten durchgeführt werden. Aus dieser Überzeugung heraus hat sich die *Arbeitsgruppe Bauwerke und Umwelt des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)* mit der Thematik der baulichen Suizidprävention stark auseinandergesetzt.

Welche Hindernisse sehen Sie in der Umsetzung der Methodenrestriktion?

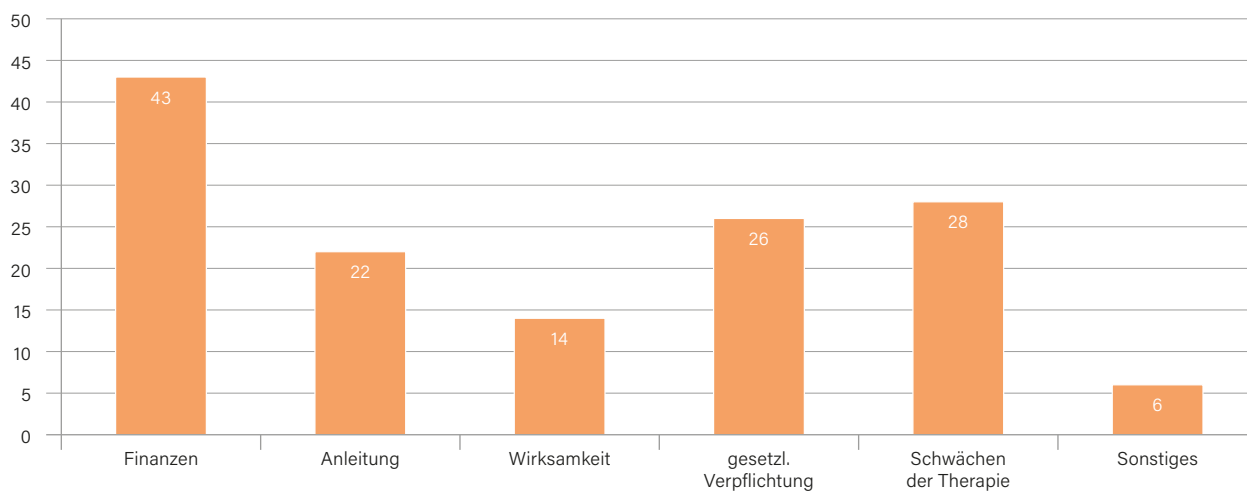


Abbildung 1.3: Welche Hindernisse sehen Sie in der Umsetzung der Methodenrestriktion?

Quelle: eigene Erhebung, Online-Umfrage, 2019

Im Rahmen eines BMG-Forschungsprojektes *Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken* (SupsyKli, 11/2017–10/2020) am *Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e.V.* wurde ein Zertifizierungsverfahren unter Leitung von Frau Dr.-Ing. Nadine Glasow in seinen Prozessen entwickelt, getestet, evaluiert und in Bezug auf Verständlichkeit und Praxisnutzen angepasst. Das Zertifizierungsverfahren bietet eine hoch qualifizierte Analyse und praxisorientierte Beratung von Kliniken zur baulichen Suizidprävention. Bislang mangelt es den Einrichtungen an Informationen zu diesem Angebot. Das größte Hindernis in der Umsetzung der baulichen Suizidprävention ist der erhebliche Kostenrahmen für die Umbaumaßnahmen. Es wird empfohlen, eine Zuschussung von Baumaßnahmen zu realisieren – unter der Voraussetzung, dass diese auf den qualifizierten Empfehlungen einer Zertifizierung beruhen (z. B. rascher Einmalzuschuss, um den Verwaltungsaufwand gering zu halten).

Die Analyse des Zertifizierungsverfahrens beruht auf Daten der zentralen Kliniksuiziderhebung des Werner-Felber-Instituts, welche ebenfalls im Rahmen des BMG-Forschungsprojekts SupsyKli entwickelt wurde.

Die Kliniksuiziddatenbank erfüllt darüber hinaus folgende Funktionen:

- Systematische Erfassung von Kliniksuiziden und Suizidversuchen, die bislang in vielen Kliniken nicht oder nur lückenhaft erfolgt.
- Erfassung wesentlicher Datengrundlage für die interdisziplinäre Kliniksuizidforschung.
- Regelmäßige Publikationen der Kliniksuizidstatistik sind angedacht.
- Etablierung eines automatischen Warnsystems, das unmittelbar Hilfsangebote bei erhöhten Suizidraten in bestimmten Kliniken empfiehlt.

Es haben sich bereits 50 Kliniken zur freiwilligen Teilnahme an der Erhebung angemeldet (Stand: Juli 2020). In Kooperation mit dem Kuratorium des Werner-Felber-Instituts wurde eine Schweizer Version der Erhebung entwickelt, in der auch österreichische Besonderheiten berücksichtigt werden. Somit kann das Instrument in der gesamten D-A-CH-Zone einheitlich eingesetzt werden.

Für Deutschland wären Anreize oder Verpflichtungen zur Teilnahme an der Erhebung sowie eine institutionelle Förderung der erhebenden Stelle wünschenswert.

1.2 Öffentlicher Raum

Kurz zusammengefasst ist der öffentliche Raum ein frei zugängliches Gebiet für die Bevölkerung. Dazu zählen z. B. Parks, Verkehrsflächen und teilweise auch Gebäude wie Brücken und Türme (Streich, 2011). Es ist ein Raum des sozialen Zusammenlebens, der geprägt ist durch ein zentrales Kriterium, die öffentliche Nutzbarkeit. In den folgenden Kapiteln werden die Suizide, die im öffentlichen Raum begangen wurden/begangen werden, von Brücken, Türmen und an Bahngleisen, erläutert sowie die Suizidprävention dargestellt.

1.2.1 Brücken und Türme

Bestimmte Orte ziehen suizidgefährdete Menschen auf magische Weise an. Es werden Hochhäuser, bestimmte Bahnabschnitte und Brücken als Instrument genutzt, um einen Suizid zu begehen. Wenn die suizidalen Ereignisse medial verbreitet werden, wird entsprechenden Orten mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Menschen, die sich in einer psychisch labilen Phase befinden, kann das dazu bewegen, genau an diesen beschriebenen Orten einen Suizid zu begehen. Die entsprechenden Orte werden Hotspots für Suizide genannt. Warum genau solch ein Hotspot zur Ausübung eines Suizides ausgesucht wird, ist relativ unklar. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Orte eine Art Gemeinschaft bilden, an denen die Wunschrealisierung mit dem Gefühl des Leidens einhergeht. Außerdem besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der Berichterstattung der Medien und der Erhöhung der Suizidrate. Erst durch die Bekanntmachung bestimmter Orte, an denen ein Suizid erfolgreich begangen wurde, erfolgt der Werther-Effekt – sogenannte Nachahmungssuizide (Schmidtke & Maloney, 2015; Ziegler & Hegerl, 2002).

Im Jahr 2019 begingen 917 Menschen einen Suizid durch Sturz in die Tiefe. Im Jahr 2015 waren es sogar 1.021 Menschen, die sich auf diese Weise suizidierten. Diese Methode ist die dritthäufigste Suizidmethode. Es werden Gebäude oder Bauwerke genutzt. Genau an diesen Hotspots kommt es vermehrt zu Suizidhandlungen. Ab wann ein Gebäude als Hotspot deklariert

wird, ist nicht allgemeingültig definiert (Schmidtke & Maloney, 2015). Nach Reisch et al. (2008) wird eine Brücke als Hotspot definiert, an der im Mittel mehr als fünf Suizide innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren begangen wurden. Es wurden bei einer Befragung von sechs deutschen Bundesländern 61 Brücken als Hotspots deklariert (Mend et al., 2015). Bei der Auswahl einer Brücke spielen bestimmte Faktoren eine Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass die Höhe einer Brücke und die Nähe zu Siedlungen ausschlaggebende Punkte sind. Es werden außerorts zumeist Brücken mit einer Fallhöhe über 40 Meter benutzt, innerorts aber 15 Meter. Eine Brücke wird meist dann als ein Hotspot bezeichnet, wenn sich eine psychiatrische Klinik in der Nähe befindet (Mend et al., 2015).

Ein weiterer Grund für die hohe Anzahl an Brückensuiziden in Deutschland ist die Lage der Brücken. Sie bieten einer suizidalen Person meist den Vorteil, dass sie leicht zugänglich sind (Blaustein & Flaming, 2009). Insgesamt gibt es in Deutschland rund 140.000 Brücken. Laut Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2018) befinden sich allein 39.500 Brücken an den Bundesfernstraßen.

Im Jahr 2017 begingen **896** Menschen einen Suizid durch Sturz in die Tiefe.

Im Jahr 2015 waren es sogar **1.021** Menschen, die sich auf diese Weise suizidierten. Diese Methode ist die dritthäufigste Suizidmethode.

Brückensuizide werden häufiger von jungen Menschen aus einem Impuls heraus ausgeführt (Reisch et al., 2006). Die Verhinderung eines solchen Suizids ist nicht unmöglich, aber die Sicherung von Brücken- und/oder Türmen ist ein sehr komplexes Feld. Jedes Bauwerk ist individuell – Standort, Bauweise, Struktur, Zugänglichkeit etc.

Brückensuizide werden
meist von jungen
Menschen aus einem
heraus ausgeführt.

Impuls

Es gibt zwei wesentliche Faktoren, die einer effizienten Suizidprävention hemmend entgegenstehen können. Zum einen sind es die unterschiedlichen Bauarten und -weisen eines Bauwerkes. Für eine suizidpräventive Umstrukturierung ist die Analyse der gesamten Bauwerkkonstruktion und seines Umfeldes erforderlich (WHO, 2014). Zum anderen ist die Finanzierung der baulichen Suizidprävention ein hemmender Faktor. In 96% der Fälle ist in Deutschland der Baulastträger, der für die Planung, den Bau, den Betrieb und die Unterhaltung von Straßen zuständig ist – und damit auch alle Entscheidungen trifft –, ist der Bund oder das Land. Der Baulastträger könnte der Individualität der jeweiligen Gebäude entgegenwirken, um eine allgemeingültige Maßnahme zu entwickeln und zu veranlassen.

Es gibt in Deutschland im Gegensatz zur Schweiz (Reisch et al., 2014) zum jetzigen Zeitpunkt keine offiziellen Richtlinien oder Empfehlungen für bauliche Suizidprävention. Das heißt, wenn Mittel überhaupt zur Verfügung gestellt werden, sind sie nur geringfügig. Die Anbringung von Schutzmaßnahmen auf den Bundesfernstraßen entlang hoher Talbrücken wurde bislang nicht förderungswürdig anerkannt. Es werden bisweilen nur Gefahren, die von einem Bauwerk ausgehen und zu Schäden für Leib und Leben der Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer auf unterführten Wegen oder von Personen auf intensiv genutzten Grundstücken führen könnten, abgewandt. So berichtete das Thüringer Landesamt für Bau und Verkehr, dass im Jahr 2020 19,5 Mio. Euro für die Erhaltung der Bauwerke an Bundesfern- und Landstraßen in Thüringen an Haushaltsmitteln eingeplant sind. Für Suizidpräventionsmaßnahmen sind jedoch durch die Straßenbauverwaltung keine Vorkehrungen im Regelwerk vorgesehen ist:

„Durch die Straßenbauverwaltung werden lediglich Maßnahmen ergriffen, die ein Übersteigen von

Brückengeländern mit daraus folgendem Absturz verhindern sollen (sogenannter Übersteigschutz). Dabei wird davon ausgegangen, dass das Übersteigen durch den Übersteigenden in der Annahme erfolgt, dass damit keine Gefahr verbunden ist, z. B. in Stausituationen bei Dunkelheit. Ebenso können durch die Straßenbauverwaltung Maßnahmen ergriffen werden, die ein unbeabsichtigtes Herabfallen von Gegenständen oder auch z. B. von geräumtem Schnee von der Brücke auf untenliegende Verkehrswege oder andere schützenswerte Bereiche verhindern sollen. Dem Abkommen von Fahrzeugen von der Fahrbahn mit nachfolgendem Absturz von den Bauwerken wird mit den Erfordernissen entsprechenden Fahrzeug-Rückhaltesystemen entgegenge-wirkt.“ (Bergmann, 2020)

Laut Innenministerium Sachsen-Anhalt treten Suizide auf, die von Brücken oder Hochhäusern begangen werden. Seitens des für Straßen- und Brückenbau zuständigen Amtes Sachsen-Anhalts wird bestätigt, dass Suizidpräventionsmaßnahmen nicht Teil des Regelwerks bei Brückensanierung und/oder -bau sind (Hillgruber, 2020).

In Sachsen ereignete sich laut Landesamt für Straßenbau und Verkehr Sachsen eine Vielzahl an Suiziden in den neunziger Jahren (Lechler, 2020). Trotz der Ereignisse werden auch in diesem Bundesland keine Suizidpräventionsmaßnahmen im Regelwerk verankert. Eine nicht reglementierte Präventionsreaktion war jedoch die Installation einer Telefonseelsorge-Tafel am Bauwerk der Friedensbrücke in Bautzen (Lechler, 2020).

In der Schweiz wurden auf dem Gebiet der Suizidprävention bereits Untersuchungen von der Arbeitsgruppe Brückenforschung des Bundesamtes für Straßen (ASTRA) in Auftrag gegeben, die sich mit den Bahnsuiziden beschäftigen, besonders im Hinblick auf bereits bestehende präventive Maßnahmen und deren Wirksamkeit. Der Zweck dieser Arbeit war es, gesamtschweizerisch Suizidbrücken zu identifizieren sowie Möglichkeiten präventiver Maßnahmen zur Verhinderung von Brückensuiziden zu formulieren. Die Untersuchungen wurden sowohl allgemein für Brücken, die sich in Planung befinden, als auch für bereits bestehende Brücken, die

als Suizidbrücken identifiziert wurden, durchgeführt. Von den Ergebnissen dieser Studie wurde eine ASTRA-Baurichtlinie abgeleitet (Reisch et al., 2014).

Seit 2016 betreibt das Institut für Suizidprävention Graz, ein gemeinnütziger Verein mit dem Ziel, einen Beitrag zur Senkung der Suizidraten in Österreich sowie im internationalen Raum zu leisten, ein Projekt gemeinsam mit der ASFINAG (österreichische Infrastrukturgesellschaft) zur Sicherung von Hotspot-Brücken. Bauliche Maßnahmen, wie die Erhöhung des Geländers und die Sicherung von Brückenköpfen, wurden ermöglicht, an denen Hinweisschilder mit entsprechenden Telefonnummern der Telefonseelsorge angebracht wurden (Suizid und Suizidprävention in Österreich, 2019).

Die Suizidprävention in Deutschland hat dahingehend erheblichen Nachholbedarf! Mithilfe des **Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)** haben Mend & Reisch (2014) zwei aktuelle Empfehlungen erstellt: *Empfehlungen für die Sicherung von Brücken und anderen Ingenieurbauwerken* (2014) und *Empfehlung zur suizidpräventiven Sicherung des Turmes „Alte Veste“ in der Stadt Zirndorf* (2014). Diese beiden Kataloge sind von großer Wichtigkeit, wenn es um die suizidpräventive Sicherung von Brücken und Türmen geht.

Die *Empfehlungen für die Sicherung von Brücken und anderen Ingenieurbauwerken* (2014) beinhaltet konkrete Vorschläge zur baulichen Suizidprävention:

- Absturzsicherung (Übersteigbehinderung) oder Erhöhung des Geländers
- Wände aus transparentem Kunststoff mit integrierter Fangkonstruktion
- Horizontal austragende Sicherheitsnetze
- Überwachungskameras
- Anbringen von Hinweisschildern für telefonische Hilfsangebote

Aber es werden auch nicht-bauliche, ressourcen-aktivierende Maßnahmen empfohlen:

- Patrouillen
- Förderung der Zivilcourage der Bevölkerung
- Medienguidelines

In der *Empfehlung zur suizidpräventiven Sicherung des Turmes „Alte Veste“ in der Stadt Zirndorf* (2014) werden konkrete bauliche suizidpräventive Maßnahmen detailliert beschrieben, um die Suizidrate, die von diesem Turm ausgeht, zu verringern. „Laut Aussage der Polizeiinspektion Zirndorf haben sich in den Jahren 2007 bis 2012 drei Suizidenten durch den Sprung von der „Alten Veste“ das Leben genommen“ (Mend & Reisch: 2, 2014).

Mithilfe des NaSPro liegen Vorschläge für die Verhinderung von Suiziden vor. Um die beschriebenen Empfehlungen in die Tat umsetzen zu können, muss vorerst das Konzept bei den Mitgliedern der Verkehrsministerkonferenz, den Amtschefs der Verkehrsministerkonferenz, den Mitgliedern der Gemeinsamen Konferenz der Verkehrs- und Straßenbauabteilungsleiter der Länder (GKVS) und den Ansprechpartnerinnen und -partnern der Verkehrsministerkonferenz vorgestellt werden. Diese Maßnahme ist mit hohen finanziellen Ressourcen verbunden. Außerdem muss diese Maßnahme innerhalb eines sehr engen Zeitrahmens durchgeführt werden, da sich aufgrund politischer Situationen die beteiligten Personen der Verkehrsministerkonferenz schnell wieder ändern können.

Im NaSPro wurde mit Unterstützung der Deutschen Bahn AG bereits versucht, ein Modellprojekt zur Suizidprävention an der Müngstener Brücke durchzuführen (Mend et al., 2015). Die Müngstener Brücke ist die höchste Eisenbahnbrücke Deutschlands und steht seit 1985 unter Denkmalschutz. Aus diesem Grund verweigern die Verantwortlichen bauliche Maßnahmen zur Sicherung der Brücke. Kurzum bedeutet das, dass bis 2019 keine suizidpräventiven baulichen Maßnahmen vorgenommen wurden. Eine Vielzahl an Menschen hat sich an diesem Hotspot das Leben genommen. Die Dunkelziffer der Suizide ist sehr hoch, da nicht von allen Suiziden in den Medien berichtet wurde.

1.2.2 Bahnschienen

In Deutschland haben sich laut Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-Bund, 2017) im Jahr 1998 674 Menschen das Leben genommen mit-

tels Sichwerfens oder Sichlegens vor ein bewegendes Objekt, z. B. Sichlegen auf Bahngleise, Sichwerfen vor einen fahrenden Zug oder ein Auto. Im Jahr 2019 waren es 483 Menschen, die diese Suizidmethode wählten, um ihr Leben zu beenden. Im Zeitraum von 2000 bis 2019 wies das Jahr 2010 die höchsten absoluten Zahlen mit 766 Menschen auf (gbe-Bund, 2021). Es sind vor allem die Bahnsuizide, die in den Medien popularisiert werden, vor allem nach dem Suizid des deutschen Nationaltorwarts Robert Enke am 10. November 2009 (Ladwig et al., 2012). Die Medienberichterstattung hatte nicht nur zu kurzfristigen Nachahmungstaten im In- und Ausland, sondern auch zu einer über zwei Jahre nachweisbaren Erhöhung der Eisenbahnsuizide geführt (Koburger et al., 2015; Hegerl et al., 2013).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2018) betrug die Länge des Schienennetzes der Deutschen Bahn AG im Jahr 2018 33.440 km und ist damit das größte Schienennetz Europas. Im Beobachtungszeitraum von 1997 bis 2002 konnten 5.731 Suizide gezählt werden (Erazo et al., 2004). 75 % der Hotspots liegen in unmittelbarer Nähe von psychiatrischen Kliniken. Das bedeutet, dass Bahnsuizide bei unter Behandlung stehenden Personen signifikant höher sind als in der Allgemeinbevölkerung (van Houwelingen, 2010; Debbaut, 2014). Die Nähe zu den Bahnschienen und die einfache Verfügbarkeit sowie das hohe Verkehrsaufkommen der Bahnen scheinen für Suizidentinnen und Suizidenten anziehend zu sein. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Bahnsuizid tödlich endet, sehr hoch.

Die Medien reflektieren und beeinflussen durch ihre Art und Weise der Berichterstattung die gesellschaftliche Norm und Einstellung zum Suizid. Die Medienberichterstattung birgt Gefahren. Die Sorge einer Nachahmungstat besteht und ist in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen bewiesen worden. In der Untersuchung von Schmidtke & Häfner (1988) konnte ein *Werther-Effekt* beobachtet werden. Der Beobachtungszeitraum von Bahnsuiziden erstreckte sich in der Zeit der Ausstrahlung der sechsteiligen Fernsehserie „Tod eines Schülers“ von 1981 (Erstausstrahlung) bis 1982 (Zweitausstrahlung) und der ersten darauffolgenden fünf Wochen. Als Kontrollphasen dienten zwei kürzere Zeiträume vor Beginn der Sendung. Bei den Männern

nahm die Suizidrate um 175% und bei den Frauen um 167% zu. In der Öffentlichkeit werden Bahnsuizide stark wahrgenommen.

Wenn sich ein Bahnsuizid ereignet, wird in der Regel die betroffene Bahnstrecke zeitweise gesperrt. Diese Maßnahme wirkt sich auf den gesamten Zugverkehr aus. Es kommt zu Zugausfällen und Verspätungen, Züge müssen umgeleitet werden (wenn möglich). Die Suizidentin oder der Suizident muss geborgen werden. Eine Reinigung des Schienenabschnitts muss ebenfalls vorgenommen werden. All dies stellt die Deutsche Bahn vor einen sehr hohen Kosten- und Zeitaufwand.

Die betroffenen Lokführerinnen und Lokführer sind bei einem Bahnsuizid folgeschweren psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Lokführerin bzw. der Lokführer wird als Werkzeug zur Durchführung des Suizides von Suizidenten genutzt. Sie stehen der Situation machtlos gegenüber. Auch wenn die Möglichkeit besteht, die Lage schnell zu erkennen, ist meist jede weitere Rettungstat aussichtslos. Ein rechtzeitiges Bremsen ist in den meisten Fällen aufgrund der Geschwindigkeit nicht realisierbar (Erazo et al., 2004).

Im Bereich der Suizidprävention *Bahn* sind viele Maßnahmen umsetzbar; diese sind teilweise auch schon umgesetzt worden.

Eine notwendige Maßnahme ist eine verbesserte Schulung des Bahnpersonals, in der der Umgang mit abweichenden Verhaltensmustern von Fahrgästen vermittelt wird. Das Angebot einer psychologischen Betreuung im Unternehmen und der kollegiale Austausch können ebenso Stütze bei Traumata sein (Ladwig, 2015). Die Münchner Verkehrsgesellschaft (MVG) will ab 2023 in einem Pilotprojekt Bahnsteigtüren an Münchner U-Bahn-Stationen testen. Zunächst werden an einer U-Bahn-Station in München die Bahnsteigtüren in Testbetrieb genommen. Die Nachrüstung an den Stationen dient auch der Verhinderung von Suiziden, aber primär soll sie Unfälle jeder Art verhindern und die Sicherheit der Fahrgäste erhöhen (Rauch, 2019).

Es ist eine sinnvolle Maßnahme, an den Hotspots der Bahnstrecken Bewegungsmelder anzubringen, sodass

die Lokführerinnen und Lokführer frühzeitig informiert werden können (Matsubayashi et al., 2014).

Das Anbringen von Zäunen oder Mauern in den Gebieten der Bahn-Hotspots wird bereits als Präventionsmaßnahme genutzt. Diese muss nur weiter ausgebaut werden, vor allem in den Gebieten von psychiatrischen Kliniken. Nach Schmidtke (1994) reicht der Ausbau eines Zaunes bzw. einer Mauer über eine Strecke von

zwei Kilometern vom Hotspot in beide Richtungen der Schiene aus, um einen Suizid zu verhindern. Der nachträgliche Bau der suizidpräventiven Maßnahmen wird als hoher Kostenfaktor empfunden. Die Ausgaben jedoch sind im Vergleich zu den Einsätzen bei einem erfolgten Bahnsuizid geringer. Wenn neue Bahnstrecken gebaut werden sollen, dann ist es die kostengünstigere Variante, suizidpräventive Maßnahmen bei der Planung im Vorfeld miteinzubeziehen.

1.3 Medikamentenverfügbarkeit

In Deutschland haben sich im Jahr 2019 nach den Angaben des Informationssystems der Gesundheitsberichterstattung des Bundes insgesamt 968 Menschen mit Medikamenten das Leben genommen (gbe-Bund, 2021). An dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, da Medikamentensuizide als natürlicher Tod verkannt werden können. Obduktionen werden meist nur ausgeführt, um ein Fremdverschulden auszuschließen, nicht aber um Intoxikationen zu identifizieren (Vogl, 2016).

In Deutschland haben sich im Jahr 2019 nach den Angaben des gbe-Bund insgesamt

968 Menschen mit Arzneimitteln selbst getötet.

Zwei Aspekte suizidpräventiver Maßnahmen im Umgang mit Arzneimitteln haben sich bewährt. Zum einen ist eine Beschränkung im Zugang zu Arzneimitteln eine hilfreiche Methode, um eine suizidale Handlung zu verhindern, zum anderen, die Wissenslandschaft, vor allem in den Berufsgruppen von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern, im Erkennen eines Zeichens im Hinblick auf eine Suizidhandlung, zu erweitern. Die fortwährenden Weiterbildungen über die Gefahren von Medikamenten sowie die Weitergabe an

Patientinnen und Patienten ist von hoher Bedeutung, um die Suizidrate einer Gesellschaft senken zu können (Vogl, 2016).

Diese Erkenntnisse führten dazu, dass die *Arbeitsgruppe Vergiftungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms* sich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt hat. Im Fokus der Zusammenarbeit stand die Identifizierung der zu Suizid verwendeten Arzneimittel und die Beschränkung des Zugangs zu großen Mengen an Medikamenten (Vogl, 2016).

In der fünften Verordnung zur Änderung der *Arzneimittelverschreibungsordnung (AMVV)* vom 18. Juni 2008 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesgesetzblatt 2008) wurde der Freiverkauf von Großpackungen des Medikamentes Paracetamol eingeschränkt. Aufgrund einer vorgestellten Pilotstudie von Schierhorn & Ahl (2007), die ergab, dass das am häufigsten verwendete Medikament bei einem Suizidversuch Paracetamol war, wurde die Änderung der Arzneimittelverordnung angestoßen. Präparate, die mehr als 10 Gramm dieses Wirkstoffes enthalten, sind nur verschreibungspflichtig erhältlich, da ein erheblicher Mehrverbrauch die Gesundheit des Menschen gefährden kann. Das heißt, dass die früher üblichen Packungsgrößen mit 30 oder 50 Tabletten à 500 Gramm nicht ohne ein ärztliches Rezept an den Patienten abgegeben werden dürfen. Durch die Initiative des Nationalen Suizidprä-

ventionsprogramms konnte die Reduzierung der freiverkäuflichen Packungsgrößen auf maximal 10 Gramm in Kraft treten.

Von äußerster Wichtigkeit in diesem Bereich der Suizidprävention ist eine Kooperation der Giftinformationszentren, um die Restriktion empirisch belegen und hinsichtlich der Wirkung neuer, künftiger Verwendungen von Arzneimitteln restriktiv handeln zu können. Indes wäre ein stetiger Informationsfluss an Erkenntnissen an das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* und das *Bundesgesundheitsministerium* möglich, damit schnelle Interventionsmaßnahmen getroffen werden können.

Der suizidpräventive Effekt der Zugangsbeschränkung zu tödlich wirkenden Medikamenten wirkt sich nachweislich positiv auf die Suizidrate aus. Die Einschränkungen des Zugangs zu entsprechenden Medikamenten und Packungsgrößen, wie auch der Verpackung (Verblisterung) sind dabei die wichtigsten suizidpräventiven Methoden. Dieser Effekt hängt auch mit dem häufigen Phänomen der Fixierung auf eine Suizidmethode zusammen. Viele suizidale Personen beschäftigen sich

mit einer bestimmten Suizidmethode und wechseln nicht auf eine andere, wenn die präferierte Methode nicht möglich ist.

Die Restriktion der Suizidmethoden spielt auch eine Rolle beim Thema des assistierten Suizids. Im Rahmen der Diskussion wird ein leichter Zugang zu tödlichen Medikamenten verstärkt diskutiert. Empirische Daten sprechen dafür, dass der Anteil an Personen, die einen Suizid ohne Assistenz erwägen, vermutlich nicht auf das Angebot eines assistierten Suizids wechseln werden. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass nach der Legalisierung des assistierten Suizids die Suizidrate ohne Assistenz in der Tendenz ansteigt. Vermutlich wird das Angebot des assistierten Suizids von neuen Personengruppen wahrgenommen, die bislang nicht in den Suizidstatistiken auffällig geworden sind.

Für weitere Informationen sei auf den öffentlichen Brief des *Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)* an den Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn (CDU), verwiesen: www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf

1.4 Schusswaffenverfügbarkeit

Kein anderes Suizidwerkzeug hat so eine symbolische und kulturelle Bedeutung wie die Schusswaffe. Beispielsweise wird in der Schweiz der Schusswaffenbesitz als Bürgerrecht verstanden. Jägerinnen und Jäger, Sportschützinnen und Sportschützen fühlen sich sogar wesentlich in ihrer Freiheit beraubt, wenn eine Einschränkung des Waffengesetzes erwogen werden würde (Pinto, 2008; Kellermann & Rivara, 2013).

Schusswaffen werden weltweit universell häufiger von Männern als von Frauen zum Suizid verwendet (Haw, 2004). Männer begehen ihren Suizid häufiger mit einer Schusswaffe als mit anderen Suizidmethoden (Thöni et al., 2018). Um sich mit einer Schusswaffe zu suizi-

dieren, spielen zwei Aspekte eine wesentliche Rolle. Zum einen müssen die Schusswaffe sowie die Munition bereits vorhanden sein. Zum anderen muss die Handhabung der Waffe bekannt sein, vor allem muss der Umgang mit der Waffe in der suizidalen Krise abrufbereit sein (Klieve, 2009). Soldatinnen und Soldaten, Polizistinnen und Polizisten haben durch ihren beruflichen Alltag einen routinierten Umgang mit Schusswaffen. Sie sind im ständigen Kontakt mit Waffen. Gerade diese Berufsgruppen sind besonders gefährdet für Schusswaffensuizide (Lubin, 2010). Schusswaffensuizide werden meist von Menschen begangen, die keine psychiatrischen Vorbehandlungen oder bereits erfolgte Suizidversuche aufweisen können (Thöni, 2018; Haw,

2004). Diese Aspekte erschweren die Früherkennung einer suizidalen Person.

Bei der Erforschung der Präventionsmaßnahmen von Schusswaffensuiziden sind randomisierte Studien nicht möglich. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich vor allem drei Studiendesigns: Ecological studies, Case-control studies und Gun control studies. Ecological studies untersuchen, ob der Waffenbesitz in der Bevölkerung mit einer erhöhten Suizidrate einhergeht. Eine große Anzahl von Studien in vielen Ländern zeigt, dass in den Ländern und Regionen, in denen sich Schusswaffen im Haushalt befinden, die Rate der Schusswaffensuizide erhöht ist, im Vergleich zu den Kontrollregionen mit einer geringen Verfügbarkeit von Waffen (Miller, 2007; Ajdacic, 2010; Cornwell, 2002; Hemenway, 2002). Sinkt die Rate des Schusswaffenbesitzes, so sinkt auch die Rate der Schusswaffensuizide (Miller, 2006). Diese Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass eine erhöhte Verfügbarkeit von Schusswaffen mit mehr Schusswaffensuiziden einhergeht.

Durch die Case-control studies werden die Ergebnisse der Ecological studies bestätigt. In diesen Studien werden die Schusswaffensuizide auf der individuellen Ebene untersucht. In den Haushalten, in denen mehr Waffen vorhanden sind, werden auch mehr Schusswaffensuizide durchgeführt (Brent, 1991). Einzelne Studien (Hemenway, 2019) zeigen, dass Personen, die im Besitz einer Schusswaffe waren, auch häufiger durch andere Suizidmethoden verstarben als Personen, die keine Waffe besaßen. Unklar bleibt jedoch, ob die Schusswaffe aus dem Grund, einen Suizid begehen zu wollen, gekauft wurde oder unabhängig von Suizidgedanken erworben wurde.

Die Gun control studies untersuchen die Effekte von Interventionen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Schusswaffen (Leenaars et al., 2003). In verschiedenen Ländern sind Gesetze in Kraft getreten, die aus unterschiedlichen Gründen eine Restriktion von Schusswaffen zur Folge hatten. Die Gesetzesänderungen fokussierten häufig mehrere unterschiedliche suizidpräventive Aspekte. Es wurden in jeden Gesetzesentwurf meist mehrere suizidpräventive Maßnahmen eingebunden (Reisch, 2011):

- Warteperioden für den Kauf einer Waffe
- Änderung des Minimalalters von Waffenkäufern
- Hintergrund-Sicherheits-Checks im Vorfeld bei potentiellen Waffenkäufern (z.B. Check auf psychiatrische Erkrankungen)
- Einschränkungen zum Kauf von Waffen generell oder einzelner Waffentypen
- Lizenzierung von Waffenverkäufern
- Einflussnahme auf den Verkaufspreis einer Waffe
- Vorschriften zur Lagerung der Waffe und/oder der Munition
- Veränderung der Strafhöhen bei illegalem Waffenbesitz

Die genannten Präventionsmethoden haben nur dann eine relevante Bedeutung, wenn der Schusswaffensuizid in dem jeweiligen Land eine verwendete Methode ist. Deutschland hat ein restriktives Waffenrecht. Der private Schusswaffenbesitz ist damit verboten – aber zulässig, wenn der Besitz an strenge gesetzliche Vorschriften gebunden ist (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat: Waffenrechtliche Regelung in Deutschland). Im Jahr 2016 gab es 5,3 Millionen legale Schusswaffen in Deutschland. Diese waren verteilt auf Besitzerinnen und Besitzer folgender Berufs- und Hobbygruppen: Jägerinnen und Jäger, Sicherheitsunternehmen, Soldatinnen und Soldaten, Polizistinnen und Polizisten sowie Sportschützinnen und Sportschützen, Sammlerinnen und Sammler (Statistisches Bundesamt, 2020). Von den 5,3 Millionen Schusswaffen sind 2,37 Millionen im Besitz des Jägerhandwerks. Laut des Statistischen Bundesamts (2020) wird der illegale Schusswaffenbesitz im Jahr 2016 auf 20 Millionen Schusswaffen geschätzt. Gesetzlich scheint der Schusswaffenbesitz stark reglementiert und doch existiert in Deutschland eine sehr hohe Anzahl an illegalen Schusswaffen. Der Schusswaffensuizid ist nicht die häufigste Suizidmethode, jedoch ist es eine Methode, die in Deutschland häufig verwendet wird, um sich zu suizidieren. Allein im Jahr 1998 nahmen sich 902 Menschen in Deutschland mit einer Schusswaffe das Leben (gbe-Bund, 2017). Zwar verringerte sich die Suizidrate im Jahr 2019 auf 666 Personen, jedoch verbleiben die Schusswaffensuizide in den letzten Jahren auf einem gleichbleibenden Niveau (± 200 Menschen) (gbe-Bund, 2021).

Für Deutschland existieren keine Studien, die den Zusammenhang von Schusswaffenbesitz und Schusswaffensuizid in Beziehung setzen. Die Rate der Schusswaffensuizide ist jedoch real. Deshalb ist die Methodenrestriktion auch in Deutschland eine unabdingbare Maßnahme zur Verhinderung von Schusswaffensuiziden. Die Gun control studies zeigen auf, dass verschiedene Formen der Restriktion wirksam sein können. Keine gesetzliche Reglementierung und keine Studie fokussieren sich nur auf eine einzelne spezifische Maßnahme. Deshalb ist es auch schwierig, in diesem Bereich eine absolute Empfehlung zu geben. Insgesamt ist anzunehmen, dass die gelisteten Maßnahmen zur Verringerung von Schusswaffensuiziden beitragen. Am deutlichsten scheinen die suizidpräventiven Effekte dann zu sein, wenn die absolute Anzahl der effektiv vorhandenen Waffen reduziert wird (Lubin, 2010). Bei der Implementierung von Maßnahmen zur Verhinderung von Schusswaffensuiziden sind noch weitere Sicherheitsaspekte von Bedeutung. Diese sollten

Teil der Argumentation bei der Initiierung von Gesetzesänderungen sein. Eine Einschränkung der Schusswaffenverfügbarkeit führt zusätzlich zur Verhinderung von Schussunfällen und Attentaten sowie zur Reduktion des Bedrohungsgefühls durch omnipräsente Schusswaffen. Im Fokus liegt damit die Sicherheit der Gesellschaft, z. B. der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Schusswaffenunfällen und Suiziden.

Allein im Jahr 1998 nahmen sich
902 Menschen in Deutschland mit
 einer Schusswaffe das Leben.
 Zwar verringerte sich die
 Suizidrate im Jahr 2019 auf **666**
 Personen, jedoch verbleiben die Schuss-
 waffensuizide über die Zeit hinweg auf einem
 gleichbleibenden Niveau (± 200 Menschen)
 (gbe-Bund, 2021).

1.5 Auswahl der wichtigsten konkreten Maßnahmen

Maßnahmen zur Suizidprävention über eine Reduktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden können Suizidraten senken. In vielen Bereichen ist es möglich, suizidpräventiv wirksam zu werden. Allerdings fehlt es an gesetzlichen und anderweitig geregelten Rahmenbedingungen.

1.5.1 Etablierung suizidpräventiver Maßnahmen im Recht

Als ein Beispiel ist die Verankerung von *Suizidpräventionsmaßnahmen* im Baurecht zu nennen, um die Möglichkeiten, sich selbst zu verletzen, zu schädigen oder sich das Leben zu nehmen, auf ein Minimum zu reduzieren. Durch entsprechende gesetzliche Regelungen werden beim Bau/Umbau von Gebäuden, öffentlichen Räumen etc. allgemein geltende Verankerungen geschaffen. Ebenfalls wirksam sind gesetzliche Rege-

lungen, wenn es um den *Zugang zu Suizidmitteln* geht. Weltweit erhobene empirische Belege weisen darauf hin, dass durch die Einschränkungen des *Zugangs zu Schusswaffen und Munition* und zu *tödlichen Medikamenten* Suizidraten signifikant gesenkt werden können. Um die Verfügbarkeit von Medikamenten zu begrenzen, ist ein zeitnahes Monitoring, z. B. mit den Giftnotrufzentralen, äußerst wichtig. Wenn die Datenerfassung erst zwei bis drei Jahre später bekannt gegeben wird, dann ist ein situationsgerechtes Handeln nicht mehr möglich.

1.5.2 Datenerhebung

Eine stets aktuelle, systematische, *öffentlich zugängliche Statistik*, die Suizide erfasst, hilft, direkt auf die Gegebenheiten in der Gesellschaft zu reagieren, um präventiv auf das Suizidgeschehen einzuwirken. Aktuell ist

es so, dass z. B. im Jahr 2021 die Suizidstatistiken von 2019 veröffentlicht wurden (www.suizidpraevention.de/informationen-ueber-suizid/suizidstatistiken/suizide-2019). Es liegt eine viel zu große Zeitspanne zwischen den begangenen Suiziden und der Veröffentlichung der Suiziddaten. Ein zeitnahes Reagieren auf das Suizidgeschehen kann in einer zeitverschobenen Darstellung somit nicht stattfinden.

In den aktuell veröffentlichten Suizidstatistiken des Statistischen Bundesamtes werden außerdem keine Daten zum assistierten Suizid und zum erweiterten Suizid erfasst. Es ist derzeit unklar, in welcher Art und Weise assistierte Suizide in die Suizidstatistik aufgenommen werden oder ob sie überhaupt erfasst werden. Das lässt vermuten, dass die Suizidstatistiken nicht die Realität des Suizidgeschehens abbilden.

Es ist aus unserer Sicht notwendig, eine jährliche, wenn nicht sogar halbjährliche, Auswertung aller Suiziddaten zu erhalten, um suizidpräventiv handeln zu können. Handeln u. a. bedeutet, eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen, Kommunen, Fachexpertinnen und Fachexperten etc. zu ermöglichen. Für die Suizidprävention notwendige Daten und Informationen müssen öffentlich verfügbar sein. Daher ist es unerlässlich, Forschungsförderungen zur Erstellung einer solchen bundesweit geführten Datenbank in Deutschland zu unterstützen. Demzufolge sehen wir den dringenden Bedarf für eine öffentlich geförderte Informationsstelle zur Suizidprävention.

1.5.3 Bundesweite Informationsstelle

Eine bundesweite Informationsstelle ist für Expertinnen und Experten von Bedeutung, um z. B. mit den verschiedenen Suizidexpertinnen und Suizidexperten in Kontakt treten zu können und auf aktuelle Problemlagen aufmerksam zu machen. Um einen Kommunikationsaustausch und die damit einhergehende Vernetzung der Akteurinnen und Akteure zu ermöglichen,

würde ein Meldesystem, das bundesweit alle Thematiken rund um den Suizid, professionell erfasst, hilfreich für das Leisten suizidpräventiver Arbeit sein. Viele Fachkräfte in den verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Architektinnen und Architekten, Mitarbeitende im medizinischen Bereich etc.) sind mit Suizid konfrontiert, ohne darauf geschult wurden zu sein. Der Umgang mit suizidalen Personen benötigt fachliche Beratung. Aus diesem Grund wäre es von großem Vorteil, wenn die Informationsstelle Fortbildungen und Weiterbildungen für Fachkräfte vermitteln würde.

Folgende Kriterien sollten erfüllt sein, wenn es um die Etablierung einer solchen Informationsstelle geht: Sie sollte gebührenfrei und somit für alle frei zugänglich sein. Diese Stelle darf nicht an eine Konfession oder eine Partei gebunden sein. Außerdem muss die Informationsstelle mit kompetenten Mitarbeitenden besetzt werden.

1.5.4 Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)

Das *Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)*, eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), arbeitet nun seit mehr als 20 Jahren an der Entwicklung und Fortentwicklung der Suizidprävention in Deutschland. Durch eine *kontinuierliche Förderung* könnte eine bundesweite Informationsstelle entstehen. Der Fokus könnte vor allem auf der Öffentlichkeitsarbeit mit dem Schwerpunkt der Sensibilisierung der Gesellschaft zum Thema Suizid liegen.

Das *NaSPro* arbeitet seit Jahren an Suizidpräventionsstrategien in den verschiedenen Bereichen und setzt sich außerdem für die Umsetzung dieser Strategien ein. Um diese Vielzahl an Organisations- und Koordinationsarbeiten bewältigen zu können, ist eine zentrale Stelle erforderlich. Für eine Geschäftsstelle sowie die Aktivitäten der Institutionen des *NaSPro* werden finanzielle, qualitative und personelle Ressourcen benötigt.

2 Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit

Dorothea C. Adler¹, Georg Fiedler², Hannah Müller-Pein³, Katja Rauchfuß⁴, Markus Schäfer⁵, Frank Schwab⁶

Unter Mitarbeit von: Karin Breckwoldt⁷, Antonia Cacciatore⁸, Edda Eick⁹, Alicia L. Schäfer¹⁰, Karolin Wache¹¹

- 1 M.Sc., Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Medienpsychologie
- 2 Dipl.-Psych., ehem. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 3 M.A., Universität Kassel
- 4 M.A., jugendschutz.net, Mainz
- 5 Dr., Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Publizistik
- 6 Prof. Dr., Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Medienpsychologie
- 7 ZDF
- 8 Praktikantin, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Medienpsychologie
- 9 Journalistin, Referentin Beschwerdeausschuss, Deutscher Presserat
- 10 B.Sc., Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Medienpsychologie
- 11 M.Sc., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

ZUSAMMENFASSUNG Eine verantwortungsvolle Medien- und Öffentlichkeitsarbeit ist elementar für die Suizidprävention. Der Art und Weise medialer Darstellungen kommt entscheidende Bedeutung zu. Neben möglichen Einflüssen auf der Medienseite müssen auch individuelle und situative Faktoren berücksichtigt werden. Aus den theoretischen Annahmen und empirischen Erkenntnissen lassen sich verschiedene praktische Hinweise auf eine positive mediale Kommunikation ableiten, um das Risiko von Folgesuiziden möglichst gering zu halten. Für die Suizidprävention in Deutschland ergeben sich drei zentrale Zielgruppen: A.) die *Gesellschaft* allgemein, B.) die *Medienschaffenden* und C.) die *Medienforschenden*. Maßnahmen sollten insbesondere 1.) die *Förderung der Awareness für das Thema Suizid und Suizidalität und die Suizidprävention*, 2.) die *Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Medienschaffende* sowie 3.) die *Förderung der Medienforschung im Bereich Suizid und Suizidprävention* anvisieren.

SCHLÜSSELWÖRTER *Medien, Öffentlichkeitsarbeit, Medienforschung, Medienwirkung, Medienethik, Awareness*

ABSTRACT Responsible media coverage and public relations are elementary for suicide prevention. The way in which they portray suicide is of crucial importance. In addition to possible influences on the media side, individual and situational factors must also be taken into account. Based on the theoretical assumptions and empirical findings, there are various practical implications for a positive media communication in order to keep the risk of subsequent suicides as low as possible. For suicide prevention in Germany, three central target groups emerge: A.) society in general, B.) media professionals, and C.) media researchers. Measures should target in particular 1.) an increase of awareness for suicide and suicidality and suicide prevention, 2.) the development and implementation of education measures for media professionals, and 3.) a consequent funding of media research in the field of suicide and suicide prevention.

KEY WORDS *Media, Public, media research, media effects, media ethics, awareness*

Einleitung

Eine verantwortungsvolle Medien- und Öffentlichkeitsarbeit ist ein elementarer Teilbereich der Suizidprävention (WHO, 2018). Geeignete Maßnahmen, die auf diesen verantwortungsvollen öffentlich-medialen Umgang mit dem Thema abzielen, genießen entsprechend auf internationaler Ebene einen hohen Stellenwert. Dies gilt als zentrales Ziel nahezu aller internationalen Präventionskonzepte (u.a. IASP, 2015; WHO, 2014; 2017a).

Der vorliegende Bericht der Teilprojektgruppe „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“ nähert sich dem Spannungsfeld zwischen (potenziell) suizidfördernden (z. B. „Werther-Effekt“, Phillips, 1974) und (potenziell) suizidpräventiven Einflüssen (z. B. „Papageno-Effekt“, Niederkrotenthaler et al., 2010; „umgekehrter Werther-Effekt“, Ruddigkeit, 2010; „Second Werther-Effekt“, Etzersdorfer et al., 2004) öffentlich-medialer Kommunikation über Suizide und Suizidalität, indem zunächst ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand sowie die Implikationen, die sich hieraus ableiten lassen, gegeben wird. Zudem diskutiert der Bericht (mögliche) Hindernisse auf Seiten der Medien- und Kommunikationspraxis, die einer Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland in diesem Bereich entgegenstehen. Abschließend werden Empfehlungen für konkrete Maßnahmen abgeleitet.

Medienrezeption suizidaler Personen. Suizidalität und Suizid sind auch in Deutschland nach wie vor Tabuthemen. Für Menschen in einer suizidalen Krise ist es jedoch wesentlich, über ihre Probleme und ihre Suizidgedanken sprechen zu können. Dafür muss das Wissen um Suizidalität und Suizid durch mediale Information und Aufklärung in der Bevölkerung verbessert und das Thema weiter enttabuisiert werden. Gleichzeitig gelten bestimmte Formen medial vermittelter Kommunikation über Suizide und Suizidalität als Risikofaktoren für suizidales Verhalten, andere als Möglichkeit, um Suizide zu verhindern. Menschen in akuten Lebenskrisen neigen aufgrund einer eingeeengten Sichtweise zur Suche nach schnellen Lösungen und Orientierung (Etzersdorfer & Sonneck, 1998). Suizidgefährdete stehen oftmals zwi-

schen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben (Goldney, 2008). Gerade in solchen Krisen kommen Botschaften, Angeboten und Hinweisen aus der Umwelt – unter Umständen in Form symbolischer Modelle, die über die öffentlich-mediale Kommunikation transportiert werden (Bandura, 2001) – besondere Bedeutung zu (Etzersdorfer & Sonneck, 1998). Inwieweit es zu negativen oder positiven Effekten kommt, hängt neben situativen Faktoren und den Eigenschaften der Rezipierenden daher auch davon ab, wie Suizide und Suizidalität öffentlich-medial dargestellt und besprochen werden (Schäfer & Quiring, 2015; Scherr, 2016). Dies soll nachfolgend näher betrachtet werden.

Die Rolle der (Massen-)Medien. Über massenmedial vermittelte Kommunikation können Medienakteurinnen und Medienakteure nicht nur Themen setzen, sondern auch deren gesellschaftliche Wahrnehmung und Stellenwert maßgeblich mitbestimmen (McCombs & Shaw, 1972). Die Art und Weise der Kommunikation ist nicht nur dafür entscheidend, ob, sondern auch wie ein Thema verarbeitet wird (Scheufele, 1999) – insbesondere bei solchen Themen und Aspekten, die im persönlichen Umfeld nicht direkt erfahrbar sind. Die Existenz und Bedeutung dieser Agenda Setting- und Framing-Prozesse ist in der Wissenschaft inzwischen weitgehend Konsens und wurde in der Vergangenheit bereits in zahlreichen Kontexten untersucht (Scheufele & Tewksbury 2007; Weaver, 2007). Es ist daher davon auszugehen, dass Medienkommunikation auch mit Blick auf Suizide und Suizidalität bedeutsam ist und u.a. gesellschaftliche Vorstellungen von und Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und Erkrankten, aber auch Suizidalität und Suizidgefährdeten maßgeblich prägen kann.

Erklärungsansätze von Medieneffekten. Zwar gibt es zahlreiche Ansätze, die Medienwirkungen erklären können, die prominenteste und am besten belegte Theorie im Kontext der Medienforschung zu Suiziden stellt jedoch die sozial-kognitive Lerntheorie dar, die den Zusammenhang von öffentlich-medialen Inhalten auf der einen und Suiziden und Suizidalität auf der anderen

Seite erklärt (Bandura, 2001; Fu et al., 2009). Nach dieser sind im Wesentlichen drei Szenarien denkbar, wie sich symbolisch-mediale Suizidmodelle auf die Vorstellung und das Verhalten der Rezipientinnen und Rezipienten auswirken können (Bandura, 2001):

Erstens können neue Verhaltens- und Bewertungsmuster (z. B. bestimmte Suizidmethoden bzw. Einstellungen gegenüber dem Suizid) durch die öffentlich-mediale Darstellung bislang unbekannter Modelle erworben werden (Nachahmungslernen, Imitationslernen, Identifikationslernen).

Zweitens kann die öffentlich-mediale Kommunikation über Suizide hemmende bzw. enthemmende Wirkungen auf bereits gelernte Verhaltensweisen haben.

Und drittens kann eine solche Kommunikation als eine Art finaler Auslöser für ein bereits gelerntes und dann nicht mehr unterdrücktes Verhalten fungieren (Social Prompting; Bandura, 2001).

Der detaillierten Beschreibung des Suizids sowie der erhöhten Identifikation mit der Suizidentin oder dem Suizidenten kommt dabei entscheidende Bedeutung zu (u. a. Scherr, 2016; Stack, 1990b).

Heranwachsende können aufgrund ihres Entwicklungsstandes und Erfahrungshorizontes die Tragweite von selbstgefährdenden Verhaltensweisen nicht immer so angemessen einschätzen wie Erwachsene. Daher sind für sie glorifizierende Suizidinhalte in den Medien besonders gefährlich. Es besteht die Gefahr der Nachahmung durch Identifikation, der sozialen Ansteckung, der Herabsetzung der Hemmschwelle und von Trigger-Effekten.

Neben der sozial-kognitiven Lerntheorie existieren noch weitere Ansätze, die sich mit dem Risiko von Nachahmungssuiziden durch Medieneinflüsse beschäftigen. Zu nennen ist hier z. B. die suicide contagion theory. Diese versteht den medialen Einfluss als eine Art Ansteckungsprozess – analog zu der Verbreitung eines Virus. Das vulnerable Individuum wird dabei – so die Vorstellung – als eine Person mit schwachem „Immunsystem“ angesehen (Cheng, Li, Silenzio & Caine, 2014).

Eine weitere – eher nur historisch bedeutsame – Theorie ist die Suggestionstheorie, die insbesondere die Nachahmung medial vermittelter Suizide betont. Beide Ansätze konzentrieren sich folglich ausschließlich auf Mechanismen des Social Prompting und finden aufgrund ihrer Unterkomplexität in der aktuellen Medienforschung daher kaum noch Berücksichtigung.

Festhalten lässt sich, dass eine monokausale Erklärung von suizidalem Verhalten durch Medieneinflüsse nicht angenommen wird. Weder führen mediale Suizid Darstellungen zwangsläufig zu Nachahmungseffekten noch zwangsläufig zu suizidpräventiven Wirkungen. Adäquater erscheint vielmehr eine multikausale Perspektive, die neben den möglichen Einflüssen auf der Medienseite auch individuelle und situative Faktoren berücksichtigt. Nichtsdestotrotz kommt der Art und Weise (massen-)medialer Darstellungen von Suiziden und Suizidalität für die Suizidprävention eine entscheidende Bedeutung zu.

Der vorliegende Bericht wurde von den Mitgliedern der Teilprojektgruppe „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“ u. a. in mehreren Arbeitstreffen erarbeitet. Hinzugezogen und berücksichtigt wurden dabei auch die Einschätzungen externer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die in diesem Bereich forschen, ebenso wie die Einschätzungen, Anregungen und Perspektiven externer Expertinnen und Experten aus der medialen Praxis.

Online-Befragung. In die Darstellung lassen wir zudem Ergebnisse einer eigenen Online-Befragung einfließen, im Zuge derer wir Organisationen der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit um ihre Erfahrungen und Einschätzungen gebeten haben (beispielsweise mit dem Umgang und den Kenntnissen zu dem Thema Suizid). Somit liefert dies erste Einblicke in die Arbeitspraxis und die Relevanz des Themas Suizidalität und Suizidprävention unter Medienschaffenden selbst. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte mittels direkter E-Mail-Ansprache der entsprechenden Akteurinnen und Akteure. Diese Akteurinnen und Akteure wurden durch die Projektgruppe identifiziert (und werden im Laufe des Berichts noch vorgestellt). In jedem Akteursfeld (beispielsweise Journalismus, Medien, Aus- und

Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Internet etc.) wurden zwischen 15 und 31 Handelnde kontaktiert. Zusätzlich wurden Verbände mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder kontaktiert. Die Befragung, an der sich lediglich N = 33 Organisationen beteiligten, fand vom 04.06.2019 bis 17.02.2020 statt. Um die organisationale Ebene zu verlassen und die Sichtweise der einzelnen Journalistinnen und Journalisten zu vertiefen, wurde zudem eine weitere Befragung mit ähn-

lichem Schwerpunkt implementiert. Diese wurde vom 03.12.2019 bis 29.04.2020 online geschaltet und u. a. auf dem Presseportal (OTS; über 1.200 Zugriffe) sowie im Newsletter des Deutschen Journalisten-Vereins (DJV) beworben. Aufgrund des geringen Rücklaufs von N = 7 sehen wir allerdings von einer Auswertung sowie Interpretation dieser Daten ab (https://osf.io/khw9s/?view_only=473afededc43414b94f537ec63aa5438).

2.1 Aktueller Stand der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit

2.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit

2.1.1.1 Wirkungen (massen-)medialer Kommunikation über Suizide und Suizidalität

Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es zum einen deutliche Hinweise auf die Existenz suizidfördernder Medieneffekte („Werther-Effekt“), zum anderen aber auch darauf, dass die Kommunikation über Suizide unter bestimmten Bedingungen auch zu einer Abmilderung der Suizidalität bzw. sogar zur Verhinderung weiterer Suizide beitragen kann (Niederkrötenhaler et al., 2020; Pirkis et al., 2018; Sisask & Värnik, 2012). Für die Wirkrichtung scheint dabei nicht vornehmlich entscheidend, ob, sondern vor allem wie über Suizide kommuniziert wird (Etzersdorfer & Sonneck, 1998; Niederkrötenhaler et al., 2010; Schäfer & Quiring, 2015). Diese Sichtweise auf suizidbefördernde bzw. -hemmende Effekte war jedoch nicht immer gegeben.

Suizidbefördernde Medieneffekte. So reicht die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Zusammenhang von Medieninhalten und Suiziden bis ans Ende

des neunzehnten Jahrhunderts zurück. In seinem Buch „Der Selbstmord“ widmete der Soziologe Durkheim bereits 1897 (zitiert nach Nachdruck, Durkheim, 1973) der Nachahmung von Suiziden ein eigenes Kapitel, maß allerdings Medieneffekten dabei nur geringe Bedeutung bei. Zeitungen seien sicher „ein ganz mächtiges Instrument der Propaganda“ (Durkheim, 1973, S. 145). Die Nachahmung spiele jedoch nur in Einzelfällen eine Rolle: „Zusammenfassend können wir sagen, wenn es sicher ist, dass der Selbstmord übertragbar ist, so doch niemals so, dass die Nachahmung auf die Selbstmordrate einwirkte“ (Durkheim, 1973, S. 146). Hinterfragt wurde diese Sichtweise von Motto (1967; 1970), der Durkheims Thesen zur Wirkungslosigkeit medialer Kommunikation mit seinen Untersuchungen zur Entwicklung von Suizidzahlen während Zeitungsstreiks ins Wanken brachte. Ein wirklicher Durchbruch gelang schließlich Phillips (1974), der die Publikation von Suizidberichten auf US-Titelseiten zwischen 1947 und 1967 mit US-Suizidstatistiken in Verbindung setzte und dabei feststellte, dass die Zahl der Suizide unmittelbar nach der Veröffentlichung der Artikel zunahm. Da der Anstieg stets auf den jeweiligen Suizidbericht folgte, stärkere Anstiege nach umfangreicherer Berichterstattung zu verzeichnen waren und die größten Anstiege überwiegend im Hauptverbreitungsgebiet der Suizidberichte zu verzeichnen waren, schloss Phillips (1974), dass es sich um den von ihm so benannten „Werther-Effekt“ handeln müsse.

Inzwischen finden sich international zahlreiche Hinweise auf suizidbefördernde Effekte sowohl nach non-fiktionalen (journalistischen) Suizidberichten als auch infolge fiktionaler Suiziddarstellungen, wobei das Risiko für einen solchen Effekt bei non-fiktionalen Inhalten um ein Vielfaches höher zu sein scheint (Bridge et al., 2019; Kunrath et al., 2011; Pirkis & Blood, 2001b, 2001a; Schmidtke & Häfner, 1986; Sisask & Värnik, 2012; Stack, 2003). Von diesem suizidfördernden Effekt scheinen eher jüngere sowie eher ältere Personen betroffen zu sein (Sisask & Värnik, 2012). Der Effekt zeigt sich zudem deutlicher bei Medienberichten über prominente Suizidentinnen und Suizidenten (Niederkrötenthaler et al., 2012; 2020; Stack, 2000; 2005). Werther-Effekte wurden für unterschiedliche Staaten wie Deutschland (Jonas, 1992; Schäfer & Quiring, 2013a; 2015), die USA (Phillips, 1974), Frankreich (Queinec et al., 2011), Japan (Stack, 1996), China (Chen et al., 2013; Cheng et al., 2007) und Australien (Hassan, 1995; Pirkis et al., 2006) berichtet. Am besten bestätigt ist der Effekt für die Presseberichterstattung (Gould, 2001; Pirkis et al., 2018), empirische Hinweise finden sich aber auch für das Fernsehen und das Internet.

Mögliche Effekte von auditiven Suiziddarstellungen (z. B. im Hörfunk) spielen in der Forschung bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Pirkis et al., 2002) so gut wie keine Rolle. Auch Alters- und Genderunterschiede in der Nutzung und Wahrnehmung von Suizidinhalten sind noch weitgehend unerforscht. Erste Befunde beschreiben wir jedoch in Kapitel 2.1.3 bezüglich der von jugendschutz.net registrierten Suizidankündigungen und -verabredungen im Internet.

Journalistische Berichterstattung. Wie die journalistische Suizidberichterstattung in Deutschland konkret aussieht und welche Konsequenzen damit gegebenenfalls verbunden sind, wurde bislang meist nur für spezielle Suizidfälle (z. B. bestimmte Prominentensuizide) und/oder für bestimmte Medienangebote in einem überschaubaren Zeitraum von meist wenigen Wochen untersucht (e. g. Jonas, 1992; Ruddigkeit, 2010; Schäfer & Quiring, 2013a; 2015; Teismann, Schwidder & Willutzki, 2013). Umfassendere Analysen der Alltagsberichterstattung über Suizide und deren Konsequenzen existieren bislang nicht.

Die vorhandenen Befunde deuten jedoch darauf hin, dass gerade bei der Berichterstattung zu Prominentensuiziden gängige Empfehlungen von Organisationen der Suizidprävention häufig nicht ausreichend Beachtung finden und es im Nachgang bei entsprechender Berichterstattung zu einem Anstieg der Suizidzahlen kommen kann (Schäfer & Quiring, 2013a; 2015; Teismann, Schwidder & Willutzki, 2013). Gleichzeitig gibt es inzwischen auch stichhaltige Hinweise auf mögliche positive Effekte bestimmter Formen massenmedialer Kommunikation über Suizide und Suizidalität. Ruddigkeit (2010) stellte in Deutschland nach Zeitungsberichten über Suizidentinnen und Suizidenten, die als unattraktiv und unsympathisch dargestellt wurden, einen signifikanten Rückgang der Suizidzahlen fest. Nach dem Suizid von Kurt Cobain, in dessen Folge gezielt Hilfsangebote zur Suizidprävention beworben wurden, stieg in Cobains Heimatstadt Seattle die Zahl der Anrufe bei einer Telefonseelsorge stark an, während die Suizidrate unverändert blieb (Jobes et al. 1996). In Australien stellten Martin und Koo (1997) nach dem Suizid des Musikers sogar einen Rückgang der Suizidzahlen in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren fest. Für Deutschland konnten vergleichbare Effekte nach dem Suizid des Musikers nicht nachgewiesen werden (Schäfer & Quiring, 2013b).

Medienvermittelte Hilfsangebote. Grundsätzlich scheinen massenmedial vermittelte Hinweise auf Hilfsangebote ein vielversprechender Weg zu sein, um Betroffenen Möglichkeiten aufzuzeigen. Ein Artikel über Hilfsangebote in einer Wiener Tageszeitung zog eine Verdreifachung der Patientinnen- bzw. Patientenzahl eines Wiener Präventionszentrums am ersten Tag und eine Verdoppelung der Zahl innerhalb der ersten Woche nach der Publikation nach sich (Kapitany et al., 1997). Die Einblendung der Telefonnummer des Zentrums im österreichischen Fernsehen hatte die zwanzigfache Zahl an Erstanrufenden zur Folge (Kapitany et al., 1997). Eine weitere Studie untersuchte die Wirkung einzelner Textkomponenten in der Suizidberichterstattung von Tageszeitungen. Die Autorinnen und Autoren fanden zwar einen Rückgang der Suizide nach Berichten, in denen Suizidgedanken und nicht Suizide oder Suizidversuche im Fokus standen. Andere vermeintlich positiv wirkende Texteinflüsse, wie etwa die Nennung von

Telefonnummern oder Adressen von Hilfseinrichtungen, zeigten jedoch keinen Effekt (Niederkrötenhaller et al., 2010). Grundsätzlich sind solche funktionalen Medieneffekte positiv zu bewerten, obwohl gleichzeitig zu beachten ist, dass eine solch massive, kurzfristige Zunahme an Hilfesuchenden für die jeweilige Einrichtung zu einer kaum zu bewältigenden Arbeitsbelastung führen kann. Hier müssten vorab entsprechende Konzepte erarbeitet und Vorkehrungen getroffen werden.

Fiktionale Mediendarstellungen. Den bislang wohl eindrucksvollsten Hinweis auf mögliche Wirkungen fiktionaler Suizidhalte in Deutschland fanden Schmidtke und Häfner (1986). 1981 sendete das ZDF die sechsteilige Fernsehserie „Tod eines Schülers“, die den fiktiven Eisenbahnsuizid eines Jugendlichen behandelte. Eineinhalb Jahre nach der Erstausstrahlung wurde die Serie wiederholt. Die Autoren stellten zu beiden Ausstrahlungszeitpunkten einen deutlichen Anstieg der Eisenbahnsuizide fest, vor allem in Gruppen, die dem Suizidenten in Alter und Geschlecht ähnelten (Schmidtke & Häfner, 1986). Für die USA wurden ähnliche Ergebnisse u. a. mit Blick auf Seifenopern berichtet (Phillips, 1982). Forscherinnen und Forscher des Ohio State University College of Medicine (Bridge et al., 2019) haben aktuell im Zusammenhang mit der Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ ebenfalls Hinweise auf einen Werther-Effekt beobachtet. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass in dem Monat nach der Veröffentlichung die Suizidrate in den USA um 28,9% stieg. Bis zum Ende des Jahres nahmen sich 195 Menschen mehr das Leben als prognostiziert. Betroffen war vor allem die Gruppe der 10- bis 17-Jährigen, also Teenager wie die Protagonistinnen und Protagonisten der Serie; Ältere waren nicht betroffen. Entgegen der Annahme der Forscherinnen und Forscher stieg die Rate allerdings vor allem unter Jungen, obwohl sich in der Serie ein Mädchen das Leben nimmt. Sie erklären das damit, dass Mädchen zwar häufiger Suizidversuche unternehmen, diese aber seltener tödlich enden und somit nicht in der Statistik verzeichnet werden. Ebenfalls für die USA registrierten Ayers et al. (2017) einen massiven Anstieg der Google-Suchanfragen mit Suizid-Bezug nach der Erstausstrahlung der Serie. Verzeichnet wurde dabei sowohl ein Anstieg der Anfragen zu Suizidmethoden als auch zu Hilfsangeboten sowie zum Thema allgemein (vgl. auch Arendt et al., 2019).

Weitere Hinweise für einen Einfluss auf individueller Ebene liefert eine Arbeit von Hawton et al. (1999). Unmittelbar nach Ausstrahlung einer britischen Fernsehserie, die einen Suizid mithilfe des Schmerzmittels Paracetamol thematisierte, befragten die Autorinnen und Autoren Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses, die einen Suizidversuch mit demselben Schmerzmittel hinter sich hatten. Immerhin 10% der Befragten, die die Folge gesehen hatten, gaben an, dass die im Film dargestellten negativen Konsequenzen der Paracetamol-Einnahme sie dazu bewogen hätten, nach dem Suizidversuch um Hilfe zu rufen (Hawton et al., 1999).

Einzelne Befunde deuten darauf hin, dass die Effekte bei fiktionalen Inhalten geringer ausfallen könnten als das bei non-fiktionalen Darstellungen der Fall ist (z. B. Ferguson, 2018).

Suizidforen, Social Media, Suchmaschinen & Co.

Das Internet wird häufig zum Ausdruck und Austausch von Suizidgedanken, -gefühlen und -absichten genutzt (Rauchfuß, 2020; Rauchfuß & Knierim, 2011; Rauchfuß & Spacek, 2009). Sich über eine Internetplattform mitzuteilen, kann grundsätzlich positiv wirken. Es kann für Menschen erleichternd sein, wenn sie in sozialen Medien offen über ihre seelischen Leiden und suizidalen Gedanken sprechen. Dies kann ein hilfreicher Schritt aus der Isolation über die Thematisierung tabuisierter psychischer Probleme in Richtung Bewältigung und Heilung sein.

Überlegungen zur Wirkung des Internets wurden in der Forschung zunächst vor allem mit Blick auf Suizidforen angestellt (Dunlop et al. 2011; Fiedler & Lindner 2002; Fiedler & Neverla 2003, Scherr, 2016; Schmidtke et al. 2003, 2008, Eichenberg 2014, 2013, 2010). Neuere Studien deuten darauf hin, dass die Nutzung von Online-Inhalten bei der Entstehung und Verhinderung von Suiziden eine Rolle spielt (Dunlop et al., 2011; Pirkis & Blood, 2010; Scherr, 2015). Pirkis und Blood (2010) diskutieren die Ergebnisse mehrere Studien in einem Überblick und votieren für eine relevante Beeinflussung der Suizidalität durch den Konsum u. a. sozialer Medien mit entsprechendem Material. Inhalte, die Ratschläge zum Suizid beinhalten, können Gefährdete in ihrer suizidalen Entwicklung nachteilig beeinflussen.

Kinder und Jugendliche online. Vor allem vulnerable Kinder und Jugendliche können die Tragweite suizidaler Verhaltensweisen nicht in dem Maße einschätzen wie Erwachsene. Verzerrte und idealisierende suizidale Darstellungen können diese zur Nachahmung anregen oder bei Betroffenen krankhafte Neigungen verstärken (Rauchfuß, 2020; Rauchfuß & Knierim, 2011; Rauchfuß & Spacek, 2009). 10% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben im Internet bereits Inhalte (Bilder, Videos oder Diskussionen) gesehen, die zeigen, wie man Suizid begehen kann. Dies zeigen die Ergebnisse der EU Kids Online-Befragung zu Internet-Erfahrungen von 9- bis 17-Jährigen (Hasebrink, Lampert, Thiel 2019).

10% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben im Internet bereits Inhalte (Bilder, Videos oder Diskussionen) gesehen, die zeigen, wie man Suizid begehen kann.

Pro-Suizidforen. Insbesondere Pro-Suizidforen stellen den Suizid oft als alleinige, alternativlose Lösung dar, verharmlosen oder glorifizieren ihn gar, erlauben Suizidankündigungen, -partnersuchen und -verabredungen, enthalten detaillierte Anleitungen von leicht nachahmbaren Methoden sowie zahlreiche und heftige Trigger-Inhalte. Auf Anfrage bei jugendschutz.net wurde mitgeteilt, dass jugendschutz.net von 2010 bis 2020 256 Fälle in sogenannten Pro-Suizid-Foren registrierte, in denen Personen ihren Suizid ankündigten (51 Fälle/20%) bzw. eine oder mehrere Partnerinnen oder Partner für einen gemeinsamen Suizid suchten (205/80%). Das sind 24 durch Suizid gefährdete Userinnen und User pro Jahr. Die eingeschalteten Polizeidienststellen konnten die Verfassenden z.T. ermitteln und einige Suizide verhindern. Die höhere Anzahl an Suizidpartnersuchen ist dadurch zu erklären, dass es immer wieder Foren gibt, die explizit der Suizidverabredung dienen. Zu 79% handelte es sich um Männer und nur zu 21% um Frauen. In 77 Fällen gaben die Personen zudem im Forum ihr Alter an. Sie waren im Durchschnitt 25 Jahre alt, wobei die jüngste Person 14 und die älteste 49 Jahre alt war.

Instagram. Eine Vielzahl von Userinnen und Usern verbreitet zudem in den Social-Media Plattformen Inhalte, die den Suizid verharmlosen oder glorifizieren und eine animierende Wirkung entfalten können (ebd.). Arendt (2018) analysierte im Rahmen einer Inhaltsanalyse in Deutschland für die Plattform Instagram Posts zum Hashtag #Selbstmord (Arendt, 2018). Etwa die Hälfte der Einträge enthielten u.a. problematische Texte und/oder Bilder mit Suizidbezug. Arendt, Scherr und Romer (2019) untersuchten in den USA die konkreten Auswirkungen der Nutzung suizidaler und selbstverletzender Instagram-Inhalte auf Userinnen und User. Die Ergebnisse zeigen, dass ein überraschend großer Anteil der Befragten im Alter zwischen 18 und 29 Jahren (43%) bereits mit Suizidinhalten auf Instagram in Berührung gekommen ist. Die Mehrheit dieser Userinnen und User (64%) gab „emotionale Verstörung“ als Reaktion darauf an. Jedoch haben nur 20% bewusst nach Suizid- oder Selbstverletzungsinhalten auf Instagram gesucht. Die Ergebnisse zeigen auch einen statistischen Zusammenhang zwischen dem Anschauen von Suizid- oder Selbstverletzungsinhalten und häufigeren Suizidgedanken, einer größeren Hoffnungslosigkeit, weniger Gründen, selbst am Leben zu bleiben, und mehr (selbst berichtetes) selbstverletzendes Verhalten. Auch wenn Einflüsse auf konkrete Suizidpläne (d.h. eine konkrete Verhaltensabsicht) der Userinnen und User nicht nachgewiesen wurden, deuten die Analysen auf problematische Konsequenzen der Inhalte für diese hin.

Twitter. Ein Befund aus Japan weist jedoch auf eine potenzielle Signalfunktion gesteigerter Social-Media-Aktivität hin. Ueda und Kolleginnen sowie Kollegen (2017) untersuchten Veränderungen der Suizidzahlen (2010–2014) nach Prominentensuiziden mithilfe offizieller Suizidstatistiken auf Tagesbasis. Anstiege der allgemeinen Suizidzahlen fanden sie dabei nach Suizidfällen, die besonders starke Twitter-Reaktionen hervorriefen (Ueda et al., 2017).

Suchmaschinen. In den letzten Jahren sind zudem verstärkt Suchmaschinenanfragen in den Blick der internationalen Forschung gerückt. Biddle und Kolleginnen sowie Kollegen (2016) analysierten die Suchresultate zu zwölf suizidbezogenen Suchanfragen auf verschiedenen Suchmaschinen (Google, Yahoo, Bing, Ask) und

kamen dabei zu dem Ergebnis, dass vor allem problematische Inhalte und nur wenige suizidpräventive Seiten gefunden werden. Scherr und Kolleginnen sowie Kollegen (2019a) untersuchten die Systematik der automatischen Einblendung von Hilfe-Hotlines auf Google. Mithilfe automatisierter Suchanfragen konnten sie dennoch die Funktionsweise des Algorithmus nicht klar rekonstruieren (Scherr et al., 2019a). Während in den USA entsprechende Einblendungen bei 94 % der Suchanfragen mit negativen Suchbegriffen (z. B. zu konkreten Suizidmethoden) und bei 34 % der Suchanfragen mit positiven Suchbegriffen (z. B. zu Hilfsangeboten) angezeigt wurden, stellten sie für Deutschland Einblendungen bei 23 % der negativen und bei 8 % der positiven Suchanfragen fest (Scherr et al., 2019a).

Nach dem Suizid von Robin Williams im Jahr 2014 registrierten Arendt und Scherr (2017) einen Anstieg der suizidbezogenen Anfragen, sowohl zu negativen als auch zu positiven Suchbegriffen. In den USA stellten Forscherinnen und Forscher wiederum einen positiven statistischen Zusammenhang zwischen Suchmaschinenanfragen zu (negativen) Suizidbegriffen auf Google und den nationalen Suizidzahlen auf monatlicher Basis (2006–2014) fest (Chandler, 2018). Für Italien wurde ebenfalls ein positiver statistischer Zusammenhang zwischen Suiziden und dem Suchbegriff „Suizid“ in Suchanfragen (2008–2012) berichtet, allerdings in umgekehrter Richtung: Drei Monate nach Anstieg der Suizidzahlen stieg die Zahl an Suchanfragen an (Solano et al., 2016).

Darknet. In Bezug auf das Darknet gibt es bislang keinerlei Belege, dass dieses im Bereich Suizid eine relevante Rolle spielt, außer ggf. wenn sich Menschen mit Suizidabsichten über illegale Schwarzmarkt-Plattformen im Darknet entsprechende Hilfsmittel (Waffe, Medikamente) besorgen. Von 2016 bis 2018 existierte allerdings ein deutschsprachiges Pro-Suizidforum im Darknet, das explizit der Suizidpartnersuche diente. jugendschutz.net leitete das Angebot der Kommission für Jugendmedienschutz mit Beweisen für einen deutschen Anbieter zur Einleitung eines Aufsichtsverfahrens weiter, was zur Schließung des Forums führte (jugendschutz.net, 2019b).

2.1.1.2 Implikationen für die Medienpraxis

Modelle und Konsequenzen. Aus den theoretischen Annahmen und empirischen Erkenntnissen lassen sich verschiedene praktische Hinweise für eine positive mediale Kommunikation ableiten, um das Risiko von Folgesuiziden möglichst gering zu halten. Auf Seite der öffentlich-medialen Kommunikation kommt es dabei vor allem darauf an, welche Modelle auf welche Art und Weise dargestellt werden sowie welche Konsequenzen aufgezeigt werden (Fu et al., 2009). So dürften Suizidmodelle eher wahrgenommen werden und größeres Wirkungspotential entfalten, wenn sie z. B. intensiv berichtet, prominent platziert und attraktiv dargestellt werden (Schäfer & Quiring, 2013a; 2015). Vermieden werden sollte demnach alles, was die Aufmerksamkeit für negative Modelle erhöht und/oder gefährdeten Personen die Identifikation mit solchen Modellen erleichtert. Medienberichte über Suizide sollten möglichst wenig prominent platziert werden und auf überdimensionierte oder reißerische Überschriften oder Teaser verzichten. Positive Darstellungen der Suizidverstorbenen und der Konsequenzen des Suizids begünstigen tendenziell zusätzliche Suizide. Folgerichtig sollten positive oder gar romantisierende Darstellungen eines Suizids unterbleiben. Beiträge, die die Suizidentin oder den Suizidenten als Opfer präsentieren, sind ebenso wenig ratsam wie Beschreibungen, die Suizide als nachvollziehbar oder alternativlos oder die Suizidentin oder den Suizidenten als Vorbild oder Heldin bzw. Helden darstellen. Grundsätzlich gilt: Je präziser Modelle beschrieben werden, desto effektiver ist das Modelllernen. Daher empfiehlt es sich, in der Kommunikation auf Details zu Methoden oder Orten (besonders auch hinsichtlich der Information über bislang unbekannte Methoden und Orte) zu verzichten und auch solche Informationen zurückzuhalten, die Rezipientinnen oder Rezipienten eine Identifikation mit der Suizidentin oder dem Suizidenten erleichtern, also z. B. Hinweise zu Aussehen, Charakter, Lebenssituation, aber auch simplifizierende Darstellungen der Gründe für den Suizid („aus Liebeskummer“, „aufgrund von Schulden“). Grund hierfür ist u. a., dass die Identifikation mit der Protagonistin oder dem Protagonisten für einen suizidfördernden Effekt entscheidend zu sein scheint (Niederkrötenenthaler &

Stack, 2017; Till, Strauss, Sonneck & Niederkrotenthaler, 2015). Der Fokus sollte stattdessen auf positiven Modellen liegen, z. B. Menschen, die suizidale Krisen durchlebt, jedoch alternative Bewältigungsstrategien gefunden haben. Informationen zu konkreten Hilfsangeboten und Anlaufstellen scheinen ebenfalls sinnvoll, um gefährdeten Personen Anregungen und Hilfestellungen für positive Verhaltensoptionen zu liefern.

Aufklärungsarbeit für Medienschaffende. Aufgrund der bereits genannten Punkte scheint es naheliegend, dass seitens der Suizidprävention in Bezug auf die Medienschaffenden Aufklärungsarbeit geleistet werden muss. So sollten Informationen für Medienschaffende und -organisationen bereitgestellt und diese gezielt über Werther- und Papageno-Effekt informiert werden bzw. bei der Erarbeitung eigener Richtlinien für den Umgang mit Suiziden unterstützt werden. Bei dieser Aufgabe kommen Institutionen der Mediensebstkontrolle wie Presse- und Medienräten besondere Bedeutung zu. Auf bereits vorhandene Maßnahmen wird innerhalb des Berichts näher eingegangen.

2.1.1.3 Suizidprävention als Frage der Medienethik

Zwischen Professionalität und Anbieterfürsorge. Die Frage der Medienethik spielt bei dem Thema Suizid(-prävention) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Aus medienethischer Sicht ist gerade die Suizidberichterstattung ein äußerst sensibler Bereich. Medienschaffende wie Journalistinnen und Journalisten und Medienunternehmen haben daher gegenüber der Gesellschaft einerseits eine Verantwortung zu tragen. Andererseits ist es nicht Aufgabe der Medien, Suizidprävention zu leisten. Im Zuge der Zunahme der Bedeutung von digitalen Medien hat zudem die Frage der Medienethik von digitalen Medienunternehmen und von Userinnen und Usern, die zugleich Produzentinnen bzw. Produzenten von Medieninhalten sein können, an Bedeutung gewonnen. Bei ausgebildeten Journalistinnen und Journalisten kann ein höheres medienethisches Reflexionsvermögen erwartet werden als bei normalen Internetuserinnen und -usern, die ggf. noch minderjäh-

rig sind. In diesem Fall sind die Plattformen, die den Speicherplatz für User-generierte Inhalte zur Verfügung stellen, gefragt. Im Rahmen ihrer Anbieterfürsorge bzw. ihrer Plattformverantwortung sollten sie mit entsprechenden Nutzungsrichtlinien Vorgaben zur Gefahrenabwehr machen und deren Einhaltung kontrollieren sowie Inhalte, die dagegen verstoßen, entfernen.

Medienaufsicht und -selbstkontrolle. Die Rolle der Medienaufsicht durch staatliche Kontrollorgane sowie durch Selbstkontrollorgane ist ebenso ein nicht zu vernachlässigendes Thema. Gerade für Akteurinnen und Akteure der Mediensebstkontrolle gehört es zwar nicht zu den Aufgaben, direkt suizidpräventive Medieninhalte zu fördern, allerdings sollte sie gegen suizidverharmlosende bzw. glorifizierende Medieninhalte vorgehen. Jedoch stellt eine verantwortungsvolle Mediendarstellung eine zentrale Aufgabe der Medienethik dar (s. u. Deutscher Presserat, 2014).

Medien(-selbst-)kontrolle. Akteurinnen und Akteure der Mediensebstkontrolle agieren als eine Art moralisches Gewissen des Journalismus, das zwischen Freiheit und Verantwortung abwägt, zum Beispiel in Form von Ethikkodizes qualitative Standards setzt, gegebenenfalls journalistisches Verhalten reguliert und reglementiert und Journalistinnen und Journalisten und Redaktionen damit Orientierung bietet (Stapf, 2006). Der Presserat etwa versteht sich selbst als Ansprechpartner für Leserinnen und Leser sowie Redaktionen und Hüter der durch die Branche selbst gesetzten presseethischen Grundsätze. Der Pressekodex bietet in erster Linie ethische Regeln für Veröffentlichungen durch Redaktionen an, er knüpft nur bei einzelnen Ziffern an ein bestimmtes journalistisches Verhalten an, etwa bei der Recherche. Allerdings zeigen empirische Studien, dass zentrale Institutionen der Mediensebstkontrolle in Deutschland den möglichen Konsequenzen der Berichterstattung über Suizide rein formal bislang tendenziell wenig Beachtung schenken; sowohl in ihren Kodizes als auch in der Spruchpraxis (Schäfer, 2014; Schäfer & Potrafke, 2016). So enthält beispielsweise der deutsche Pressekodex im Gegensatz z. B. zu den offiziellen Richtlinien des Schweizer Presserats (2012) nach wie vor keine expliziten Hinweise auf mögliche

Wirkungen der Kommunikation über Suizide. Ein ergänzender Praxisleitfaden, wie er für die Berichterstattung über Amokläufe zumindest zeitweise vorlag (Kremer & Weyand, 2010), existiert bislang ebenfalls nicht.

In öffentlichen Stellungnahmen wird jedoch deutlich, dass der Presserat die wissenschaftlichen Befunde zum Zusammenhang von Medienberichterstattung und Suiziden wahrnimmt und anerkennt, die eher allgemeinen und abstrakt-generellen Regelungen des Pressekodex jedoch auch vor dem Hintergrund möglicher Konsequenzen der Berichterstattung für ausreichend hält (Deutscher Presserat, 2014; Grass, 2013). Hier vertraut der Presserat auf die Konkretisierung seiner abstrakten Regeln durch die Spruchpraxis der Beschwerdeausschüsse. So schrieb der Presserat in einer Mitteilung auf seiner Homepage im Mai 2014 unter der Überschrift „Medien und Suizidprävention“, es sei „Konsens (...), dass Medien eine große Verantwortung bei der Berichterstattung über Suizide zukommt. Der Einfluss der Medienberichte auf Suizide ist wissenschaftlich nachgewiesen“ (Deutscher Presserat, 2014). Die Formulierungen in Ziffer 8 stellte der Rat damals als vermeintlich direkte Konsequenz dieser Erkenntnis dar. Der Presserat habe „schon vor Jahren eine spezielle Richtlinie“ (Deutscher Presserat, 2014) in den Pressekodex aufgenommen, die explizit eine zurückhaltende Berichterstattung über Selbsttötungen fordere. Zudem spiegele sich diese Position auch in der Spruchpraxis des Presserats wider, der entsprechende Verfehlungen der Medien bei Beschwerden gezielt sanktioniere (Deutscher Presserat, 2014).

Allerdings kommt eine inhaltsanalytische Studie, die sich auf die Zeit vor der jüngsten Überarbeitung der entsprechenden Ziffer des Pressekodex (1985–2012) bezieht, zu dem Schluss, dass die Entscheidungen des Presserats zur Suizidberichterstattung, zumindest in der Zeit vor der Novellierung von Ziffer 8, mit wenigen Ausnahmen „fast immer einem spezifischen Muster“ folgen, „das eine Abwägung zwischen Persönlichkeitsrechten und dem öffentlichen Informationsinteresse in den Mittelpunkt rückt“, während Medieneffekte als mögliche Folgen der Berichterstattung in der Spruchpraxis des Presserats so gut wie keine Rolle spielen

(Schäfer, 2014). Der Presserat spricht demnach (und somit durchaus im Einklang mit dem expliziten Fokus von Ziffer 8 und dem expliziten Text der Ziffer 8.7) vor allem dann scharfe Sanktionen aus, wenn die medialen Darstellungen eine Identifizierung der Suizidentinnen oder Suizidenten oder Angehörigen ermöglichen und es sich um nicht-öffentliche Personen, insbesondere um Minderjährige, handelt. Stärkere Sanktionen werden laut der Studie insbesondere bei einer Kumulation von Verfehlungen verhängt, Abmilderungen der Urteile häufig damit gerechtfertigt, dass sich Betroffene selbst in die Öffentlichkeit begeben oder von sich aus Informationen preisgegeben hätten (Schäfer, 2014).

2.1.2 Darstellung der relevanten Akteurinnen und Akteure der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit

Die Relevanz aufgeklärter Medienschafter sowie Medienorganisationen wurde bereits geschildert. Um die relevanten Akteurinnen und Akteure zu erfassen, hat sich die Teilprojektgruppe die Frage gestellt, wer beim Thema Suizid bzw. Suizidprävention in den Medien in Deutschland eine zentrale Rolle spielt. Dabei wurden zunächst verschiedene Akteursebenen identifiziert. Anschließend wurde versucht, die relevantesten Akteurinnen und Akteure innerhalb der verschiedenen Ebenen zu erfassen.

Die in Absprache mit den Mitgliedern der Teilprojektgruppe „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“ identifizierten Akteursebenen sind:

- Medienunternehmen, Medienschafter im Bereich Information und Unterhaltung: Presse, Rundfunk, Online-Medien
- Aus- und Fortbildung von Medienschaftern
- Medienaufsicht: staatliche Kontrollorgane, anerkannte Selbstkontrolleinrichtungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Werbung
- Kunst und Kultur
- Forschung zu Suizidprävention in den Medien

Diese Akteursebenen waren Ausgangspunkt der Akquise für die Online-Befragung, die den aktuellen Stand und potenzielle Entwicklungen zur Suizidprävention in der Arbeit der relevanten Akteurinnen und Akteure beleuchtet. Die Ergebnisse der Online-Befragung werden nicht in einem eigenen Kapitel aufgeführt, sondern im Rahmen dieses Berichts an den relevanten Stellen aufgegriffen. Es ist für die Auswertung anzumerken, dass neben einer relativ kleinen Stichprobe ($N = 33$) zudem eine ungleiche Verteilung der Teilnehmenden vorliegt.

2.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit

Nachfolgend sollen Verbände und Institutionen vorgestellt werden, die einen Beitrag in Form von Informationen zur Suizidprävention leisten. Aus Sicht der Autorinnen und Autoren dieses Berichts können folgende Plattformen beispielhaft als Best-Practice-Beispiele angesehen werden:

- Das NaSPro mit einem eigenen Portal zum Welttag der Suizidprävention, einer Homepage und einem Profil auf Twitter
- [U25]Deutschland mit Profilen auf Instagram, Facebook und YouTube
- Jugendnotmail mit Profilen auf Instagram, Facebook, Twitter und YouTube
- Nummer gegen Kummer mit Profilen auf Instagram, Facebook und YouTube
- Freunde fürs Leben mit Profilen auf Instagram, Facebook und YouTube

NaSPro. Die Website des NaSPro ist ein zentrales Informationsportal zu den Themen Suizidalität, Suizidprävention und Hilfsangeboten. Sie liefert u. a. Materialien zur Suizidprävention (beispielsweise Flyer, Broschüren, Stellungnahmen) und regelmäßige Pressemitteilungen zum Thema. Das Medienportal des NaSPro klärt über Medieneffekte und Suizidprävention in den Medien auf. Zudem verweist es auf die existierenden Empfehlungen zur Berichterstattung, zeigt Fallbeispiele, ist An-

laufstelle für Journalistinnen und Journalisten und gibt bei Suiziden prominenter Persönlichkeiten Pressemitteilungen mit Empfehlungen für die Berichterstattung heraus. Diese werden zusätzlich über einen umfangreichen Presseverteiler verschickt. Außerdem verfügt das Portal über ein Archiv der bisher veröffentlichten Pressemitteilungen mit Hinweisen zur Berichterstattung.

Die NaSPro-AG Medien und Öffentlichkeitsarbeit gibt es seit 2002, sie ist eine ehrenamtliche interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit dem Ziel, eine verantwortungsbewusste Suizidberichterstattung in den Medien zu befördern sowie über mediale Suizidinhalte – insbesondere im Internet – aufzuklären und Hilfestellungen in potenziell gefährlichen Situationen zu geben (Rauchfuß, 2016a). Die AG setzt sich aus Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis (Psychologie, Medienpsychologie, Medienwissenschaft, Kommunikationswissenschaft, Recht, Jugend- und Medienschutz, Sozialarbeit), Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Medienbereichen (Presse, Fernsehen, Internet) und dem Medienzentrum des NaSPro zusammen. Zu den Aufgaben der AG gehören konzeptionelle und strukturelle Medienarbeit, das Bereitstellen von Informationen in digitaler und gedruckter Form sowie das Angebot von Fortbildungen unter Einbeziehung von Gremien der Medienselbstkontrolle (z. B. Deutscher Presserat; Adler, et al. 2020).

Die operative Medienarbeit für DGS und NaSPro wird aktuell vom Medienzentrum des NaSPro in Kassel durchgeführt (Intervention bei besonderen Ereignissen oder ungünstiger Berichterstattung). Zudem kümmert sich das Medienzentrum um das Bereitstellen von Informationen in digitaler und gedruckter Form. Es werden dort Materialien aktualisiert, bereitgestellt und auf der Website veröffentlicht. Darüber hinaus werden Social-Media-Kanäle gepflegt und betrieben. Um zu gegebenen Anlässen Journalistinnen und Journalisten zeitnah über aktuelle Empfehlungen zu informieren, werden auch Pressemitteilungen herausgegeben. Das Medienzentrum vermittelt bei Bedarf Expertinnen und Experten der Suizidprävention für Interviews und Hintergrundgespräche. Eine langfristige Etablierung des Medienzentrums über die Projektdauer hinaus wird angestrebt.

DGS. Die Website der DGS ist ein weiteres zentrales Informationsportal u. a. mit Broschüren, Flyern, einem Verzeichnis von Hilfseinrichtungen, Stellungnahmen und Empfehlungen zur Berichterstattung. Zudem findet man in einem Archiv alle bisher erschienen Artikel der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ (seit 1974) der DGS, die ausgewählte Ergebnisse der Suizidforschung, Erfahrungsberichte und Informationen für die praktische Arbeit veröffentlicht.

Um die Öffentlichkeit auf die Problematik der Suizidalität aufmerksam zu machen, wird weltweit alljährlich am

10. September

der Welttag der Suizidprävention veranstaltet.

Welttag der Suizidprävention. Um die Öffentlichkeit auf die Problematik der Suizidalität aufmerksam zu machen, wird weltweit alljährlich am 10. September der Welttag der Suizidprävention veranstaltet. Auch für Deutschland ist der Welttag der Suizidprävention jährlich die größte Veranstaltungsreihe zum Thema. Alle in Deutschland stattfindenden Veranstaltungen werden seit 2006 zentral auf der Website gemeldet, die zusätzlich bei der IASP verlinkt ist. Wurden im Jahr 2012 noch sieben Veranstaltungen gemeldet, so konnte in den vergangenen Jahren ein kontinuierlicher Zuwachs beobachtet werden; im Jahr 2019 verwies die Website bereits auf 27 Aktionen. Auch der Twitter-Account informiert über anstehende Veranstaltungen.

Deutscher Presserat. Der Deutsche Presserat ist die Freiwillige Selbstkontrolle der Print- und Online-Medien in Deutschland. Er tritt für die Einhaltung ethischer Standards und Verantwortung im Journalismus ein sowie für die Wahrung des Ansehens der Presse. Als Herausgeber und Hüter des Pressekodex, den unter anderem auch die Landesmedienanstalten für audiovisuelle Medien als medienethische Richtlinie zugrunde legen, kommt ihm im Kontext journalistischer Ethik in

Deutschland entscheidende Bedeutung zu. Im Mai 2014 informierte der Deutsche Presserat für mehrere Monate auf seiner Startseite (Überschrift: „Medien und Suizidprävention“) mit einer eigenen Themenseite zum Thema suizidpräventive Berichterstattung. Dort stellte er unter anderem folgendes fest: „Konsens ist, dass Medien eine große Verantwortung bei der Berichterstattung über Suizide zukommt. Der Einfluss der Medienberichte auf Suizide ist wissenschaftlich nachgewiesen“ (Deutscher Presserat, 2014).

FRANS. Das regional ausgerichtete Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) stellt auf seiner Website ebenfalls generelle Hinweise zur Suizidberichterstattung sowie Links zu konkreten Leitlinien zur Verfügung. Die wichtigsten Hinweise hat FRANS für Journalistinnen und Journalisten anschaulich auf einer Postkarte zusammengestellt.

Woche für das Leben. Seit 1994 wird die Woche für das Leben von der Deutschen Bischofskonferenz, dem Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) und dem Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland durchgeführt. Kirchengemeinden, Einrichtungen und Verbände in 27 (Erz-)Bistümern und 22 evangelischen Landeskirchen nehmen jedes Frühjahr an dieser teil und machen sie damit zu einer bundesweit erfolgreichen Aktion. In einem Dreijahreszyklus wird eine Thematik mit jährlich wechselnden Schwerpunkten behandelt. Die Woche für das Leben 2019 widmet sich unter dem Titel „Leben schützen. Menschen begleiten. Suizide verhindern.“ dem Anliegen der Suizidprävention und möchte die vielfältigen Beratungsangebote beider Kirchen für suizidgefährdete Menschen (darunter besonders die Telefonseelsorge) in der Öffentlichkeit stärker bekannt machen.

Social Media. Viele Suizid-Informations- und -Beratungsorganisationen nutzen mittlerweile die sozialen Medien für ihre Präventionsarbeit. Ziel ist es, insbesondere jungen vulnerablen Userinnen und Usern, über die Plattformen Tipps zur Krisenbewältigung und Hilfsangebote sowie Wege aufzuzeigen, wo und wie sie on- oder offline Unterstützung finden.

jugendschutz.net. Als gemeinsames Kompetenzzentrum von Bund und Ländern für den Jugendschutz im Internet recherchiert jugendschutz.net Gefahren und Risiken für Heranwachsende im Internet, insbesondere in jugendaffinen Diensten. Die Stelle nimmt über eine Beschwerde-Hotline Hinweise auf Verstöße gegen den Jugendmedienschutz entgegen und sorgt dafür, dass diese schnell beseitigt werden. Im Fokus der Arbeit stehen insbesondere auch Angebote und Inhalte, die den Suizid verharmlosen bzw. verherrlichen und Heranwachsende zur Nachahmung anregen, darunter u. a. Suizidforen im Internet. Dieses Phänomen beobachtet jugendschutz.net seit 2006 (Rauchfuß & Spacek, 2009) und beobachtet arbeitstäglich deutschsprachige Pro-Suizidforen (siehe Abschnitt Pro-Suizidforen) (Rauchfuß, 2020, 2016b). Dies dient vor allem der Szenebeobachtung, aber auch der möglichst schnellen Weiterleitung von Suizidankündigungen, -partnersuchen oder -verabredungen an die zuständige Polizeibehörde. Prosuizidale Inhalte im Social Web recherchiert jugendschutz.net seit 2011 (Rauchfuß & Knierim, 2011). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überprüft jugendschutz.net in einem Plattform-Monitoring kontinuierlich, welchen Risiken Kinder und Jugendliche in populären Social-Media-Diensten ausgesetzt sind und welche Anstrengungen die Betreiberinnen und Betreiber unternehmen, damit junge Userinnen und User ihre Dienste gefahrlos nutzen können. Seit 2019 sind Inhalte, die Selbstgefährdungen wie Suizid propagieren, einbezogen (jugendschutz.net, 2018). Ziel ist es, Verstöße schnell zu beseitigen und damit aufwendige Verfahren zu vermeiden. Daher wendet sich jugendschutz.net zunächst immer an die Anbieterin oder den Anbieter bzw. Social-Media-Plattformbetreibende und drängt sie dazu, ihre Angebote so zu gestalten, dass Kinder und Jugendliche sie unbeschwert nutzen können.

Jugendmedienschutz. Für die rechtliche Bewertung einzelner Webinhalte, die suizidales Verhalten verharmlosen oder verherrlichen, gelten die Vorgaben des Jugendmedienschutz-Staatsvertrages (JMStV) für jugendgefährdende oder beeinträchtigende Angebote. Die Kommission für Jugendmedienschutz (KJM) ist die zentrale Aufsichtsstelle für den Jugendschutz im

privaten Rundfunk und den Telemedien. Ihre Aufgabe ist es, für die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen zu sorgen, die im Jugendmedienschutz-Staatsvertrag (JMStV) verankert sind. Grundlage für die Prüfung und Bewertung von Inhalten durch die KJM bilden die „Kriterien für die Aufsicht im Rundfunk und in den Telemedien“. Die Arbeitsgruppe Kriterien der KJM hat für die rechtliche Einordnung von Suizid-Angeboten zudem ein ausführliches Kriterienraster erarbeitet. Nicht jedes Suizid-Angebot bzw. jeder Suizid-Inhalt im Internet ist problematisch. Es ist immer ein differenzierter Blick auf das tatsächliche angebotsspezifische Gefährdungspotenzial nötig. In die Bewertung werden insbesondere gefährdete Kinder und Jugendliche mit einbezogen. Positiv zu bewerten sind Beratungs- und Selbsthilfeeinrichtungen, bei denen die Möglichkeiten der Krisenbewältigung im Vordergrund stehen. Kritisch dagegen sind Pro-Suizid-Angebote bzw. -Inhalte, die

- den Suizid als alleinige, alternativlose Lösung darstellen
- ihn verharmlosen oder gar verherrlichen
- Suizid-Ankündigungen, -Partnersuchen und -Verabredungen erlauben
- zum Suizid auffordern
- Umfragen oder Abstimmungen beinhalten, ob eine Userin oder ein User sich das Leben nehmen soll
- detaillierte Anleitungen von leicht nachahmbaren Methoden aufzeigen
- zahlreiche und heftige Trigger-Inhalte enthalten
- keine Möglichkeiten zur Krisenbewältigung aufzeigen
- ggf. sogar gezielt junge Userinnen und User ansprechen

Je nach Einschätzung ergeben sich unterschiedliche Handlungsoptionen für die Institutionen des deutschen Jugendmedienschutzes: Information und Abhilfeauforderung an die Anbieterin oder den Anbieter bzw. die Plattformbetreibenden, bei Nicht-Abhilfe Weiterleitung an die Medienaufsicht, Sensibilisierung für mehr Verantwortungsbewusstsein und pro-aktive Maßnahmen, Weiterleitung an Partnerhotlines und Provider im Ausland sowie die Indizierung durch die Bundeszentrale für Kinder- und Jugendmedienschutz (BzKJ), ehemals Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien (BPjM).

Regionale Aktivitäten. In Deutschland gibt es eine Vielzahl von regionalen Aktivitäten, getragen von suizidpräventiven Einrichtungen wie Beratungsstellen, Vereinen, Kliniken oder regionalen Netzwerken (z. B.) FRANS in Frankfurt. Dazu gehören Veranstaltungen, Diskussionsrunden, Vorträge u. v. a. m. Kooperationen mit Kultureinrichtungen, Theater, Kinos, Buchläden, Museen oder Schulen werden in diesem Rahmen oft realisiert. Öffentlichkeitswirksam werden Plakate erstellt, Flyer oder Edgar-Karten verteilt (auch Bierdeckel) oder Videospots erstellt. Es gibt auch mehrere Wanderausstellungen (u. a. von AGUS) zu dem Thema. Einige Museen organisierten thematische Ausstellungen (in Hamburg, Berlin und demnächst in Kassel). Regionale Aktivitäten kumulieren besonders zu Anlässen wie dem Welttag der Suizidprävention, der Woche der psychosozialen Gesundheit oder dem Welttag psychische Gesundheit. Diese Form des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Suizidprävention ist in ihrem Ausmaß nicht flächendeckend dokumentiert.

2.1.4 Zusammenstellung aktueller Empfehlungen

Da bereits mehrmals deutlich geworden ist, dass bestimmte Formen medialer Kommunikation nicht nur suizidfördernde Tendenzen potenziell verhindern, sondern unter bestimmten Umständen auch suizidpräventiv wirken können, sind Richtlinien zur öffentlich-medialen Kommunikation über Suizide und Suizidalität national wie international ein wichtiges Mittel der Suizidprävention. Nachfolgend möchten wir einige dieser Richtlinien hervorheben.

Deutsche Empfehlungen. In den vergangenen Jahren haben zudem verschiedene deutsche Organisationen folgende Leitfäden für den medialen Umgang mit Suiziden herausgegeben, die sich gezielt an Medienschaffende richten und auch den zentralen Erkenntnissen der Medienforschung entsprechen (Pirkis et al., 2006; Schäfer & Quiring, 2013a). Diese beinhalten größtenteils die in Kapitel 2.1.1 genannten Aspekte):

- Medienportal des NaSPro: Onlineversion (optimiert auch für mobile Nutzung) mit Empfehlungen für die Medienberichterstattung
- NaSPro und DGS: Empfehlungen für die Berichterstattung nach dem Suizid einer bekannten Persönlichkeit
- jugendschutz.net, NaSPro und DGS: Empfehlungen für die Berichterstattung zum Thema Suizid & Internet
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe: Empfehlung zur Berichterstattung über Suizid
- Fair-Media. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit: Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen im Allgemeinen – Vermeidung von stigmatisierenden Mediendarstellungen

Die bisher eingesetzten Disclaimer nach der Berichterstattung über Suizide sind deutschlandweit kaum einheitlich und von teilweise recht unterschiedlicher Qualität (im Vergleich dazu USA: <https://suicidepreventionlifeline.org/about/>).

Social Media. 2019 erstellte die [klicksafe.de](https://www.klicksafe.de) in Kooperation mit [jugendschutz.net](https://www.jugendschutz.net) den Themenschwerpunkt „Suizidgefährdung online“. Dieser verfolgt das Ziel, Medienkompetenz im Internet und in den Social Media zu fördern. Auch werden Informationen und Anhaltspunkte für Eltern und Pädagoginnen sowie Pädagogen geliefert.

Zur Unterstützung von Social-Media-Plattformen bei der Bewertung von u. a. Suizidhalten hat [jugendschutz.net](https://www.jugendschutz.net) mit Unterstützung des NaSPro, der Wiener Werkstätte für Suizidforschung und des Bundesfachverbandes Essstörungen ein (deutsch- und englischsprachiges) Best-Practice-Paper zum Thema Selbstgefährdung erarbeitet. Es enthält Bewertungshilfen für Selbstgefährdungsinhalte, Empfehlungen für proaktive Maßnahmen und listet Beratungseinrichtungen auf. Ziel ist es, Betreiberinnen und Betreiber für die Risiken zu sensibilisieren, sie bei der Weiterentwicklung von Vorsorgemaßnahmen zu unterstützen und die Einschätzungs- und Handlungssicherheit des Supports von Social-Media-Plattformen zu erhöhen ([jugendschutz.net](https://www.jugendschutz.net), 2017).

Für internetbezogene Gefahr-im-Verzug-Situationen hat jugendschutz.net in Kooperation mit dem Bundeskriminalamt einen Handlungsleitfaden für Gefahr-im-Verzug-Situationen im Internet für Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter von Social-Media-Plattformen erarbeitet (jugendschutz.net, 2016), der regelmäßig aktualisiert wird (zuletzt 2020) und auch in englischer Sprache vorliegt. Damit können die Plattformen zeitnah bei Suizidankündigungen und -partnersuchen tätig werden. Bislang wurde der Leitfaden über 100 Organisationen aus den Bereichen Social-Media-Plattformen, Beratung und Beschwerdhotlines zugesendet oder auf Nachfrage zur Verfügung gestellt.

Der Pressekodex. Für *Printmedien und deren Online-Auftritte* gibt der Pressekodex des Deutschen Presserats ethische Leitlinien vor. Die Ziffer 8.7 des Pressekodex (verortet unter Ziffer 8: „Schutz der Persönlichkeit“) befasst sich mit der Berichterstattung zum Thema Suizid: *„Die Berichterstattung über Selbsttötung gebietet Zurückhaltung. Dies gilt insbesondere für die Nennung von Namen, die Veröffentlichung von Fotos und die Schilderung näherer Begleitumstände.“* Wesentliche Punkte der Ziffer wurden letztmalig im Zuge einer groß angelegten Novellierung von Ziffer 8 im März 2013 überarbeitet. In der überarbeiteten Fassung wurde der zuvor nachgestellte Zusatz einer etwaigen Rechtfertigung der Berichterstattung bei Vorfällen „der Zeitgeschichte von öffentlichem Interesse“ ersatzlos gestrichen. Zudem wurden die Formulierungen ge-

ringfügig modifiziert und die gebotene Zurückhaltung explizit auf die Veröffentlichung von Fotos ausgeweitet.

WHO. Die Weltgesundheitsorganisation WHO führt in ihren Konzepten zur Suizidprävention die verantwortungsvolle journalistische Berichterstattung über Suizide als einen zentralen Einflussfaktor auf und gibt seit einigen Jahren auch einen Leitfaden für den medialen Umgang mit dem Thema heraus, der sich an Journalistinnen und Journalisten wendet und die Erkenntnisse der Forschung zu den möglichen Konsequenzen der Suizidberichterstattung berücksichtigt (WHO, 2008, 2017b). In ihrer 19-seitigen (aktualisierten) Broschüre gibt die WHO (2017a) dabei einen kurzen Überblick zu wissenschaftlichen Erkenntnissen zu suizidpräventiven und förderlichen Medieneffekten und stellt Informationen für Medienschaffende bereit, wie eine verantwortungsvolle und suizidpräventive Medienberichterstattung zu gestalten ist – sowohl für den klassischen als auch digitalen Medienraum.

Der Bereich der *fiktionalen Mediendarstellungen* – insbesondere für Film und Fernsehen – fand lange Zeit bei Medienempfehlungen wenig Berücksichtigung (Adler et al., 2021). Im Jahr 2019 veröffentlichte jedoch die WHO den englischsprachigen Leitfaden *„PREVENTING SUICIDE: A resource for filmmakers and others working on stage and screen“* mit 11 Punkten, die es bei der Gestaltung von fiktionalen Inhalten zu berücksichtigen gibt (WHO, 2019). Eine Übersetzung ins Deutsche ist geplant.

2.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit entgegenstehen

Suizidpräventionsprojekte. Projektfinanzierte Angebote sind häufig nur für die Dauer des entsprechenden Projekts erreichbar und können sich dadurch nicht etablieren; Flyer, Plakate o. ä., die auf solche Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen, sind so schnell veraltet.

Medienpraxis. Die Tatsache, dass Guidelines zur Suizid-Berichterstattung vorliegen, bedeutet nicht, dass diese auch in der Kommunikationspraxis Berücksichtigung finden. Tatsächlich zeigen Studien zur Darstellung von Prominentensuiziden in deutschen Medien, dass die

Berichterstattung in vielen Fällen den Empfehlungen nicht entspricht (Schäfer & Quiring, 2013a; 2015; Teismann, et al., 2013) und das Thema in der journalistischen Ausbildung in Deutschland bislang eine eher untergeordnete Rolle spielt (Frehmann & Schäfer, 2021). Erkenntnisse von Pirkis et al. (2008) für Australien sowie von Tatum et al. (2010) für die USA machen wiederum deutlich, dass auch dort zentrale Punkte der publizierten Empfehlungen häufig nicht beachtet werden.

Hierfür könnte es verschiedene Ursachen auf Gesellschafts- (z.B. [fehlende] rechtliche Regelungen, [fehlende] Aktivitäten der Suizidprävention), Mediensystem- (z.B. journalistische Routinen, journalistische Ethik), Medienorganisations- (z.B. publizistische oder kommerzielle Ziele, verfügbare Ressourcen, strukturelle Bedingungen) oder Individualebene (z.B. individuelle Rollenvorstellungen, persönliche Erfahrungen, Vorstellungen und Einstellungen) geben. Denkbar wäre zum Beispiel, dass die Redaktionen bzw. die Medienschaffenden, schlichtweg nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße über den Zusammenhang zwischen Medienberichterstattung und Suiziden informiert sind und/oder die konkreten Hinweise der Richtlinien nicht kennen. Für diese Annahme sprechen empirische Befunde. So kann sich die mediale Berichterstattung nach Einführung von Medienguidelines bzw. der Bereitstellung von Informationsangeboten qualitativ verbessern (Etzersdorfer & Sonneck, 1998; Scherr, Arendt & Schäfer, 2017). Zudem lassen sich auf Mikroebene Vorstellungen und Einstellungen von Journalistinnen und Journalisten in Workshops adressieren und verändern (Scherr, Markiewitz & Arendt, 2019). Gegen diese Hypothese, zumindest als alleinige Ursache, spricht allerdings, dass die festgestellten Verbesserungen zum Teil nur sehr kurzfristig sind (Etzersdorfer & Sonneck, 1998). Zudem deutet die gehäufte Verwendung von Fußnoten und Informationsboxen unter Suizidtexten, in Deutschland insbesondere im Bereich des Online-Journalismus beobachtbar, auf eine gewisse Kenntnis der Thematik auf redaktioneller Ebene hin.

Widerspruch. Einen wichtigen Erklärungsbeitrag leisten wohl auch das allgemeine journalistische Rollen- und Aufgabenverständnis sowie journalistische Routi-

nen und Berichterstattungspraktiken, die auf den ersten Blick in scheinbarem Widerspruch zur Forderung nach einer möglichst zurückhaltenden Suizidberichterstattung stehen (Pirkis et al., 2007): Anstatt möglichst detailliert zu recherchieren und zu informieren, unbekannte Hintergründe zu erläutern und Inhalte möglichst anschaulich und in einem für die Leserin oder den Leser attraktiven Schreibstil darzustellen, könnte hier auf Seiten der Journalistinnen und Journalisten der Eindruck entstehen, im Sinne der Suizidprävention und entgegen der Gewohnheiten und journalistischen Leitideen über Suizide möglichst „uninformativ, uninvestigativ und unattraktiv“ (Ziegler & Hegerl, 2002, S. 46) berichten zu müssen. Die Forderung nach einer möglichst zurückhaltenden Suizidberichterstattung kollidiert fast zwangsläufig mit der Tatsache, dass Suizide (insbesondere Prominentensuizide) häufig einen vergleichsweise hohen Nachrichtenwert aufweisen (Pirkis et al., 2007).

Verantwortung. Tatsächlich könnten sich Journalistinnen und Journalisten im Zuge der Suizidberichterstattung in einem Konflikt zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik befinden (Frehmann & Schäfer, 2021; Schäfer & Potrafke, 2016). Nach Weber (1958) handelt verantwortungsethisch, wer die Verantwortung für die (un-)beabsichtigten Folgen seines Handelns übernimmt und sein Verhalten im Hinblick auf diese Folgen ausrichtet. Gesinnungsethisch handelt hingegen, wer sein Verhalten ausschließlich an einer übergeordneten Norm orientiert und eine Verantwortung für die unbeabsichtigten Konsequenzen seines Handelns ablehnt. Laut empirischen Befunden von Kepplinger und Knirsch (2000) handeln Journalistinnen und Journalisten vor allem dann gesinnungsethisch, wenn kein Konsens über die journalistischen Ziele besteht und die Wirkungen der Berichterstattung nicht bekannt sind. Sind die Ziele und Konsequenzen der Berichterstattung dagegen bekannt, handeln sie tendenziell verantwortungsethisch. Legt man diese Erkenntnisse zugrunde, scheint ein verantwortungsethisches journalistisches Handeln im Zuge der Suizidberichterstattung vor allem dann wahrscheinlich, wenn

a) die möglichen Konsequenzen der Suizidberichterstattung bekannt sind,

b) Journalistinnen und Journalisten die Medienempfehlungen zur Suizidprävention nicht als Widerspruch zu journalistischen Grundprinzipien, sondern selbst als eine journalistische Maxime wahrnehmen.

Zu den internen Regelungen einzelner Medienorganisationen zum Umgang mit Suiziden ist bislang kaum etwas bekannt.

Social-Web-Dienste. Eine zentrale Problemlage seitens der Social-Web-Dienste zeigen die Ergebnisse des kontinuierlichen Plattform-Monitorings durch jugendschutz.net. Die Betreiberinnen und Betreiber treffen keine ausreichende Vorsorge, um (junge) Userinnen und User zu schützen. Die Dienste haben zwar alle ein Mindestalter, überprüft wird das Alter jedoch nicht. Die Meldeoptio-

nen berücksichtigen oft nicht alle Risiken, sind schwer auffindbar, umständlich zu handhaben und/oder z.T. nur angemeldeten Userinnen und Usern zugänglich. Beschwerden führen zu selten zur Löschung oder Sperrung unzulässiger Inhalte. Besonders schlecht waren die Löschraten gerade bei Inhalten, die selbstgefährdendes Verhalten wie Suizidalität propagieren. Zudem erfolgt die Intervention innerhalb der sozialen Netzwerke nicht konsequent. Die Nutzungsrichtlinien der Social-Media-Dienste haben vor allem Defizite bei Inhalten, die Selbstgefährdungen glorifizieren. Einige Hilfebereiche bieten zwar Unterstützung zu Spezialthemen wie Suizid und vermitteln Kontakt zu allgemeinen Beratungsstellen. Diese Hilfen sind jedoch nicht dort platziert, wo sich Konfrontationen mit ungeeigneten Inhalten ereignen (jugendschutz.net, 2020, 2018).

Ergänzende Erkenntnisse aus der Online-Erhebung der Teilprojektgruppe

Die Ergebnisse einer Befragung ($N = 33$) auf Organisationsebene zeigen, dass die Medienakteurinnen und Medienakteure das Thema Suizidalität und Suizidprävention als „eher relevant“ ($M = 4,03$) und in den Verbänden/Institutionen als „mittel“ bis „tendenziell eher präsent“ ($M = 3,23$) erachten (auf einer 6-stufigen Skala von 1 = überhaupt nicht relevant bis 6 = äußerst präsent). Zudem fühlen sich die Medienvertreterinnen und Medienvertreter eher gut über das Thema informiert ($M = 4,03$ auf einer 6-stufigen Skala; 1 = sehr schlecht; 6 = sehr gut).

Bezüglich des Werther- und Papageno-Effekts zeigt sich (Schieberegler 0–100%), dass sich im Mittel $M = 80,30$ (gemessen in %) ($SD = 23,27$) der Vereine/Institutionen bewusst sind, dass die Art und Weise der öffentlich-medialen Darstellung von Suiziden suizidale Handlungen beeinflussen kann. Geschätzt kennen $M = 69,87\%$ ($SD = 23,50\%$) die suizidförderlichen Aspekte (Werther-Effekt) von öffentlich-medialen Suizid-Darstellungen und $M = 66,00$ ($SD = 32,12$) berücksichtigen diese. Auf Seiten des Papageno-Effekts schätzen die Vertreterinnen und Vertreter, dass $M = 54,00\%$ ($SD = 29,66\%$) diesen kennen und $M = 49,93\%$ ($SD = 35,23\%$) diesen berücksichtigen. https://osf.io/khw9s/?view_only=473afeddc43414b94f537ec63aa5438

Forschung. Wenngleich einzelne Studien und Überblicksarbeiten existieren, ist das Forschungsfeld zu Medien und Suiziden in Deutschland nach wie vor noch relativ unbestellt und weitere Forschung dringend notwendig. Dies gilt insbesondere für bestimmte inhaltliche Blind Spots in den Bereichen der a) Rezeptions- und Wirkungsforschung, der b) Medieninhaltsforschung und der c) Forschung zu Kommunikatorinnen und Kommunikatoren und Produktionsprozessen, die hierzulande bislang kaum beforscht sind. Die Notwendigkeit

für weitergehende Forschung in und über Deutschland ergibt sich dabei nicht zuletzt aus der Tatsache, dass viele der vorliegenden internationalen Forschungsbefunde schlichtweg nicht kulturunabhängig zu interpretieren sind. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Ausland lassen sich auf Deutschland mitunter nur bedingt übertragen. Grund hierfür sind zum einen z. T. gravierende Unterschiede hinsichtlich der Gesellschafts-, Gesundheits- und Mediensysteme, aber auch im individuellen und kollektiven Umgang sowie der Einstellung

zum Thema Suizidalität in der Gesellschaft allgemein und der Medien im Speziellen.

2.2.1 Kommunikatorforschung

Die konkreten Hintergründe und Einflussfaktoren der non-fiktionalen und fiktionalen medialen Darstellung von Suiziden in Deutschland sind bislang kaum beleuchtet. Damit ist weitgehend unklar, weshalb massenmediale Kommunikation über Suizide in Deutschland so aussieht, wie sie aussieht. Potenzielle Faktoren, die hier von Bedeutung sein könnten, sind sowohl auf Gesellschafts-, System-, Organisations- und Individualebene verortet. Auf Gesellschaftsebene sind das beispielsweise Vor- und Einstellungen der Bevölkerung zum Thema Suizidalität, die Gesetzgebung und das konkrete politische Handeln in diesem Kontext, die Rechtsprechung, z. B. zur Sterbehilfe, aber auch die Institutionalisierung und konkrete Arbeit der Suizidprävention. Auf Mediensystemebene könnten z. B. medienübergreifende journalistische Normen, Routinen und die Eigenheiten und Strukturen bestimmter Gattungen von Bedeutung sein. Auf Medienorganisationsebene dürften etwa verfügbare Ressourcen, ökonomische und publizistische Ziele sowie etablierte Routinen, aber auch redaktionelle und produktionsbedingte Strukturen wichtige Einflussfaktoren sein. Auf Individualebene wiederum könnten z. B. das Wissen zu den möglichen Konsequenzen der Berichterstattung, die Ein- und Vorstellungen zum Thema Suizidalität, aber auch das Rollen- und Aufgabenverständnis der Medienschaffenden zu den möglichen Faktoren gehören (Frehmann & Schäfer, 2021).

Tiefergehende Forschung in diesem Bereich scheint notwendig, um die Situation der Medienschaffenden besser zu verstehen und darauf aufbauend gemeinsam Maßnahmen entwickeln zu können, die akzeptiert und umgesetzt werden.

2.2.2 Medieninhaltsforschung

Systematische inhaltsanalytische Untersuchungen auf quantitativer Basis zur medialen Alltagsberichterstat-

tung über Suizide liegen bislang für Deutschland nicht vor. Die Forschung konzentriert sich hier überwiegend auf die Berichterstattung über besonders spektakuläre Fälle und/oder Prominentensuizide. Hier besteht folglich deutlicher Forschungsbedarf, um eine fundierte empirische Grundlage und einen systematischen Überblick zu Art und Ausmaß der journalistischen Suizidberichterstattung in Deutschland unter Berücksichtigung suizidpräventiver Aspekte zu erhalten.

Bislang in Deutschland ebenfalls kaum erforscht sind die Quantität und Qualität fiktionaler Suizidinhalte. Wie und wie häufig Suizide hierzulande z. B. in Kinofilmen oder TV-Serien (on- wie offline) dargestellt und besprochen werden, ist empirisch kaum untersucht. Angesichts der hohen Reichweiten solcher Formate und des Potentials, das narrative Inhalte auch mit Blick auf die Prävention und die Gesundheitsförderung bieten, scheint hier weitergehende Forschung sinnvoll. Schließlich bedarf es zunächst einer validen Beschreibung medialer Suizidinszenierungen, bevor es möglich wird, zu untersuchen, inwiefern die Medienwelt die Wahrnehmung der realen Welt beeinflusst (Culivation of beliefs, u. a. Gerbner & Gross, 1976).

Unabhängig vom Realitätsgrad der Inhalte und den konkreten Verbreitungskanälen sind aus inhaltlicher Sicht verschiedene thematische Bereiche bislang noch nicht ausreichend beleuchtet. Hierzu zählen nicht zuletzt die massenmediale Darstellung von Sterbehilfe und assistiertem Suizid, aber auch die Darstellung (möglicher) Medieneffekte der Suizidberichterstattung selbst.

2.2.3 Rezeptions- und Wirkungsforschung

Individuelle Unterschiede und deren Bedeutung für die Rezeption und Wirkung von fiktionalen und non-fiktionalen Suizidinhalten werden bislang in der Forschung in Deutschland noch zu wenig in den Blick genommen. Dies betrifft insbesondere auch solche Merkmale, von denen bekannt ist, dass sie im Allgemeinen einen Einfluss auf Suizidalität und Suizide haben.

Alter und Geschlecht. Alters- und Geschlechterunterschiede bei der Rezeption und Wirkung medialer Suizid-inhalte stehen bislang noch kaum im Fokus (Qin, et al. 2000).

In der Forschung zu Medieneffekten von Suiziddarstellungen bestehen Schwerpunkte insbesondere auf Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Stack, 2005) sowie wenig erforschte, „blinde“ Flecke (Ältere Personen; Stack, 1990a). 2019 betrug die Suizidrate bei 15- bis 20-jährigen Jungen 5,9/100.000 und bei Mädchen 2,2 (Müller-Pein, 2021). Auch wenn in Deutschland die Suizidziffer bzw. das Suizidrisiko mit dem Lebensalter deutlich steigt („Ungarisches Muster“, bei den 85- bis 90-jährigen Männern auf 72,7, bei den Frauen auf 12,1), haben Suizide bei jüngeren Menschen dafür einen viel höheren Anteil an den Todesursachen. Laut dem Statistischen Bundesamt entfielen im Jahr 2017 in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen rund 9,3% und in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen 19,4% aller Todesursachen auf Selbsttötungen (statista, 2020a).

Insgesamt kann man beobachten, dass recht häufig die Gefährdung von Jugendlichen thematisiert und untersucht wird. Zugleich sind die Suizidraten hier jedoch deutlich niedriger als bei den Seniorinnen und Senioren (statista, 2020b; Walinder & Rutz, 2001). Sowohl die Mediennutzung als auch die Medienwirkungen werden jedoch gerade für ältere Menschen seltener beforscht. Und das, obwohl auch für die reiferen Altersgruppen ein Effekt von suizidalen Mediendarstellungen nachweisbar ist (Stack, 1990a). Dies gilt ganz besonders im Bereich der Suizidprävention und -gefährdung durch Medien. Hier besteht ein deutliches Forschungsdesiderat. So sind beispielsweise ältere Personengruppen weniger erforscht. Jedoch sind gerade diese aufgrund diverser Veränderungsprozesse im Alter besonders gefährdet (beispielsweise körperliche Beschwerden, soziale Isolation etc., Stack, 1990a). Aber auch ältere Personen nutzen Medien und folglich können Medieneffekte auch bei diesen auftreten. Beispielsweise wird in geriatrischen Einrichtungen insbesondere der Fernseher von Älteren genutzt, um Struktur in ihren Alltag zu bringen, aber auch, um sich sozial zu integrieren (Östlund, 2010). Und auch das Internet eröffnet für ältere

Personen (> 55 Jahre) Möglichkeiten des sozialen Austauschs sowie der Informationssuche (Sum, Mathews, Hughes & Campbell, 2008). Neben dem Alter spielt auch der Faktor Geschlecht eine wichtige Rolle. So zeigen zwar Männer weniger Hilfesuchverhalten als Frauen (Möller-Leimkühler, 2000), jedoch begehen sie häufiger Suizide (Müller-Pein, 2021; Wolfersdorf & Franke, 2006; Lindner, 2006, 2010).

Sexuelle Minderheiten. Zudem gilt es auch Minderheiten zu berücksichtigen. So weisen beispielsweise sexuelle Minderheiten (LGBTQ) ein höheres Risiko für Suizide auf (Skerrett, Kölves & De Leo, 2015). Es versuchen sich anteilig wesentlich mehr homo- oder bisexuelle Personen das Leben zu nehmen als heterosexuelle Personen des gleichen Geschlechts (Meek, Treaster, Tanner & Hirsch, 2019). Medien könnten hierbei einen Einfluss auf die Wahrnehmung und Akzeptanz von sexuellen Minderheiten ausüben. Auch können sie für die LGBTQ-Community supportiv wirken und damit weiterführend deren Well-Being beeinflussen (Craig, McInroy, McCreedy & Alaggia, 2015). So hatte beispielsweise das Coming-Out von Thomas Hitzlsperger im Jahr 2014 eine hohe mediale Aufmerksamkeit zur Folge (Schallhorn & Hempel, 2015). Zwar wurde Hitzlsperger primär in positivem Licht dargestellt, jedoch wurde auch die Homophobie – insbesondere im Fußball – als weiteres Kernthema von den Medien aufgegriffen (Schallhorn & Hempel, 2015).

Migrantinnen und Migranten und Geflüchtete. Auch Migrantinnen und Migranten können als eine Minderheit verstanden werden, die es zu beachten gilt. So stellen soziale Kontakte auch einen suizidpräventiven Faktor dar – der jedoch gerade bei neu zugezogenen Migrantinnen und Migranten fehlt (Petti & Chen, 2019). Zudem steht diese Personengruppe vor weiteren Herausforderungen (beispielsweise sozioökonomische Faktoren), die zusätzlichen Stress verursachen können (Spallek et al., 2015). Dennoch kann nicht pauschal von einem höheren Suizidrisiko aller Migrantinnen und Migranten ausgegangen werden (Spallek et al., 2015). So konnte eine Studie aus Schweden zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizids in der zweiten Generation der Migrantinnen und Migranten höher ist als in der ersten Generation (Hjern & Allebeck, 2002). Die

Autoren vermuten u. a., dass Personen aus der ersten Generation bereits vor der Migration ein gewisses Maß an Stabilität und Gesundheit aufweisen müssen, um den Migrationsprozess bewältigen zu können (Hjern & Allebeck, 2002; Marmot, Adelstein & Bulusu, 1984). Jedoch scheinen Ursprungs- und Zielland sowie kulturelle Hintergründe mitentscheidend. Ein Review von 24 Studien zeigt, dass ein heterogenes Muster der Suizidraten bei Migrantinnen und Migranten aus diversen Ländern zu finden ist (Spallek et al., 2015). So ist beispielsweise die Suizidrate von türkischen Migranten männlichen Geschlechts niedriger als die deutscher Männer. Die Suizidrate junger türkischer Frauen ist im Vergleich zu der deutscher Frauen jedoch höher (Razum & Zeeb, 2004). Andere Studien, unter Einschluss anderer Länder, zeigen wiederum eine höhere Suizidrate unter den Migrantinnen und Migranten auf (Spallek et al., 2015). Dies scheint u. a. auch mit dem Suizidrisiko im Herkunftsland zusammenzuhängen (Spallek et al., 2015). Der Einfluss der Medien (auch ausländischer Medien) diesbezüglich ist noch weitgehend unklar. Da es sich hier um eine potenzielle Risikogruppe handelt, ist Forschung jedoch durchaus wünschenswert.

Hinterbliebene. Ein weiterer Faktor, der in der Forschung zu medialen Einflüssen in der Suizidprävention berücksichtigt werden sollte, sind die Hinterbliebenen von Personen, die einen Suizid begangen haben. Denn auch diese haben eine höhere suizidale Vulnerabilität (Ding, Pereira, Hoehne, Beaulieu, Lepage, Turecki & Jollant, 2017). Hinterbliebene stehen oft vor besonderen Herausforderungen, wie der Suche nach Gründen, emotionalen Schwankungen und dem Kampf mit Schuldgefühlen (Analyse von neun Interviews; Shah-tahmasebi, 2016). Eine Studie in England und Wales konnte zeigen, dass Suizidprävention hier bereits ansetzt und Hinterbliebene nach einem Suizid kontaktiert werden (Pitman, Hunt, McDonnell, Appleby & Kapur, 2017). Allerdings wurden auch 33% der Hinterbliebenen von insgesamt 13.033 Suizidfällen nicht kontaktiert (Pitman et al., 2017). Nicht selten geht es bei Hinterbliebenen um Fragen der subjektiv empfundenen Schuldgefühle und deren Bewältigung oder der Schuldzuweisung durch Medien oder Rezipientinnen und Rezipienten. Medien stellen aber auch im Zusammenhang mit diesen sogenannten *suicide survivors* eine wichtige

Ressource dar (Praeger et al., 1985), so könnten Medien Hinterbliebene auch dazu ermutigen, selbst Hilfe zu suchen. Die genannten internationalen Studien beschreiben jedoch nicht die Situation in Deutschland, hier mangelt es an empirischen Erkenntnissen.

2.2.3.1 Rolle der Medien bei der Entstehung von Tabus, Mythen, Werten und Normen

Der mögliche Einfluss und die Verantwortung der Medien im Zuge der Suizidberichterstattung beschränkt sich nicht nur auf etwaige positive oder negative Effekte auf Suizidalität und suizidales Verhalten. Journalismus leistet die Selbstbeschreibung der Gesellschaft in der Gesellschaft (Luhmann, 1996) und prägt über seine Berichterstattung die Vorstellungen der Rezipientinnen und Rezipienten von der sozialen Realität (Adoni & Mane, 1984), wobei der Einfluss der Medienberichterstattung umso größer wird, je weniger sich die Rezipierenden auf ihre eigenen Erfahrungen oder die Erfahrungen ihres sozialen Umfelds stützen können. Die Medienberichterstattung hat u. a. Einfluss darauf, welche Inhalte rezipiert werden, und damit, worüber in einer Gesellschaft nachgedacht und diskutiert wird (McCombs & Reynolds, 2009), aber auch darauf, wie Rezipientinnen und Rezipienten bestimmte Themen wahrnehmen und bewerten (Tewksbury & Scheufele, 2009). Dies trifft grundsätzlich auch auf Suizide, Suizidversuche und Suizidgedanken zu. Inwieweit z. B. Suizidalität ein Tabuthema ist oder als Problem wahrgenommen wird und welche Vorstellungen in der Bevölkerung herrschen, wie weit verbreitet Suizide, Suizidversuche und Suizidgedanken in Deutschland sind und welche Eigenschaften Suizidentinnen oder Suizidenten haben, dürfte maßgeblich auch von der massenmedialen Berichterstattung abhängen.

Suizidalität und Suizid in der Gesellschaft sind – trotz der hohen Suizidzahlen – nach wie vor Tabuthemen (Ong, 2020). Neben der Rolle der Medien bei der Entstehung und Verhinderung von Suizidalität und den individuellen Faktoren, die hierbei für die Rezeption und Wirkung von medial vermittelten Suizidinhalten wichtig sein könnten, stellt die Wirkung medialer Darstellungen

auf die Wahrnehmungen und Vorstellungen zum Thema in der Bevölkerung bislang eine Forschungslücke dar. Zusätzlich kursieren in der Gesellschaft Mythen um den Suizid, die für eine erfolgreiche Suizidprävention aufgehoben werden müssen. Beispiele für diese sind „Wer von Suizid redet, begeht nicht Suizid.“, „Ansprechen auf Suizidgedanken ist gefährlich.“, „Wer sich wirklich das Leben nehmen möchte, ist nicht aufzuhalten.“, „Wer an Suizid denkt, ist nicht ‚normal‘.“ usw. (Gesundheit Österreich GmbH, 2019). All diese Mythen schaffen nicht nur ein verzerrtes Bild in der Gesellschaft, sondern verhindern, dass Personen Betroffene als gefährdet erkennen oder aus falscher Rücksichtnahme bzw. der Angst, etwas Falsches zu sagen, nicht darüber reden.

2.2.3.2 Rolle der Medien bzgl. Sterbehilfe und assistiertem Suizid

Die Vorstellung vom Sterben dürfte in Deutschland erheblich von der medialen Darstellung realer oder auch fiktiver Todesfälle beeinflusst sein. Dies betrifft besonders auch die Haltungen gegenüber dem assistierten Suizid. Eine Vielzahl von Reportagen und auch fiktiven Inszenierungen im Rahmen von Kunst und Kultur widmen sich diesem Thema. Multimediale Inszenierungen wie z. B. „Gott“ von Ferdinand von Schirach dürften großen Einfluss auf die öffentliche Haltung zum assistierten Suizid haben. Medien könnten auch Aufklärung über die Realität des Sterbens leisten, z. B. über Patientenrechte und die Möglichkeit der palliativen Versorgung. Hier bestehen noch viele Vorurteile (gegen den Willen am Leben erhalten werden, Zwangsernährung u. v. a. m.), welche einen assistierten Suizid legitimieren könnten.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 wurde in Deutschland der § 217 StGB über das Verbot der geschäftsmäßigen Ausübung der Sterbehilfe aufgehoben. Das Gericht führte aus, dass ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben existiert und zwar in jeder Phase und jeder Lebenslage der menschlichen Existenz. Dieses Recht dürfe nicht auf fremddefinierte Situationen, wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen, beschränkt sein und umfasse auch die Freiheit, Dritte für den Suizid in Anspruch zu nehmen.

Die Folgen dieses Urteils sind bislang noch nicht abzuschätzen. Dies dürfte besonders die Werbung über den assistierten Suizid betreffen. Sterbehilfevereine, wie sie bereits in der Schweiz tätig sind, haben dadurch die Möglichkeit, ihre Dienstleistungen auch in Deutschland straffrei anbieten zu können. In der Schweiz wurden bereits Werbeclips für Sterbehilfevereine produziert und auch im TV ausgestrahlt (Ärzteblatt, 2017). Expertinnen und Experten fürchten Folgen für die Suizidprävention und regen eine Regulierung bis hin zum Verbot der Werbung an: „Seitens der Befürworter des assistierten Suizids fanden sich schon in der Vergangenheit und finden sich auch heute Fehlinformationen zur Suizidprävention (als religiös fundamentalistisch) und Palliativmedizin (im Profitinteresse der Pharmaindustrie). Dies geschieht mit der Intention, das Gespräch über Suizidgedanken mit Ärzten und anderen hilfreichen Angeboten zu unterbinden. Früher geschah dies mit dem Verweis, dass das Ansprechen von Suizidgedanken umgehend zur Einweisung in die geschlossene Psychiatrie führe. Heute ist es die haltlose Behauptung, dass ein Verbot des assistierten Suizids das Gespräch über Suizidgedanken unmöglich mache.“ (Lindner et al. 2020).

Forschungen zu den medialen Effekten rund um den assistierten Suizid stehen jedoch noch aus. Auch kann man feststellen, dass allgemeine Empfehlungen und

Empfehlungen für Medien- und Kulturschaffende zum Thema assistierter Suizid weitgehend fehlen, jedoch dringend nötig wären.

2.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

2.3.1 Medien

Die Bereitstellung von Informationen und/oder Medienguidelines sowie Schulungen von Medienschaffenden sind bewährte Mittel der Suizidprävention. Die bisherigen Befunde der Forschung hierzu legen nahe, dass sich die mediale Berichterstattung nach deren Publikation zumindest kurzfristig qualitativ verbessert (Pirkis et al., 2008; siehe auch Kapitel 2.2). Zu einem ähnlichen Schluss kommen Etzersdorfer und Sonneck (1998) für Österreich und Reisch et al. (2010) für die

Schweiz. Untersuchungen aus Deutschland deuten zudem darauf hin, dass eine Bereitstellung der Leitfäden in Form audiovisueller Botschaften mit Blick auf die Zielgruppe der Medienschaffenden erfolgversprechender sein könnte als die Verwendung rein textbasierter Hinweise (Scherr et al., 2016). Auch spezielle Workshop-Formate, bei denen Journalistinnen und Journalisten von Expertinnen und Experten vor Ort über aktuelle Empfehlungen informiert werden und gemeinsame Grundlagen erarbeiten, scheinen grundsätzlich vielversprechend (Scherr et al., 2019b).

Ergänzende Befunde aus unserer Online-Erhebung

Unsere Online-Erhebung ($N = 33$) widmete sich u. a. der Fragestellung, inwieweit Informations- und Weiterbildungsangebote in den jeweiligen Verbänden/Institutionen vorhanden sind. Dabei geben $n = 7$ an, dass es „Informelle Hinweise/Richtlinien/Empfehlungen/Handlungsanweisungen“ in ihrem Verband/ihrer Institution gibt, während $n = 14$ über „Konkrete Hinweise auf Materialien, Anlaufstellen oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner außerhalb Ihrer Institution“ verfügen (Weitere sind $n = 11$ Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, $n = 7$ „Konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner“, $n = 11$ „Formalisierte Hinweise“, $n = 5$ sonstiges). Demgegenüber stehen die geäußerten Bedarfe an Maßnahmen. So wird mit einem $n = 9$ am häufigsten der Bedarf nach „Konkreten Hinweisen auf Materialien, Anlaufstellen oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern außerhalb der Institution“ geäußert, während „Informelle Hinweise“ mit einem $n = 1$ als weniger relevant erachtet werden. Weitere Informationen zu dieser Frage in unserer Erhebung sind Tabelle 2.1 zu entnehmen.

Handhabungen	<i>n</i> bereits implementiert	<i>n</i> Bedarf an diesen Maßnahmen
Informelle Hinweise/Richtlinien/Empfehlungen/Handlungsanweisungen	7	4
Formalisierte Hinweise/Richtlinien/Empfehlungen/Handlungsanweisungen	11	6
Konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner	7	7

Handhabungen	n bereits implementiert	n Bedarf an diesen Maßnahmen
Aus-, Fort- und/oder Weiterbildungsangebote	11	5
Konkrete Hinweise auf Materialien, Anlaufstellen oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner außerhalb ihrer Institution	14	9
Sonstiges	5	5

Tabelle 2.1: Ergebnisse der Online-Befragung; Vergleich vorhandener sowie benötigter Maßnahmen zur Suizidprävention in den Institutionen/Unternehmen.

Online-Befragung zu zukünftiger Implementierung von Maßnahmen

Zudem zeigen die Daten (6-stufige Skala; 1 = kann ich mir überhaupt nicht vorstellen, 6 = kann ich mir sehr gut vorstellen), dass sich die Vertreterinnen und Vertreter eher vorstellen können, konkrete Maßnahmen umzusetzen (beispielsweise: informelle Hinweise/Richtlinien/Empfehlungen/Handlungsanweisungen, $M = 3,88$, $SD = 1,92$, Formalisierte Hinweise/Richtlinien/Empfehlungen/Handlungsanweisungen, $M = 3,92$, $SD = 1,89$). Dabei können sich die Medienvertreterinnen und Medienvertreter insbesondere vorstellen „Konkrete Hinweise auf Materialien, Anlaufstellen oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner außerhalb der Institution“ einzuführen ($M = 4,29$, $SD = 1,86$). Die Umsetzung der Maßnahmen scheint jedoch in den nächsten zwölf Monaten nicht vorgesehen zu sein. Zumindest liefern die Daten unklare Ergebnisse um den Skalenmittelwert. So überschreitet lediglich die Bereitstellung von Informationsmaterial diesen Skalenmittelwert ($M = 3,19$, $SD = 1,70$), während alle anderen Maßnahmen darunter liegen (bspw.: Konkrete Richtlinie/Empfehlung/Handlungsanweisung zum Thema Suizid, $M = 2,79$, $SD = 1,67$; „Konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner“, $M = 2,91$, $SD = 1,70$).

Online-Befragung zu Hindernissen in der Suizidprävention

Am häufigsten werden die „Fehlende Relevanz des Themas für meine Institution“ ($n = 10$) sowie die „Fehlenden personellen Ressourcen“ ($n = 10$) als Hemmnisse für suizidpräventives Handeln bzw. die Implementierung suizidpräventiver Maßnahmen genannt, gefolgt von „Fehlenden zeitlichen Ressourcen“ ($n = 9$). Weitere $n = 7$ nennen „Fehlende Relevanz des Themas allgemein“ als Hindernis. Alle weiteren Zahlen sind Tabelle 2.2 zu entnehmen. Die berichtete Datenlage ist aufgrund des Rücklaufs mit äußerster Vorsicht zu genießen. Am ehesten lädt der geringe Rücklauf dazu ein, über mangelndes Interesse bzw. mangelnde Zeit für das Thema Suizidprävention zu spekulieren.

Hindernisse, die einer Implementierung von suizidpräventiven Maßnahmen entgegenstehen...	n
fehlende Relevanz des Themas allgemein	7
fehlende Relevanz des Themas für meine Institution	10
fehlende finanzielle Ressourcen	2
fehlende zeitliche Ressourcen	9

Hindernisse, die einer Implementierung von suizidpräventiven Maßnahmen entgegenstehen ...	n
fehlende personelle Ressourcen	10
fehlende Anleitungen/Beratungen	1
fehlende Überzeugung in meiner Institution bezüglich der Wirksamkeit möglicher Maßnahmen	1
fehlende gesetzliche Verpflichtung	4
fehlendes öffentliches Bewusstsein	4
fehlendes öffentliches Interesse am Thema	3
Sorge um Stigmatisierung	1
Konflikt mit Arbeitsabläufen	3
Fehlende Mitwirkung der Eltern/Sorgeberechtigten	0
Vorbehalte der Eltern/Sorgeberechtigten	1
rechtliche Unsicherheiten	2
Mangel an Therapieplätzen für Kinder und Jugendliche	1
fehlendes Know-how	5
fehlende Sekundär- bzw. selektive Prävention: Mangel an Angeboten für Kinder und Jugendliche, deren Eltern psychisch krank und/oder suizidal sind	0
sonstige Hindernisse	4

Tabelle 2.2: Antworthäufigkeiten auf die Frage „Welche Hindernisse sehen Sie für Ihren Verband/Ihre Institution, die einer Implementierung von Maßnahmen zum Thema Suizidalität und Suizidprävention entgegenstehen bzw. diese erschweren? (Mehrfachnennung)“.

2.3.2 Gesellschaft

Die Arbeitsgruppe „Medien und Öffentlichkeitsarbeit“ des NaSPro (siehe Kapitel 2.1.3) hat sich das Ziel gesetzt, zur Verbesserung der Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit beizutragen. Dafür klärt sie über Hintergründe zum Thema Suizid und Suizidalität auf, tritt für eine verantwortungsbewusste Suizidberichterstattung in den Medien ein und gibt

Empfehlungen für den Umgang der Medien mit der Thematik heraus.

2019 wurden in Kooperation von NaSPro, DGS und jugendschutz.net die veralteten „Empfehlungen für die Berichterstattung über Suizidforen“ überarbeitet und daraus aktuelle „Empfehlungen für die Berichterstattung zum Thema Suizid & Internet“ entwickelt, die ins-

besondere auch das aktuelle Thema Social Web einschließen.

Auch der bereits zuvor genannte Welttag der Suizidprävention (siehe Kapitel 2.1.3) trägt zu einer aktiven Aufklärung und Enttabuisierung der Suizidthematik bei.

Verbesserungen bei Social-Web-Diensten. Die regelmäßige Kommunikation der Social-Media-Risikomonitoring-Ergebnisse und das Aufzeigen der Schutzdefizite

durch jugendschutz.net haben bei den Social-Web-Diensten bereits zu Verbesserungen geführt. Die Erfahrungen und Einschätzungen dienen zudem der Entwicklung von medienpädagogischen Hilfestellungen: Die Praxisinformation zu „gefährlichen Suizid-Challenges“ (jugendschutz.net, 2019a) fasst beispielsweise Erkenntnisse, Handlungsmöglichkeiten und Empfehlungen für die Berichterstattung und für medienpädagogische Multiplikatorinnen und Multiplikatoren praxisnah zusammen.

2.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Für die Suizidprävention ergeben sich aus der Perspektive der Teilprojektgruppe „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“ insbesondere drei zentrale Zielgruppen: A.) die *Gesellschaft* allgemein, B.) die *Medienschaffenden* – als für diese Teilprojektgruppe besonders zentrale Zielgruppe innerhalb der Gesellschaft – und C.) die *Medienforschenden*. Aus Sicht der TPG sollten Maßnahmen insbesondere folgende Ziele in den Blick nehmen: 1.) *Förderung der Awareness für das Thema Suizid und Suizidalität und die Interessen der Suizidprävention*, 2.) *Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Medienschaffende*, 3.) *Förderung der Medienforschung im Bereich Suizid und Suizidprävention*.

2.4.1 Förderung der Awareness bezüglich Suizidprävention

2.4.1.1 Etablierung einer bundesweiten Anlaufstelle

Eine bundesweite Anlaufstelle der Suizidprävention in Deutschland mit einem Webauftritt und einer bundesweit einheitlichen Rufnummer kann für zentrale Zielgruppen ein wichtiger Fokuspunkt sein. Sie ermöglicht bundesweite Informationskampagnen (z.B. durch die BZgA) mit Hinweisen zu Hilfen in Not. Sie sollte folgende Kriterien erfüllen: nicht konfessionsgebunden,

nicht parteigebunden, anonym erreichbar, jederzeit gebührenfrei erreichbar und öffentlich finanziert. Durch eine prominente Platzierung und Bewerbung auch im Web kann die Awareness für das Thema deutlich erhöht werden. Die Stelle sollte kompetent mit Beschäftigten besetzt werden, welche eine erste telefonische Krisenintervention leisten und zur Inanspruchnahme regionaler Unterstützungsangebote ermutigen können. Dazu sollte diese Stelle ein umfangreiches Verzeichnis dieser Angebote erstellen und aktuell halten können. Dies soll dabei in keiner Konkurrenz zur Telefonseelsorge und zu weiteren Angeboten stehen, sondern deren Angebot ergänzen.

Die Anlaufstelle soll insbesondere folgende Gruppen adressieren und mit verlässlichen Informationen und Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartnern versorgen:

- a) Betroffene, Hinterbliebene, Angehörige und weiteres Umfeld
- b) Fachkräfte

Zu a) Betroffene, Hinterbliebene, Angehörige und weiteres Umfeld

Suizidgefährdete sind in der Regel sehr ambivalent gegenüber der Vorstellung, sich selbst das Leben zu nehmen. Die Möglichkeit, mit jemandem möglichst anonym darüber zu sprechen, ist jedoch ein attraktives

Angebot, das in suizidalen Krisen erfahrungsgemäß in Anspruch genommen wird. Ein einfühlsames Gespräch kann dazu beitragen, dass Betroffene ermutigt werden, weitere Unterstützung in ihrem Umfeld in Anspruch zu nehmen, besonders wenn diese Unterstützung bei Bedarf auch direkt vermittelt.

Hinterbliebene nach Suizid oder einem schweren Suizidversuch einer wichtigen Bezugsperson sind häufig großen psychosozialen Problemen ausgesetzt. Nicht nur das zwangsläufig aufkommende Schuldempfinden, das ein Suizid hinterlässt, auch stigmatisierende Zuschreibungen der Umwelt führen häufig zu Isolation, Verschweigen, Verdrängen und massiven psychischen Problemen. Da die Betroffenen selbst häufig nicht die Vorstellung entwickeln, sich in diesem Zustand Unterstützung suchen zu können, ist ein Angebot, das diese Unterstützung zu einer Normalität bestimmt, sehr hilfreich. Dies gilt besonders für Kinder. Gerade in Familien kann der Suizid eines Mitglieds zu einer Kultur des Verschweigens führen und eine gesunde Aufarbeitung des Ereignisses verhindern. In der Folge kann dies zu schweren psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu eigenen suizidalen Handlungen führen. Im Durchschnitt sind mindestens sechs weitere nahestehende Personen von einem Suizid betroffen (Shneidman, 1973; Berman, 2011).

Angehörige und weitere wichtige Bezugspersonen (z. B. Freundinnen und Freunde, Mitschülerinnen und Mitschüler, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen) von Menschen mit Suizidgedanken finden sich oft sehr hilflos in dieser Situation. Häufig sind sie auch damit konfrontiert, dass die oder der Suizidale verlangt, dass mit keinem Dritten darüber gesprochen werden darf. Auch Angehörige benötigen Unterstützung, die ihnen über eine bundesweite Anlaufstelle vermittelt werden kann. Als Bezugspersonen können sie auch in der Lage sein, die Suizidale oder den Suizidalen zur Annahme von Unterstützung zu motivieren. Dies ist ebenfalls ein wichtiger Beitrag zur Suizidprävention.

Zu b) Fachkräfte

Viele Fachkräfte in den helfenden Berufsgruppen sind häufig mit Suizidalität konfrontiert, ohne in ihrer Ausbildung/ihrem Studium darauf vorbereitet worden zu

sein. Der Umgang mit suizidaler Klientel kann fachliche Beratung notwendig machen, da viele in der direkten Konfrontation mit Suizidgefährdeten unsicher sind. Da keine einheitliche Zertifizierung der Ausbildung in diesem Bereich vorliegt, kann die Anlaufstelle hier Expertise vermitteln. Dies kann sowohl in akuten Situationen geschehen, es können aber auch Expertinnen und Experten für Fort- und Weiterbildung von Fachkräften (Beratungsstellen, Sozialpsychiatrie etc., die in der Suizidprävention tätig sind) vermittelt werden (vgl. Bericht zur niedrigschwelligen Suizidprävention in diesem Band).

2.4.1.2 Etablierung einer Anlaufstelle für Medienschaffende: Das Medienzentrum

Medienschaffende können vom Medienzentrum des NaSPro profitieren, wie auch wiederum die Suizidprävention von den Medienschaffenden als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren profitieren kann. Über das Medienzentrum können Medienschaffende zügig kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (z. B. über eine Expertinnen- und Experten-Datenbank) für Interviews und Hintergrundinformationen finden. Hilfreich sind hierbei insbesondere eine prominente Platzierung und eine konsequente Bewerbung der bundesweiten Anlaufstelle im Mediensystem, um deren Bekanntheit unter den Medienschaffenden zu erhöhen und vorhandene Angebote auszubauen (siehe Kapitel 2.1.3: Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit) und für die Zukunft sicherzustellen. Das Medienzentrum soll es neben der Bereitstellung von Informationen und der Vermittlung von Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern zu allgemeinen Fragen Medienschaffenden auch ermöglichen, bei Bedarf und auf Wunsch Ansprechpersonen für einen Austausch bei inhaltlichen Fragen und/oder Unsicherheiten im Hinblick auf den Umgang mit Themen zu Suiziden und Suizidalität zu kontaktieren (z. B. bei Theaterinszenierungen, Romanen, Drehbüchern, Berichten, Reportagen usw.).

2.4.1.3 Förderung der Öffentlichkeitsarbeit in der Suizidprävention

Nicht immer verfügen Akteurinnen und Akteure im Bereich Suizidprävention über das notwendige Know-how und/oder die notwendigen Ressourcen, um ihre Ideen öffentlichkeitswirksam umzusetzen. Neben der Bereitstellung etablierter Empfehlungen sind daher kollegiale und niedrigschwellige Hilfestellungen und Beratungen für suizidpräventive Kampagnen und Aktionen für interessierte Akteurinnen und Akteure der Suizidprävention äußerst hilfreich. Dies kann eine zentrale Anlaufstelle für Medienschaffende gewährleisten, indem sie bei Bedarf kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vermittelt.

Inhaltliche Unterstützung für mögliche Maßnahmen kann hier ein Expertinnen- und Expertenkreis liefern, der Konzepte erarbeitet und regelmäßig über aktuelle Entwicklungen informiert. Die Erfahrungen aus der NaSPro-AG Medien- und Öffentlichkeitsarbeit zeigen, dass ein Gremium mit unterschiedlicher interdisziplinärer Expertise sehr fruchtbar ist. Wir regen daher an, einen *bundesweiten interdisziplinären Expertinnen- und Expertenarbeitskreis* zum Thema Suizidprävention in den Medien beizubehalten und auszubauen, der nicht allein über eine projektbezogene, befristete Finanzierung realisiert wird.

Das Internet bietet die Möglichkeit, Informationen über Suizidalität und Hilfsangebote für die Allgemeinbevölkerung und für besondere Zielgruppen bereitzustellen. Allgemein sollten die sozialen Medien von Suizid-Informations- und -Beratungsorganisationen, die dies noch nicht tun, auch für die Prävention genutzt werden, indem vulnerablen Userinnen und Usern verstärkt Hilfsangebote kommuniziert werden und sie dadurch online Unterstützung finden. Präventions- und Beratungsangebote sollten Suchoptimierungsstrategien nutzen, um ihre Sichtbarkeit und so die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass hilfreiche Websites bei einer Internetsuche als erste erscheinen (Robinson et al., 2016). Durch den Ausbau des Medienportals des NaSPro kann Akteurinnen und Akteuren der Suizidprävention projektunabhängig eine Plattform bereitgestellt werden, die entsprechende Informationen bündelt und bei Bedarf

Konzepte für das Social Web, Suchmaschinen, Informations- und Präventionswebsites bereithält.

Diese Maßnahmen sollen nicht zuletzt dabei helfen, in Zukunft eine verstärkt *zielgruppengerechte Ansprache* in der Öffentlichkeitsarbeit umzusetzen und so eine Verbesserung der Suizidprävention zu erreichen. Bestimmte Gruppen mit einer statistisch höheren Suizidgefährdung (Männer, Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit LGBTQ-Orientierung, junge Frauen mit Migrationshintergrund sowie Angehörige von suizidalen Menschen) sollen so verstärkt spezielle, an ihre Situation angepasste Angebote erhalten. Da insbesondere alte Menschen, v. a. Männer, eine Sub-Population sind, in der Lebensmüdigkeit und Sterbewünsche häufiger auftreten, sollten gerade für sie Angebote in von ihnen genutzten Medien gemacht werden (Film und Fernsehen, Apotheken-Zeitschriften, Senioren-Portale im Internet...). Des Weiteren sollten auch die Angebote für junge Zielgruppen angepasst werden, beispielsweise Kinder und Jugendliche, denen es schwer fällt, sich persönlich jemandem anzuvertrauen oder professionelle Hilfe aufzusuchen. Diese sind zumeist über klassische journalistische Medienberichterstattung nur schwer zu erreichen, weshalb man ihnen mit z.T. bereits existierenden modernen digitalen Angeboten (Chat-Beratung, Angebote im Social Media, Apps) entgegenkommen sollte. Medienpädagogische Internetplattformen, insbesondere Plattformen mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche, aber auch Eltern und Pädagoginnen sowie Pädagogen, sollten über die Verbreitung und die Wirkung von suizidalen Inhalten im Internet, insbesondere im Social Web, aufklären sowie Empfehlungen für Unterstützung und Beratung geben.

2.4.1.4 Steigerung der Awareness bei Online-Plattformen

Social Media. Social-Media-Dienste stehen in der gesellschaftlichen Verantwortung, problematische Suizid-Darstellungen (Bilder, Videos, Texte etc.) nicht zu befördern. Die Verantwortung und Vorsorge muss noch stärker eingefordert werden. Dafür braucht es künftig einheitliche verpflichtende Standards für Internet-Plattformen wie:

- geeignete Schutzkonzepte, die belastende Inhalte wirksam reduzieren und im Notfall schnell Hilfe bieten;
- präzise Nutzungsbedingungen, die die Verharmlosung oder gar Verherrlichung von Suizid untersagen;
- effektive, gut erreichbare und einfach zu handhabende Beschwerde- und Hilfesysteme, auch für nicht angemeldete Nutzer, über die Bedenken bezüglich anderer Nutzer gemeldet werden können, die den Suizid als Ausweg verharmlosen oder gar verherrlichen bzw. Suizide ankündigen oder nach Suizidpartnerinnen und Suizidpartnern suchen;
- Standards in der Bewertung von und im Umgang mit der Propagierung von Suizid
- gut ausgebildete Support-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, die einschätzen können, wie akut eine Suizidgefahr ist und bei Gefahr-im-Verzug-Situationen schnellstmöglich die zuständige Polizei informieren;
- Verweis von betroffenen Userinnen und Usern auf seriöse (deutschsprachige) Online-Beratungsstellen.

Strengere Richtlinien und Vorgaben gegenüber den Betreiberinnen und Betreibern können zu einer Verbesserung der Prävention innerhalb der sozialen Medien führen. Eine Möglichkeit, um die Suizidprävention in Social-Media-Plattformen zu verbessern, ist eine Änderung auf gesetzlicher Ebene (am besten EU) hin zu gesellschaftlicher Regulierung und Kontrolle. Da allerdings die reichweiten- und nutzungsstärksten Plattformen ihre Firmensitze im Nicht-EU-Ausland haben, gestaltet sich die Umsetzung dieser Punkte schwierig.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass Social-Web-Plattformen bereits suizidpräventiv aktiv sind, ohne ihre Arbeitsweise gänzlich offenzulegen. Es müssen ethische Standards und Transparenzregeln eingehalten werden – und das bedeutet Offenlegung und Nachvollziehbarkeit (Barnett & Torous 2019).

Allgemein darf es dadurch jedoch auch nicht zu einer Tabuisierung des Themas Suizid im Social Web kommen. Im Gegenteil, das präventive Potenzial von Social Media sollte zukünftig besser genutzt werden, indem etwa vulnerablen Userinnen und Usern verstärkt Präventionsbotschaften sowie Hilfsangebote niedrig-

schwellig kommuniziert werden und sie dadurch online Verständnis und Unterstützung finden.

Suchmaschinen. Suchmaschinen-Anbieterinnen und -Anbieter sollen dazu angeregt werden, bei suizidbezogenen Anfragen präventiv in den ersten Suchtreffern ausschließlich seriöse Informations- und hilfreiche Beratungsangebote aufzulisten und möglicherweise gefährdende Angebote aus ihren Suchergebnissen auszuschließen. Gefährdete Userinnen und User können so schnell auf professionelle und hilfreiche Internetangebote gelenkt werden.

Apps und Games. In Deutschland wird die Game-Industrie durch verschiedene Maßnahmen des Bundes gefördert. Hier bietet es sich an, im Rahmen von Serious Games auch Gesundheitsthemen und das Thema Suizidprävention besonders zu berücksichtigen. Durch eine Gamifizierung können diese Themen einschließlich des Tabuthemas „Suizid“ spielerisch angegangen werden (Ong, 2020).

2.4.2 Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medienschaffenden

Das Bewusstsein und das Wissen über Suizidalität und Suizidprävention bei den Medienschaffenden im non-fiktionalen sowie fiktionalen Bereich zu erhöhen, ist ein wichtiges Ziel. Gelingen kann dies auch durch die Implementierung geeigneter Inhalte in der Aus-, Weiter- und Fortbildungen von Medienschaffenden.

Wichtig ist hierbei, den Akteurinnen und Akteuren/Medienschaffenden die Wirkungsmacht von Medieninhalten und die Identifikationsmöglichkeiten in realen und fiktionalen Formaten stärker bewusst zu machen, um sie für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema Suizid zu sensibilisieren. Hierzu bedarf es der Implementierung von Aus- und Fortbildungsangeboten in der journalistischen und medienschaffenden (künstlerischen) Ausbildung.

Es ist anzuregen, Schulungen zu Suizidalität und den möglichen Effekten der Berichterstattung über Suizide

in der Ausbildung von Journalistinnen und Journalisten zu verankern und zu fördern und als zentrales Thema bei Weiterbildungsangeboten zu etablieren. Aber auch Influencerinnen und Influencer, Drehbuchautorinnen und Drehbuchautoren und Kunstschaffende sind hier Adressatinnen und Adressaten dieser Angebote. Hierzu sollten Materialien gemeinsam mit Medienschaffenden entwickelt werden, die eine Art Curriculum bezüglich des Themas „Suizid und Medien“ darstellen können. Die AG Medien des NaSPro kann dabei die Entwicklung und Etablierung solcher curricularer Inhalte unterstützen.

Zwar wurden bereits, beispielsweise durch das NaSPro, Maßnahmen implementiert, um die Journalistinnen und Journalisten gerade bei Suiziden mit großer medialer Aufmerksamkeit zu erreichen (siehe Kapitel 2.1.3), jedoch müssen diese ausgebaut werden:

1. *Empfehlungen gestalten:* Empfehlungen sind regelmäßig zu ergänzen, zu aktualisieren und attraktiver zu gestalten. Um der Notwendigkeit verantwortungsvoller Medienberichterstattung Nachdruck zu verleihen, wäre eine Implementierung der Empfehlungen (Guidelines; siehe Kapitel 2.1.4) auf den Websites von Organisationen der Medienselbstkontrolle erstrebenswert. Generell sind jedoch auch diese Empfehlungen zu überarbeiten, beispielsweise durch die Überführung von textbasiertem Material in audiovisuell dargebotene Informationen, da diesen eine größere Wirksamkeit zugesprochen werden kann (siehe Kapitel 2.3).
2. *Fiktionale Narrative berücksichtigen:* Es existieren zwar zahlreiche Empfehlungen für Online- oder Druckerzeugnisse der Presseberichterstattung, allerdings mangelt es an Orientierung für fiktive Erzählungen im deutschsprachigen Raum. Der englischsprachige Leitfaden der WHO (2019) liefert hierbei eine erste Maßnahme, um diese Lücke zu schließen (siehe Kapitel 2.1.4). Folglich kann dieser Text als Basis einer deutschsprachigen Version aufgegriffen und entsprechend textbasiert und audiovisuell aufbereitet werden.

3. *Desiderata bearbeiten:* So mangelt es an Empfehlungen (Guidelines) im Bereich der Werbung, Kunst und Kultur. Auch zu dem Thema des assistierten Suizids oder der Ethik in der Medizin fehlt es an Orientierung zur Berichterstattung oder Inszenierung in fiktionalen Narrationen. Entsprechend sind für diese Lücken Vorschläge zu entwickeln.

Mediendarstellungen umfassen allerdings nicht nur die Thematisierung des Suizids allein. Daher sollte verantwortungsvolle Medienberichterstattung zu den Themen psychische Gesundheit, Anzeichen von Krisen und Tipps für deren Bewältigung sowie zu vorhandenen psychosozialen Hilfsangeboten vor allem durch positive Beispiele gestärkt werden.

2.4.3 Förderung der Medienforschung im Bereich Suizid und Suizidprävention

Wissenschaftliche Forschung zum Umgang mit Suiziden und Suizidalität in der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit ist in Deutschland in allen Bereichen notwendig, um das Handeln der Suizidprävention auf solide empirische Grundlagen zu stellen. Dies gilt sowohl für die konkreten Medieninhalte zu Suiziden und Suizidalität und deren Wirkungen als auch und insbesondere deren Entstehungsbedingungen. Wichtig sind daher bundesweite Förderprogramme, die diesen Themenbereich aus interdisziplinärer Perspektive in den Fokus rücken. Konkrete Forschungsprojekte sollten sich dabei sowohl den Kommunikatorinnen und Kommunikatoren und den Produktionsprozessen als auch den Medieninhalten sowie der Mediennutzung und den Medienwirkungen und -folgen widmen.

2.4.3.1 Kommunikatorforschung

Besonders wichtig sind wissenschaftliche Erkenntnisse, weshalb Journalistinnen und Journalisten (und andere Kommunikatorinnen und Kommunikatoren) Suizide (nicht) in einer bestimmten Art und Weise aufgreifen und darstellen. Das Ziel, die journalistische Perspektive auf Suizide und die Umstände und Einflussfaktoren der

Suizidberichterstattung in Deutschland (besser) zu erforschen, ist auch deshalb besonders relevant, weil nur so zielgruppengerechte Richtlinien/Module für Aus- und Fortbildung etc. entwickelt werden können, die im Journalismus akzeptiert werden (siehe Kapitel 2.4.2).

Suizide und Suizidalität sind nicht nur Gegenstand non-fiktionaler Medienberichterstattung, sondern werden auch im Rahmen fiktionaler Mediendarstellungen (z. B. in Büchern, Hörspielen, Filmen und Serien) regelmäßig thematisiert. Die Hintergründe und Entstehungsbedingungen dieser fiktionalen Inhalte sind bislang jedoch nicht systematisch erforscht. Da auch aus fiktionalen Darstellungen reale Konsequenzen resultieren können (Schmidtke & Häfner, 1986, Tote Mädchen lügen nicht usw.) und hier grundsätzlich auch großes Potential mit Blick auf die Vermittlung von Informationen und die Präventionsarbeit im Allgemeinen besteht (Stichwort: Entertainment-Education), ist es sinnvoll, die Perspektive der Medienschaffenden im Unterhaltungssektor in der Medienforschung in Zukunft verstärkt in den Blick zu nehmen.

2.4.3.2 Medieninhaltsforschung

Wie die mediale Darstellung von Suiziden und Suizidalität in Deutschland konkret aussieht, wurde bislang meist nur für spezielle Suizidfälle (z. B. bestimmte Prominentensuizide wie Robert Enke) und/oder bestimmte Medienangebote in einem Zeitraum von meist wenigen Wochen untersucht. Eine systematische Analyse der journalistischen Alltagsberichterstattung über Suizide fehlt ebenso wie Studien, die sich aus empirischer Perspektive mit Ausmaß, Art und Inszenierung fiktionaler Suiziddarstellungen (und ggf. den Veränderungen im Zeitverlauf) in deutschen Massenmedien beschäftigen. Hier besteht Forschungsbedarf, stellen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse hierzu doch eine wichtige Grundlage für die Planung und Evaluation möglicher Maßnahmen dar.

2.4.3.3 Rezeptions- und Wirkungsforschung

Zwar gibt es inzwischen auch in Deutschland Studien, die Auswirkungen non-fiktionaler und fiktionaler Medieninhalte auf Suizide und Suizidalität in den Blick nehmen (vgl. Kapitel 2.1). Wie bereits hinsichtlich der Medieninhalte konstatiert, konzentriert sich die Forschung auch hier überwiegend auf Einzelfälle und/oder bestimmte Medienangebote. Neben Studien, die die Effekte der Mediendarstellungen (im Zeitverlauf) auf breiterer Basis untersuchen, ist insbesondere Forschung erforderlich, die sich mit Faktoren beschäftigt, die Unterschiede in der Nutzung und Rezeption massenmedial vermittelter Suizidinhalte adressieren. Im Hinblick auf die Nutzung massenmedialer Suizidinhalte sind dabei auch soziodemographische Merkmale, wie Alter und Geschlecht, aber auch die Zugehörigkeit zu bestimmten Minderheiten (LGBTQ, Migrantinnen und Migranten), zu berücksichtigen.

Aber auch bzgl. der Medienwirkung von suizidpräventiven Maßnahmen (Gesundheitskommunikation) bedarf es empirischer Studien. Welche Maßnahmen helfen und wieso? Wie wird etwa der Welttag der Suizidprävention in der Bevölkerung wahrgenommen und welche Wirkungen und Folgen kann man belegen? Auch hier besteht Forschungsbedarf, der nicht selten interdisziplinäre Medienforschungsprojekte nahelegt.

Die bisher eingesetzten Disclaimer nach der Berichterstattung über Suizide sind deutschlandweit nicht einheitlich und von unterschiedlicher Qualität. „Vorbild“ USA: <https://suicidepreventionlifeline.org/about/>

Natürlich hat auch dieser Bericht, wie alle Bemühungen um einen zusammenfassenden Überblick, noch Lücken und Grenzen der Aussagekraft. Es war uns u. a. nicht möglich, weitere wichtige Bereiche, wie etwa den der Werbeindustrie und der Werbeinhalte oder den wichtigen Aspekt der Suizidprävention im Zusammenhang mit Kunst und Kultur nochmals vertiefend und gesondert zu betrachten.

2.4.4 Zentrale Vorschläge

Zusammenfassend möchten wir im Folgenden unsere drei zentralen Vorschläge für konkrete Maßnahmen zur Suizidprävention im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Medien noch einmal darstellen:

- **Etablierung einer bundesweiten Anlaufstelle zur Förderung der Awareness hinsichtlich Suizidprävention**

Eine bundesweite Anlaufstelle der Suizidprävention in Deutschland mit einem Webauftritt und einer bundesweit einheitlichen Rufnummer kann für wichtige Zielgruppen ein notwendiges Angebot sicherstellen. Sie kann die folgenden Gruppen adressieren und mit verlässlichen Informationen und Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartnern versorgen: a) Betroffene, Hinterbliebene, Angehörige und weiteres Umfeld, b) Fachkräfte, c) Medienschaffende.

- **Entwicklung curricularer Konzepte zur Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medienschaffenden**

Die Implementierung geeigneter Inhalte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medienschaffenden soll dazu dienen, das Wissen über Suizidalität und Suizidprävention bei den Medienexpertinnen und Medienexperten im non-fiktionalen sowie fiktionalen Bereich zu erhöhen. Hierzu kann die gemeinsame Entwicklung von curricularen Ideen und Konzepten entscheidend beitragen.

- **Bundesweite Förderprogramme zur Unterstützung der Medienforschung im Bereich Suizid und Suizidprävention**

Um das Handeln der Suizidprävention evidenzbasiert zu gestalten, ist wissenschaftliche Forschung zum Umgang mit Suiziden und Suizidalität in der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit in Deutschland unumgänglich. Medieninhalte, deren Wirkungen sowie deren Entstehungs- bzw. Produktionsbedingungen bedürfen einer empirischen Analyse. Wichtig sind daher bundesweite Forschungsförderprogramme.

3 Suizidprävention in der Kindheit und Jugend

Paul Plener¹, Viktor Kacic², Frank Zimmermann³, Georg Fiedler⁴, Katja Rauchfuß⁵, Reinhard Lindner⁶, Alexandra Eidinger⁷, Lisa Eilert⁸, Annika Freier⁹, Kathrin Klipker¹⁰, Hannah Müller-Pein¹¹, Christin Zscheschack¹², Hellmuth Braun-Scharm¹³

- 1 Prof. Dr., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2 Dr., Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
- 3 Dipl.-Psych., Praxis für Psychotherapie (Verhaltenstherapie) Darmstadt
- 4 Dipl.-Psych., Ehm. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 5 M.A., Jugenschutz.net, Mainz
- 6 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 7 Dr., Heidelberger Akademie für Psychotherapie
- 8 M.Sc., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychosomatik
- 9 B.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 10 Dr. Dipl.-Psych., Bundespsychotherapeutenkammer(BPtK), Berlin
- 11 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 12 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 13 Prof. Dr., Kinder- und Jugendpsychiater Nürnberg

ZUSAMMENFASSUNG Das Kindes- und Jugendalter stellt jene Entwicklungsperiode dar, in der sich suizidales Verhalten häufig zum ersten Mal zeigt. So findet sich eine Häufung von Suizidgedanken wie auch von Suizidversuchen im Jugendalter. In den letzten Jahrzehnten kam es hier zu einer erfreulichen Entwicklung dergestalt, dass die Suizide in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen weltweit wie auch in Deutschland stark abgenommen haben. Als Gründe hierfür werden einerseits suizidpräventive Interventionen wie auch die bessere kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung ins Feld geführt. Da Kinder und Jugendliche sich aufgrund ihres Entwicklungsalters in verschiedenen Systemen bewegen (Familien, Schule/Ausbildung, soziales Umfeld), ist es für die Suizidprävention in dieser Altersgruppe wesentlich, multi- und interdisziplinäre Ansätze zu verfolgen. Besonderes Augenmerk ist in dieser Altersgruppe auch auf den Einfluss von Mobbing und den Gebrauch von (sozialen) Medien zu legen. Hier ist einerseits der Effekt der Darstellung suizidalen Verhaltens in Serien oder auch in sozialen Medien zu beachten, andererseits könnten gerade diese neuen medialen Umgangsformen einen niedrighwelligen Zugang zu suizidpräventiven Inhalten oder auch zu Therapien bieten.

Betrachtet man die evidenzbasierten Suizidpräventionsprogramme, so ist neben einer Reduktion des Zugangs zu potentiellen Suizidmitteln (wie etwa der Packungsgröße von Analgetika) vor allem der Zugang über die Schule im Rahmen der schulbasierten Prävention zu benennen. Hier existieren evidenzbasierte Programme, die jedoch noch nicht flächendeckend in Deutschland Anwendung finden. Insgesamt kann festgehalten werden, dass therapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen einen großen Nutzen (im Sinne einer Verminderung von Suizidgedanken oder weiteren Suizidversuchen) zeigen konnten, wobei hier vor allem der Einbezug von Familienmitgliedern oder anderen wichtigen Bezugspersonen wesentlich zu sein scheint. Für die Zukunft wäre ein flächendeckendes Angebot an evidenzbasierten suizidpräventiven Maßnahmen im schulischen Rahmen ebenso wie die Schaffung von niedrighwelligen Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche mit suizidalem Verhalten empfehlenswert.

SCHLÜSSELWÖRTER Suizidalität, Kinder, Jugendliche, Suizidversuche, Suizidgedanken, Suizide

ABSTRACT Childhood and adolescence represent the developmental period in which suicidal behavior often appears for the first time. There is an accumulation of suicidal thoughts as well as suicide attempts in adolescence. In the last few decades there has been a positive development in such a way that suicides in the age group of under 18-year-olds have fallen sharply worldwide as well as in Germany. The reasons given for this are, on the one hand, suicide-preventive interventions as well as better child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic care. Since children and adolescents move in different systems due to their developmental age (families, school/training, social environment), it is essential for suicide prevention in this age group to pursue multidisciplinary and interdisciplinary approaches. In this age group, special attention should be paid to the influence of bullying and the use of (social) media. Here, on the one hand, the effect of depicting suicidal behavior in TV series or in social media must be taken into account; on the other hand, these very same new media forms and etiquette could also offer low-barrier access to suicide-preventive content or therapies.

Looking at the evidence-based suicide prevention programs, in addition to a reduction of access to potential suicide drugs (such as the package size of analgesics), above all, school-based prevention should be a focus area. Evidence-based programs exist here, but they are not yet being used nationwide in Germany. Overall, it can be stated that therapeutic interventions in suicidal adolescents were able to show a great benefit (in the sense of reducing suicidal thoughts or further suicide attempts), whereby the involvement of family members or other important caregivers seems to be essential. For the future, a comprehensive range of evidence-based suicide preventive measures in schools as well as the creation of low-threshold therapy offers for children and adolescents with suicidal behavior are recommended.

KEY WORDS *suicidality, children, adolescents, suicide attempts, suicidal thoughts, suicides*

Einleitung

Wenn wir über psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter sprechen, denken wir nicht unmittelbar an Tod oder Suizidalität. Und in der Tat sind Kinder bis zum zehnten Lebensjahr kaum in der Suizidstatistik vertreten. Dennoch zählen die vollzogenen Suizide, neben den Unfällen, zu den häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter, weil schwere und tödliche körperliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter noch selten sind.

Vom 10. bis 20. Lebensjahr nehmen aber alle Formen der Suizidalität kontinuierlich zu und vor allem Suizidversuche sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr häufig.

Eine mögliche Ursache für den Anstieg der Suizidalität liegt darin, dass mit dem Ende der Kindheit und dem Beginn der Pubertät elterliche Unterstützung, gesellschaftlicher Schutz und allgemeine Fürsorge abnehmen und immer schwierigere Entwicklungsaufgaben auf die Jugendlichen zukommen. Dazu gehören körperliche Veränderungen, die mit der Entwicklung vergesellschaftet sind, steigende psychosoziale Anforderungen, zunehmende schulische Belastungen sowie Fragen nach der eigenen Identität, die inzwischen auch häufiger die Frage nach der sexuellen Identität beinhalten. Aktuell gehört etwa 1% der Kinder und Jugendlichen zu einer Gruppe, die unter dem angeborenen Geschlecht und der körperlichen Entwicklung leiden (Genderdysphorie) und die Transition zum anderen Geschlecht anstreben (Geschlechtsinkongruenz, früher Transsexualismus genannt).

Schulische, berufliche und soziale Anforderungen nehmen also zu, auch der Umgang mit Drogen (Nikotin, Alkohol, Cannabis) sowie mit den nicht mehr ganz neuen Medien und dem Internet muss erlernt werden. Die Schere von sinkender Unterstützung und steigenden Anforderungen geht mit der fortschreitenden Entwicklung der Jugendlichen auseinander. Das führt für viele von ihnen zu neuen Entwicklungsmöglichkeiten, für

andere jedoch, die unsicher, labil oder psychisch angeschlagen sind, zu Überforderung, Stress, Frustration und manchmal sogar zu suizidaler Gefährdung.

Der vollzogene Suizid ist eher eine Domäne des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Im Kindes- und Jugendalter dominieren dagegen suizidale Gedanken und Suizidversuche als Formen der Suizidalität, über die wesentlich weniger zuverlässige statistische Daten vorliegen. Weil sie aber nicht in den Suizidstatistiken auftauchen, werden sie oft nicht ausreichend gewürdigt.

Suizidale Gedanken, die in den meisten Fällen zuerst nicht zu tödlichen oder körperlich nachhaltig beeinträchtigenden suizidalen Handlungen führen, können jedoch schon bei bis zu 39% der Kinder auftreten und haben vor allem dann, wenn sie sich nicht wieder zurückbilden, prospektiv eine große Bedeutung für spätere suizidale Verläufe.

Ungünstige Lebensbedingungen, familiäre Belastungen (Vernachlässigung, Missbrauch, Trennung) und andere traumatisierende Erlebnisse sind weitere wichtige Faktoren, die einen frühen Beginn der Suizidalität im Kindes- und Jugendalter begünstigen. Auch wenn das nicht-suizidale selbstverletzende Verhalten (NSSV, engl. NSSI) zu Recht von Suizidalität abgegrenzt wird, sind nicht-suizidale Selbstverletzungen doch Risikofaktoren für spätere suizidale Handlungen.

Im Kindes- und Jugendalter liegen die Wurzeln für entscheidende entwicklungsbedingte Veränderungen. Für die meisten Kinder und Jugendlichen ist es der Beginn eines unauffälligen, glücklichen Heranreifens, in der Minderzahl aber auch einer ungünstigen, manchmal suizidalen Entwicklung. Weil hier in statu nascendi, aber auch mit langfristigem Effekt, korrigierende, anti-suizidale Interventionen noch möglich sind, ist das Kindes- und Jugendalter der optimale Zeitraum für Suizidprävention.

Definition

Im Weiteren soll gemäß der Klassifikation von Nock et al. (2008) Suizid als willentliche Beendigung des eigenen Lebens definiert werden.

Als Suizidgedanken werden Gedanken darüber, sich aktiv das Leben zu nehmen, definiert. Ein Suizidplan ist eine Formulierung einer spezifischen Methode, mittels derer eine Person aus dem Leben scheiden will.

Ein Suizidversuch ist jene Aktion, die mit der Intention zu sterben ausgeführt wird, jedoch nicht tödlich endet. Die Definition des Suizidversuches ist daher auch konform mit dem für das DSM5 in der Sektion 3 vorgeschlagenen Suicidal Behavior Disorder.

Davon abzugrenzen sind gemäß Nock (2010) innerhalb der selbstschädigenden Gedanken und Handlungen jene, die nicht mit suizidaler Intention unternommen werden. Dazu gehören Gedanken an nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV), die Durchführung von NSSV, Suiziddrohungen oder Gesten, die ohne suizidale Intention unternommen werden.

Epidemiologie

Der Vergleich der Jahre seit 1990 zeigt, dass die Zahlen der Suizide in Deutschland abgenommen haben (OECD & European Union, 2018). Ein ähnlicher Trend lässt sich auch in der Global Burden of Disease Study 2016 der Weltgesundheitsorganisation sehen (Naghavi et al., 2019). Hier wird eine deutliche Abnahme der altersadjustierten Mortalitätsrate für Suizid um 32,7% beschrieben. Weltweit findet sich ein Überwiegen der männlichen Suizide gegenüber den weiblichen Suiziden, in der Global Burden of Disease Study, wobei als einzige Ausnahme die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ohne signifikanten Geschlechterunterschied bleibt. Gemäß dieser Studie findet sich in Ländern mit hohem Einkommen (wozu auch Deutschland zu zählen ist) ein geringer Anteil der Suizide in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen, verglichen mit den Suiziden in

der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen und auch mit jenen in der Altersgruppe 60+. Betrachtet man in der OECD Family Database die Entwicklung der Suizide in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen so hat sich hier seit 1990 die Suizidrate von ursprünglich 8,5 auf 100.000 zu 7,4 auf 100.000 reduziert (OECD & European Union, 2018).

Die Suizidraten aus Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2019) zeigen, dass die Suizidrate im Kindes- und Jugendalter deutlich geringer ist als in höheren Altersgruppen. Seit 1980 zeigt sich auch hier eine deutliche Reduktion in den Raten, sowohl in der Altersgruppe der 10- bis unter 15-Jährigen wie in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen. Auch bei den Jugendlichen überwiegt bei den Suiziden das männliche Geschlecht.

Die häufigsten Suizidarten bei 15- bis 20-Jährigen sind Erhängen, Überrollenlassen und Sturz aus der Höhe, wobei das Erhängen bei den Jungen, das Überrollenlassen bei den Mädchen häufiger ist.

Suizide werden hauptsächlich in der offiziellen und öffentlich zugänglichen Suizidstatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst. Die Häufigkeit von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen findet sich dagegen häufig in Schulstudien. So wurden Suizidgedanken mit einer 12-Monatsprävalenz von 14,4% bei etwa 15-Jährigen beschrieben bis hin zu einer Lebenszeit-Prävalenz von 39,4%. Suizidversuche wurden in Schulstudien von 6,5% bis zu 9% der Befragten angegeben (Brunner et al., 2007; Donath et al., 2014; Plener et al., 2009; Resch et al., 2008). Die Altersdynamik dieser Entwicklungen kann im amerikanischen Datensatz basierend auf Center of Disease Control Daten nachvollzogen werden. Das Umschlagen von Suizidplänen in einen Suizidversuch geschieht bei etwa 60% innerhalb eines Jahres (Nock et al., 2013).

Betrachtet man den weiteren Lebensverlauf von Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben, so wird anhand der longitudinalen Daten der Great Smokey Mountains Study aus den USA deutlich, dass es sich hier um eine Hochrisiko-Population für einen

weiteren schwierigen Verlauf handelt. In dieser Studie, in die 1.420 Kinder eingingen, konnten 96 % zumindest ein zweites Mal untersucht werden. Im Alter von 16 Jahren wurde bei 4 % der Teilnehmer von einem Suizidversuch berichtet. Nach Kontrolle für alle psychiatrischen Erkrankungen im Kindesalter konnte festgestellt werden, dass Suizidversuche im Jugendalter einen guten Prädiktor für Suizidversuche im Erwachsenenalter darstellten (OR: 6,4), des Weiteren waren Suizidversuche im Jugendalter ein guter Prädiktor für Angststörungen im Erwachsenenalter (OR: 2,8). Auch in verschiedenen Funktionsbereichen zeigten sich deutliche Einschränkungen im weiteren Lebensverlauf. So waren Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen hatten, deutlich schlechter in folgenden Bereichen: somatische Gesundheit, Risikoverhalten, illegales Verhalten, finanzielle Ressourcen und soziale Kontakte (Copeland et al., 2017).

Wie im Erwachsenenalter, so sind auch im Jugendalter mehr als 90% der durch Suizid verstorbenen Jugendlichen an einer psychischen Störung erkrankt. (Nock et al., 2013). In einer longitudinalen Studie (N = 3.021, 14- bis 24-Jährige) konnte gezeigt werden, dass folgende psychische Erkrankungen besonders häufig einem Suizidversuch vorausgehen:

Posttraumatische Belastungsstörungen (HR: 15,3), gefolgt von **Dysthymie** (HR: 7,9) sowie von **Panikstörungen** (HR: 7,1) (Miché et al., 2018).

Weitere adoleszentspezifische Risikofaktoren sind

- **Schlafstörungen.** In einem systematischen Review von zehn Studien wurden ebenfalls Schlafstörungen als eigenständiger Risikofaktor für Suizidgedanken und Suizidversuche eruiert. Dieser Zusammenhang besteht auch nach Kontrolle für psychische Erkrankungen (Goldstein et al., 2008; Kearns et al., 2018; Wong et al., 2011; Wong & Brower, 2012).
- **Mobbing,** definiert als Gewalt mehrerer Personen gegen eine einzelne Person, erhöht sowohl für die Opfer wie auch für die Täter das Risiko von Suizidgedanken und Suizidversuchen (Brunstein-Klomek et al., 2010). Erlebtes Mobbing im Alter von 13 Jahren war in der longitudinalen ALSPAC-Studie ein Prädiktor für

Suizidgedanken und Suizidversuche mit 15 Jahren (OR: 2,27 bzw. OR: 3,05). (Lereya et al., 2013; Lereya, et al., 2015). In einer querschnittlichen deutschen Studie konnte gezeigt werden, dass Jugendliche, die in den letzten Monaten über regelmäßiges Mobbing berichteten (14,4% der untersuchten 647 Schülerinnen und Schüler), ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -versuche aufwiesen (OR:6,1) (Jantzer et al., 2015).

- *Das Erleben von Selbstschädigung bei anderen* (Familie: AOR: 1,95, Freunde AOR: 2,61, Beide: AOR: 5,26).
- *Das weibliche Geschlecht.*
- *Ein geringerer Intelligenzquotient.*
- *Höhere Impulsivität.*
- *Geringere Ausprägung von Gewissenhaftigkeit (Big Five Persönlichkeitsmerkmale).*
- *Unzufriedenheit mit dem Körper.*
- *Konsum illegaler Drogen* (Mars et al., 2019).
- *Selbstverletzungen an anderen Stellen als den Unterarmen* (Laukannen et al., 2013).

Im Versuch, einen Machine-learning-Ansatz auf die Daten von Jugendlichen zu übertragen, wurden die Daten von 974 Jugendlichen mit Suizidversuchen verglichen mit jenen von 496 Jugendlichen mit anderen Selbstschädigungen sowie 7.059 depressiven Jugendlichen und 25.081 Kontrolljugendlichen aus dem Krankenhaus. Dabei konnten 20 Prädiktoren identifiziert werden (Walsh et al., 2018) (siehe Tabelle 3.1).

• BMI
• Alter
• Schmerzmedikation (z.B. Ibuprofen)
• NSAID (Antiphlogistikum)
• SSRI (Antidepressiva)
• Schwere depressive unipolare Erkrankung
• Episodische affektive Erkrankungen
• Zahl der Aufenthalte in Notaufnahmen
• Stationäre und ambulante Behandlungen im Vorjahr
• Selbstvergiftungen im Vorjahr

• Antipsychotische Medikation
• Intoxikation mit Analgetika
• Rezidivierende depressive Episode mit psychotischen Symptomen
• PTSD
• Opioid-Medikation
• Intoxikation mit psychotropen Substanzen
• ADHS
• Benzodiazepine
• Geschlecht

Tabelle 3.1: Prädiktoren des Suizidversuchs bei Jugendlichen
(nach Walsh et al., 2018)

Als weiterer wesentlicher Einflussfaktor muss im Jugendalter auch der sogenannte Werther-Effekt diskutiert werden. Als prominentestes Beispiel kann die rezente Debatte um die populäre Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ gelten. Seit Ausstrahlungsbeginn im März 2017 war die Suizidalität in den USA deutlich angestiegen (Feuer & Havens, 2017). Berechnungen aus den USA haben ergeben, dass es seit April 2017 zu einem 29%igen Anstieg der Suizidrate in den USA bei den 10- bis 17-Jährigen gekommen sei. Der April 2017 habe die höchste Suizidrate seit fünf Jahren in den USA aufgewiesen, die Suizidrate habe bis Dezember 2017 über den zuvor berechneten Werten gelegen. Das bedeutet ein Plus an 195 zusätzlichen Fällen (Bridge et al., 2019).

Betrachtet man den Bereich der Suizidprävention, so muss basierend auf Zalsman et al. (2016) zunächst auf die wirkungsvollen Strategien in der Suizidprävention hingewiesen werden, wie die Kontrolle von Analgetika, die Kontrolle von Hotspots, schulbasierte Awareness-Programme sowie die Behandlung bei Depression. So konnte gezeigt werden, dass die Kontrolle von Analgetika und die Reduktionen der Abgabe in kleineren Packungen zu einer Reduktion an Suiziden und Suizidversuchen führen konnte. Die antisuizidalen Effekte der medikamentösen Behandlung mit Lithium und Clozapin

beschränkt sich auf einzelne Diagnosegruppen und ist für das Kindes- und Jugendalter bisher nicht relevant gewesen.

Schulbasierte Prävention

Bezüglich schulbasierter Awareness-Programme kann zunächst auf das Review von Robinson et al. (2018) verwiesen werden, das 21 Studien einschloss (17 an Schulen, vier an Universitäten). An Schulen wurden sieben randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs) und vier Non-RCTs durchgeführt, wobei 64% positive Effekte im Sinne einer Reduktion von Suizidversuchen oder Suizidgedanken beschreiben konnten. Als gemeinsame positive Elemente wurden von Robinson et al. (2018) Psychoedukationselemente, das Vermitteln von sozialer Unterstützung sowie eine Fertigkeitenvermittlung identifiziert. Als eines der ersten Programme im Bereich der Suizidprävention kann das amerikanische Signs of Suicide (SOS-Programm, siehe Infokasten 3.1: Signs of Suicide) gelten. Hier liegen mehrere Studien vor (N = 2.100 bzw. Replikationsstudie mit N = 4.133). Hier zeigte sich eine geringere Suizidversuchsrate im Dreimonats-Follow-Up, wobei eine Reduktion zwischen 40 und 64% beschrieben werden konnte. Ebenso zeigte sich ein Wissenszuwachs, jedoch keine Zunahme im Hilfesuchverhalten (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Shilling et al., 2016). Als besonders relevant ist in diesem Kontext die Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)-Studie zu nennen. Hier wurden in einer randomisierten kontrollierten Studie mit über 11.000 Teilnehmern aus über elf europäischen Ländern vier Interventionen verglichen: Lehrerfortbildung, ein Schüler-Awareness-Programm, eine Screening-Intervention sowie eine Minimalintervention (Poster und Visitenkarten) (Wasserman et al., 2010). Wie in einer randomisierten kontrollierten Studie von Wasserman et al. (2015) gezeigt werden konnte, zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der Youth Aware of Mental Health Intervention (siehe Infokasten 3.2: SEYLE-Projekt). Die Zahl der Suizidversuche und der Suizidgedanken konnte zwölf Monate nach Durchführung der Intervention halbiert werden (Suizidversuche: OR: 0,45; Suizidgedanken: OR: 0,50).

Auch im Bereich der Suizidintervention ergeben sich durchaus hoffnungsvolle Befunde. So konnte in einem systematischen Review von 21 Studien die deutliche

Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei Jugendlichen mit Suizidversuchen oder Suizidgedanken gezeigt werden (Iyengar et al., 2018).

Infokasten 3.1: Signs Of Suicide (SOS)

- Screening for Mental Health, Inc. entwickelte eine Kombination von zwei Suizidpräventionsprogrammen für Schulen:
 1. Unterrichtsplan, der für Suizid und assoziierte Probleme sensibilisiert
 - Unterrichtsmaterialien: (1) ein Video (Anzeichen von Depression und Suizidalität, empfohlene Reaktionsweisen und reale Interviews von Betroffenen), (2) „Friends for Life“ und (3) ein Diskussionsleitfaden
 2. Screening-Tool, das aus dem Diagnostic Interview Schedule for Children IV (DISC IV) (Shaffer et al., 2000) abgeleitet wird und auf Depressionen und andere Risikofaktoren (v. a. psychische Erkrankung und problematischer Alkoholkonsum) im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten anonym screenend und der Selbsteinschätzung dient
 - Ein Wert von 16 oder höher auf der Columbia Depression Scale (CDS) und von 4 oder höher beim Brief Screen for Adolescent Depression (BSAD) (Lucas et al., 2001) war ein starker Indikator für Depression und führte zur Empfehlung von Hilfsmaßnahmen und dem Einbeziehen erwachsener Bezugspersonen der gefährdeten Schülerinnen und Schüler
- Ziel: Jugendliche sollen lernen, Frühwarnsignale, Anzeichen und Symptome von Suizidalität und Depression zu erkennen und darauf zu reagieren in Form von ACT: Acknowledge, Care and Tell (Aseltine et al., 2007).

Quelle: www.sprc.org/resources-programs/sos-signs-suicide

Infokasten 3.2: Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Projekt

- **Die SEYLE-Studie:** In den Jahren 2009 und 2010 nahmen 11.110 Schülerinnen und Schüler (Durchschnittsalter 15 Jahre) von 168 Schulen aus zehn europäischen Ländern und Israel teil. An jeder Schule wurden drei Primärpräventionen (QPR, YAM, ProfScreen) und eine Minimal-Intervention als Kontrollgruppe durchgeführt.

Ziel: Förderung eines gesunden Verhaltens und Lebensstils, Sensibilisierung, Weitervermittlung von gefährdeten Schülerinnen und Schülern an Helfende und Gesundheitssystem zur Verringerung von psychischen Erkrankungen und Suizidrisiken

- **Interventionen:**

1. Gatekeepertraining: QPR (Question, Persuade, Refer)

- Vierwöchige präventive Schulungsdauer für Lehrerinnen und Lehrer und weiterem Schulpersonal (die im täglichen Kontakt zu Schülerinnen und Schülern stehen)
- Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Identifizierung und Weitervermittlung gefährdeter Schülerinnen und Schüler und zur Stärkung des Hilfesuchverhaltens
- Schulung beinhaltet zweistündige interaktive Vorlesung und einstündige Rollenspielsitzung
- Teilnehmende erhalten QPR-Broschüre zur Suizidprävention (Epidemiologie von suizidalem Verhalten, Risikofaktoren, Mythen und Fakten in Bezug auf Suizid) und Visitenkarten mit Hilfe-Kontakten zur Ausgabe an gefährdete Schülerinnen und Schüler

2. Schülerinnen- und Schüler Awareness Training: Youth Aware of Mental Health Intervention

- Vierwöchiger Zeitraum mit fünf einstündigen Trainingseinheiten in Kombination mit Rollenspielen im Klassenverband zur Sensibilisierung gegenüber eigenen Gefühlen, Umgang mit Stress und Krisen, Depression und Suizidgedanken
- Schülerinnen und Schüler erhalten eine Broschüre und 6 Poster im Klassenraum zu den Themen: Bewusstsein für seelische Gesundheit, Hilfe zur Selbsthilfe, Stress und Krise, Depression und Suizidgedanken, Freundinnen und Freunden helfen und Hilfe in Anspruch nehmen (mit Kontaktdaten von lokalen Hilfsangeboten)
- Ausgabe von Visitenkarten mit regionalen Hilfe-Kontakten

3. Professionelles Screening: ProfScreen

- Vierwöchiger Zeitraum zur Identifizierung gefährdeter Schülerinnen und Schüler
- Screening durch psychologische Skalen im Rahmen der Eingangserhebung, Grenzwert durch Pilotstudie (Universität Heidelberg & NASP am Karolinska Institut) zugewiesen
- Überweisung gefährdeter Schülerinnen und Schüler (oberhalb des Grenzwerts) zur professionellen klinischen Beurteilung an Psychiaterinnen bzw. Psychiater oder klinische Psychologinnen bzw. Psychologen

4. Minimalintervention

- Vergleich mit den anderen Maßnahmen und Prüfung der Kosteneffizienz
- Vierwöchiges Aushängen von sechs Postern zu den sechs Themen und mit Kontaktdaten lokaler Hilfsangebote (vgl. YAM) (Wassermann et al., 2010)

Der beste Outcome war erreichbar bei einer Kombination von intrapersonellen und interpersonellen Interventionen, also etwa der Kombination von Strategien der kognitiven Verhaltenstherapie und familiären und sozialen Unterstützer-Netzwerk-Interventionen. Eine Reduktion von Suizidgedanken zeigte sich unter der Therapie mit DBT-A, MBT-A sowie dem Resourceful Adolescent Parent Programm (siehe Infokästen 3.3–3.5). Insgesamt kann festgehalten werden, dass erfolgreiche Programme einen Einbezug von Familien oder Bezugspersonen aufweisen, ebenso die Vermittlung von Emotionsregulations- und Problemlösefertigkeiten und die

Übermittlung von Kommunikationsfertigkeit. Auch in den systematischen Reviews von Kapusta et al. (2014) sowie von Brent et al. (2013) unter Einschluss von 21 bzw. 17 Studien konnte gezeigt werden, dass sich generell Suizidversuche und Suizidgedanken bei Jugendlichen durch therapeutische Interventionen vermindern lassen. Neben den genannten, in randomisierten Studien evaluierten therapeutischen Interventionen gibt es anderweitig evaluierte therapeutische Ansätze, wie z. B. die Time Limited Psychodynamic Psychotherapy with adolescents and young adults (TAPP), welche in Deutschland derzeit keine Verbreitung hat (Briggs et al. 2018).

Infokasten 3.3: Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)

- Ambulante kognitive Verhaltenstherapie von Jugendlichen mit u. a. Boderline-Symptomatik, v. a. mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten (Rathus & Miller, 2002; Miller et al., 2007)
- Wirkmechanismus: Erlernen von Emotions- und Stressregulation mithilfe von Handwerkzeugen (u. a. Skills, Diary Card, Anspannungskurven, Verhaltensanalysen, Kettenanalysen, Arbeitsblättern), Einübung von Achtsamkeit zentral, um Distanz zu dysfunktionalem Verhalten aufzubauen

Infokasten 3.4: Mentalisierungsbasierte Psychotherapie für Adoleszente (MBT-A)

- Psychotherapeutischer Ansatz zur Behandlung von Schwierigkeiten im Bereich der Affektregulation, die mit Mentalisierungsproblemen assoziiert werden können (Fonagy & Lyten, 2009)
- Wurde für die Arbeit mit Adoleszenten adaptiert und verzeichnet gute Wirksamkeitsnachweise bei der Behandlung selbstverletzender Jugendlicher mit Boderline-Persönlichkeitsstörung
- Kombination von Einzel- und Familiensitzungen, 4-Phasen-Modell mit dem Kernziel, die Mentalisierungsfähigkeit in Situationen mit starker Affektivität zu stärken (Taubner & Volkert, 2016)

Infokasten 3.5: Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P)

- Kompetenzbasiertes Programm für Eltern, um ihr eigenes Selbstwertgefühl und das ihrer Jugendlichen zu verbessern und so ein gesundes Umfeld für die Entwicklung zu bieten und Depression und Suizidalität vorzubeugen
- Besteht in drei Elternsitzungen („Parentsarepeopletoo!“, „What Makes Teenagers Tick“, „Promoting Positive“) und enthält Arbeitsmappen (www.rap.qut.edu.au/programs/rap-p-for-parents).

Institutionen der Suizidprävention im Bereich der Öffentlichkeit und der offenen Kinder- und Jugendarbeit

Eine Vielzahl von Institutionen der Jugendarbeit, Beratungsstellen und Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche ist seit langer Zeit in der Suizidprävention engagiert und stellt niedrigschwellige Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung zur Verfügung. Auch wenn ihre Aktivitäten nicht evidenzbasierten Kriterien unterliegen, ist die Arbeit dieser Institutionen ein zentraler Pfeiler der Suizid-

prävention für diese Alterskohorte. Beispielhaft sei hier sowohl die Organisation neuhland gGmbH in Berlin genannt, die eine Beratungsstelle, einen Krisendienst, Krisenwohnungen und eine Fortbildungsakademie unterhält und seit Jahrzehnten einen besonderen Schwerpunkt auf Suizidprävention legt (siehe Infokasten 3.6). Unter den Institutionen im Bereich der telefon- und onlinebasierten Beratung wird beispielhaft die „Nummer gegen Kummer“ genannt, die spezifische Angebote für Jugendliche vorhält und mit einem erheblichen Anteil die Beratung bei Suizidalität ehrenamtlich leistet (siehe Infokasten 3.7).

Infokasten 3.6: neuhland – Hilfe in Krisen gGmbH, Berlin

Gemeinnütziger Träger im Bereich der Krisenhilfe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Schwerpunkt Suizidprävention.

Beratungsstelle: Zielgruppe: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Krisensituationen, bei Suizidgedanken, nach Suizidversuch, mit selbstverletzendem Verhalten und verschiedenen psychischen Störungen. **Ziel:** Behandlung und Prävention der Suizidgefährdung, Krisenintervention, Einleitung weiterführender Behandlungen. **Angebot:** telefonische und ambulante Krisenintervention, Familiengespräche, Online- und telefonische Beratung, Prävention an Schulen.

Krisendienst im Rahmen des Berliner Krisendienstes: **Zielgruppe:** Personen mit Suizidalität, interpersonellen Konflikten, Trennungserfahrungen, psychischen Problemen und Störungen. **Rahmen:** ambulante und telefonische Beratung, täglich auch an Sonn- und Feiertagen von 16:00–24:00 Uhr (einschl. Bereitschaftsdienst) durch Mitarbeitende aus Psychologie, Sozialer Arbeit und Pädagogik mit psychotherapeutischer Qualifikation.

Krisenwohnung: Therapeutisch-pädagogische Kurzzeit-Wohngruppe zur Bearbeitung von Krisen. Die acht Plätze befinden sich in einer großen Altbauwohnung am Nikolsburger Platz in Berlin-Wilmersdorf.

Zielgruppe: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (13–19 Jahre), die sich in einer Krise befinden und wegen Suizidgefährdung, selbstschädigenden Verhaltens und psychischer Auffälligkeiten vorübergehend außerhalb ihres Lebensumfeldes betreut werden müssen.

neuhland Akademie für Fort- und Weiterbildung

Zielgruppe: Gesundheits-, pädagogische und Sozialberufe

Beispielhaft ausgewählte **aktuelle Fortbildungen:**

- Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen – Online-Fortbildung 04.06.2021 und 20.08.2021
- Den Schmerz sichtbar machen – pädagogisches Handeln bei selbstschädigendem Verhalten 11.06.2021
- Selbstbestimmung und ihre Grenzen 08.10.2021
- Suizidgefährdung bei jungen Erwachsenen – hilfreiche Handlungsstrategien in der Betreuung 08.11.2021
- Ich gegen mich – Verständnis und Behandlung von selbst-feindlichem Verhalten 06.12.2021

Quelle: www.neuhland.net/startseite.html

Infokasten 3.7: NummergegenKummer: Kinder- und Jugendtelefon 116111

Kostenlose telefonische und Online-Beratung für Kinder und Jugendliche von montags bis samstags von 14–20 Uhr. Die Beratung erfolgt durch ehrenamtliche ausgebildete Beraterinnen und Berater und durch ebenfalls in Beratung ausgebildete Peers (Jugendliche beraten Jugendliche).

Die Nummer gegen Kummer führte in 2020 97.046 telefonische Beratungen für Kinder und Jugendliche durch. Unter den 7.288 Gesprächen in 2020 mit den Themen „Sucht und selbstschädigendes Verhalten“ betrafen 32,3% Suizidgedanken und -versuche. Das Thema wird doppelt so häufig von weiblichen als von männlichen Personen angesprochen, wobei insgesamt 58,4% der Anrufenden männlich, 40,2% weiblich und 0,3% Jugendliche ohne Geschlechtspräferenz waren. Zwischen 2019 und 2020 nahm das Thema „Sucht und selbstgefährdendes Verhalten“ um 1,9% zu.

Quelle: www.nummergegenkummer.de/wp-content/uploads/2021/03/2020_Statistik_KJT.pdf

Leitlinien

Im Jahr 2016 wurden die S2K-Leitlinien der AWMF im Umgang mit suizidalen Kinder- und Jugendlichen veröffentlicht (AWMF, 2016, siehe Infokasten 3.8). Auch darin wurde auf die zuvor angesprochene Wichtigkeit des Einbezugs von Familienmitgliedern bei der Psychotherapie Bezug genommen. Hinsichtlich der psycho-

pharmakologischen Behandlung wurde festgehalten, dass zur akuten medikamentösen Reduktion bei akuter Suizidalität sedierende Maßnahmen geeignet sein können, ohne dass auf eine spezifische Medikation verwiesen wurde. Des Weiteren sollten selbstverständlich psychische Erkrankungen, die sich bei Suizidalität verschlechtern, leitlinienspezifisch betreut werden (AWMF, 2016).

Infokasten 3.8: S2K-Leitlinien der AWMF im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen (AWMF 2016)

- **Ziel der Leitlinie:** Erarbeitung eines interdisziplinären Konsenses zur klinischen Behandlung bzgl. Aspekten, zu denen noch keine Evidenz bestand
- Darstellungen einer einheitlichen Klassifikation und diagnostischer Option
- Präsentation aktueller Erkenntnisse der Therapieforschung
- **Universelle Suizidprävention:**
 - „Fertigkeitstrainings“ (Gruppentrainingsprogramme für Fertigkeiten wie z.B. Coping-Strategien)
 - „Awareness-Interventionen“ wie „Signs of Suicide (SOS)“ (aufklärende und psychoedukative Unterrichtseinheiten)
- **Selektive Suizidprävention:**
 - „Screening-Interventionen“ zur Identifizierung und Aussprache von Behandlungsempfehlungen von gefährdeten Kindern und Jugendlichen
 - „Gatekeeper-Trainings“ als Schulung von erwachsenen Bezugspersonen wie das QPR (Question, Persude, Refer)-Training (www.qprinstitute.com/about-qpr; Quinnett, 2007)
 - Die Programme „Reconnecting Youth“ (Eggert et al., 1995) und „Coping and Support Training“ (Randell et al., 2001) aus den USA und das europäische „Saving and Empowering Youth Lives in Europa“ (SEYLE) – Gesundheitsförderung durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen“ (Wasserman et al., 2010) wurden durch randomisiert kontrollierte Studien als wirksam zur Reduktion suizidalen Verhaltens getestet
- Wirksamkeitsnachweise von Maßnahmenpaketen des Vereins Deutsches Bündnis gegen Depression (www.buendnis-depression.de) und onlinebasierten Suizidpräventionsprogrammen, z.B. Life-Line (Weinhardt, 2006), U25 (Stich, 2008), Freunde fürs Leben (www.frnds.de), stehen noch aus
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Methoden
- Presse-Richtlinien zur Suizidberichterstattung wie u.a. regelmäßig aktualisierte Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien durch das NaSPro (www.suizidpraevention.de/aktuelles.html) (DGKJP e.V., 2016).

3.1 Aktueller Stand der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen

3.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen

Für die Beantwortung der Problemlagen, denen sich der Bereich der Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter gegenübersteht, wurde eine Online-Befragung durchgeführt, deren methodische Grundlagen wie auch differenzierte Ergebnisse im Anhang zu finden sind (siehe Anhang – 3.5.1 Methodik und Ergebnisse der Online-Befragung).

Die Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter steht vor mehreren Problemlagen:

- die direkte Ansprechbarkeit der Klientel
- die Notwendigkeit der Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg
- die mangelnde Finanzierung
- die erschwerte Beforschbarkeit suizidpräventiver Maßnahmen

a) Direkte Ansprechbarkeit der Klientel

Maßnahmen der Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter betreffen eine Klientel, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies hat zur Folge, dass für Maßnahmen, die suizidprotektiv wirksam sein können – wie etwa die Teilnahme an Maßnahmen der schulischen Suizidprävention oder aber auch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung einer psychischen Erkrankung –, die Zustimmung von Erziehungsberechtigten notwendig wird. Zwar besteht die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Inanspruchnahme von Heilbehandlung ohne Wissen oder sogar gegen das explizite Einverständnis von Sorgeberechtigten, jedoch ist dies in aller Regel mit einem Prozess der Auseinandersetzung verbunden, der die Schwelle zur Inanspruchnahme von Hilfen deutlich erhöht.

Es ist daher zu fordern, dass der Zugang zu Beratungsstellen, psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe (evtl. auch im Sinne von spezifischen Krisendiensten) oder auch zu suizidpräventiven Angeboten im schulischen Rahmen von der Zustimmung der Erziehungsberechtigten entkoppelt wird.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass gerade Jugendliche den Weg in eine „klassische“ Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung nur schwer finden. Hier sollten die Beforschung und der Ausbau von Online-Angeboten in der Beratung, aber auch in der Therapie von Kindern und Jugendlichen, durch entsprechende Förderung weiter gestärkt werden, um ein therapeutisches Format anbieten zu können, welches das Potential hat, die Schwelle zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu senken.

Ein Weg, der die Inanspruchnahme von Hilfen verstärken könnte, ohne stigmatisierend zu wirken, kann in einer **Stärkung von Hilfsangeboten** liegen, die **direkt an Schulen** verortet werden. Während in anderen Ländern das Vorhalten von school nurses ein Standardangebot darstellt, wird dieses System in Deutschland wenig verfolgt. Hier bietet sich die Gelegenheit, mit der Schulpsychologie, der Schulsozialarbeit und den Beratungslehrern ein niedrigschwelliges Angebot an den Schulen zu implementieren, das erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung stellt. Ein Angebot, das eine stärkere Vernetzung zwischen Schulen und therapeutischen Hilfestellungen anstrebt, wird derzeit gerade im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projekts beforscht (<https://ccschool.de/>).

b) Notwendigkeit der Zusammenarbeit über Systemgrenzen

Schulbasierte Suizidpräventionsprogramme, Beratungsangebote (oft von freien Trägern oder durch Spenden finanziert) und psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung müssen besser vernetzt werden.

c) *Mangelnde Finanzierung*

Die zuvor skizzierten verschiedenen Systeme erschweren auch die Finanzierung im Sinne eines durchgängigen Konzeptes. So bleiben Suizidpräventionsprogramme, die eine Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure anstreben, meistens regional beschränkt. Zu fordern wäre hier aber ein einheitliches, bundesweites Vorgehen, das in Anlehnung an bereits existierende regionale Netze (z. B. Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FranS), Thüringer Netzwerk oder regionale Projekte wie „Talk to me“ in Aschaffenburg, die diversen „Arbeitskreise Leben“ in Süddeutschland) eine durchgängige Struktur vorhält, an der sich solche Netzwerke orientieren können. Dafür wird eine zusätzliche Finanzierung benötigt, die der Struktur, die über die bereits existierenden Systeme hinausgeht, und dem dadurch bedingten Organisationsaufwand Rechnung trägt.

d) *Die erschwerte Beforschbarkeit*

Ähnlich wie bereits unter Punkt a) dargestellt, ist die Beforschbarkeit suizidpräventiver Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen vor dem 18. Lebensjahr eingeschränkt, weil die Einwilligung der Eltern erforderlich ist, was zum einen aufwendig und zum anderen nicht immer möglich ist.

3.1.2 Darstellung der relevanten Akteurinnen und Akteure im Kinder- und Jugendbereich

Die Darstellung orientiert sich im Folgenden an den unterschiedlichen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, die auch Adressatinnen und Adressaten unserer Online-Umfrage waren:

- Schule und Ausbildung:
 - Schulpsychologie
 - Beratungslehrerinnen und -lehrer
 - Schulsozialarbeit
- Familie/Jugendhilfe:
 - Jugendhilfe-Trägerorganisationen
 - Amt für Jugend und Familie
- Freizeit und Lebenswelten:
 - Sportverbände: DSB, NaSPro-Gruppe Leistungssport
 - Interessensvertretungen von Gruppen mit erhöhtem Risiko: LGBT, Migranten- und Flüchtlingsorganisationen
 - Kirchliche Jugendarbeit
 - Jugendstrafvollzug
- Übergeordnet:
 - Deutsche Bahn
 - Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Gesundheitsbereich:
 - Krankenkassen
 - Primäre Gesundheitsversorgung: Pädiaterinnen und Pädiater, Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Gynäkologinnen und Gynäkologen
 - Spezifische psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung
- Medien:
 - Anbietende von Online-Beratung/Therapie/Information
 - Medienpädagogische Plattformen
 - Anbietende der „großen“ sozialen Medien (Instagram, Snapchat, ...)

3.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich

Bislang besteht kein bundesweites, suizidpräventives Angebot in den genannten Bereichen. Zwar existieren regional organisierte Netzwerke, die mehrere Handlungsfelder in einer lokal orientierten Strategie zusammenführen, diese sind jedoch nicht flächendeckend vorhanden.

International ist als aktuellste Veröffentlichung einer Übersichtsarbeit im Sinne eines systematischen Reviews und einer Meta-Analyse die Arbeit von Robinson

et al. (2018) zu erwähnen, die 99 Originalarbeiten (davon 48 RCTs) zur Suizidprävention bei Jugendlichen zusammengefasst hat und eine Wirksamkeit von Interventionen vor allem in klinischen Settings und im Schulsetting beschreibt.

Hier sind in Bezug auf die Literaturrecherche demnach lediglich zwei Projekte mit deutscher Beteiligung zu nennen, die sich dort finden lassen:

Hinsichtlich evidenzbasierter Suizidpräventionsliteratur ist auf das EU-geförderte Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Projekt zu verweisen, an dem auch das deutsche Studienzentrum in Heidelberg (Prof. Kaess, Prof. Brunner) beteiligt war, sodass

diese europaweite Studie zur schulbasierten Suizidprävention auch unter Beteiligung deutscher Schülerinnen und Schüler stattfand, die in den Datensatz Eingang fanden. Dabei zeigte sich in einer RCT ein deutlicher Effekt im Sinne einer Reduktion von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei der Youth Aware of Mental Health Intervention (Wasserman et al., 2015).

Im Projekt „Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten“ wurde der Einfluss eines Trainings von Schulpersonal in den Bereichen Umgang mit Suizidalität und Selbstverletzung beforscht, wobei sich Wissenszuwächse und eine gesteigerte Handlungssicherheit zeigen ließen (Brown et al., 2018, siehe Infokasten 3.9).

Infokasten 3.9: Modell 4S in Baden-Württemberg: Schulen stark machen gegen Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten

- kostenfreie 1,5-tägige (1. Tag nicht-suizidale Selbstverletzungen (NSSI), 2. Tag Suizidalität) Workshops für alle Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter und Lehrerinnen und Lehrer in Baden-Württemberg
- Workshop-Leitung: eine Psychiaterin/ein Psychiater für Kinder- und Jugendliche und drei Psychologinnen bzw. Psychologen mit Erfahrungen in der Arbeit mit NSSI und Suizidalität
- Präsentationen zur Epidemiologie, Ätiologie und Videoclips zu Risikofaktoren von NSSI/Suizidalität, Video-Feedback-gestützte Rollenspiele, um auf NSSI zu reagieren, nach Suizidalität zu fragen und das Stärken von Hilfesuchverhalten (durch zweistündige Sitzung mit Video zur evidenzbasierten Methode „Therapeutic Assessment“; Ougrin et al., 2010) zu üben. Abschlussmodul zu rechtlichen Themen (u.a. wann/wie werden Eltern und Schulverwaltung einbezogen?) und Worst-Case-Szenarien (u.a. wann Polizei alarmieren?).

3.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen entgegenstehen

3.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention entgegenstehen

Kein gemeinschaftliches Konzept der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen

Die aktuelle Lage der Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland zeigt bisher kein gemeinschaftliches Konzept. Dort, wo in Deutschland Netzwerke zur Suizidprävention bestehen, die verschiedene Systempartner integrieren, bleiben diese zumeist auf regionale Strukturen beschränkt (z. B. Frankfurt, Dresden) und unterscheiden sich auch untereinander aufgrund ihres regionalen Fokus hinsichtlich der Strategien und der beteiligten Stakeholderinnen und Stakeholder. Es fehlt eine Stelle, die – auf Bundesebene angesiedelt – eine Vernetzung dieser Angebote sowie eine Standardisierung vorantreibt und die auch als zentrale Anlaufstelle für hilfeschuchende Kinder und Jugendliche agieren könnte.

Keine spezifische Ausbildung zur Suizidprävention bei Professionellen

Vielfach fehlt eine spezifische Ausbildung der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in allen beteiligten Berufsgruppen (z. B. Lehrerinnen und Lehrer, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter, Jugendhilfemitarbeitende, Mitarbeitende der Agentur für Arbeit). Eine entsprechende Schulung bereits im Studium wäre wünschenswert.

Angebote nur selten wissenschaftlich evaluiert

Es existiert bislang eine Vielzahl von Angeboten, von denen aber nur wenige wissenschaftlich evaluiert wurden und einen suizidpräventiven Effekt belegen konnten. Als bedeutendes Beispiel sind hier die Ergeb-

nisse der zuvor erwähnten SEYLE-Studie zu nennen, die (auch aufgrund der hohen Fallzahl) die Effektivität eines schulbasierten Präventionsprogrammes belegen konnten. Um solche Effekte darstellen zu können, bedarf es Studien mit hoher Fallzahl, was wiederum die Forderung aufwirft, Forschung im Bereich Suizidprävention finanziell deutlich besser auszustatten, um regional erfolgreiche Projekte auch wissenschaftlich evaluieren zu können und somit auch taugliche Alltagsmodelle zu finden. Solche Studien sind neben den finanziellen Mitteln auch immer auf die Kooperation mit Schulen angewiesen. Hier würde ein klares Bekenntnis der Kultusministerkonferenz zur Wichtigkeit schulischer Unterstützung von Forschung den Willen zur weiteren Beforschung und damit die Schaffung evidenzbasierter Strategien unterstreichen. Da sich Schulen heute schon verschiedentlich um Präventionsmöglichkeiten kümmern, dafür aber meist nur ein begrenztes Budget zur Verfügung steht, sollte eine externe Qualitätsüberprüfung suizidpräventiver Maßnahmen durch eine übergeordnete Stelle im Sinne der Qualitätssicherung erfolgen. So sollte für interessierte Schulleiterinnen und Schulleiter anhand eines Zertifikats ersichtlich sein, ob angebotene Präventionsprogramme bereits einen wissenschaftlich überprüften Nutzen bringen oder ob ein solcher Nachweis für ein Programm noch aussteht.

Die finanzielle Förderung von Maßnahmen im Bereich Suizidalität – etwa im Rahmen von Stiftungen – ist aufgrund der immer noch anhaltenden Tabuisierung des Themas weiterhin schwierig. An dieser Stelle sind öffentliche Fördergelder notwendig, um eine Weiterentwicklung der Forschung zu unterstützen. Die Frage nach der Finanzierung von Suizidpräventionsprojekten schließt sich daran an. Durch die schon mehrfach dargestellten Systemgrenzen kann eine Förderung nur übergreifend und nicht begrenzt auf spezifische Handlungsfelder (und deren Finanzierung) zum Erfolg führen.

Die Tatsache, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung einen Risikofaktor für die Entwicklung suizidalen Verhaltens darstellt, bedingt auch, dass eine Optimierung der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung angestrebt werden muss. Im medizinischen Sektor wäre auch eine Schulung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheil-

kunde sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Erkennung von Risikofaktoren und dem Ansprechen akuter Suizidalität bei Verdachtsfällen wesentlich. Der Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie auch -psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten und (teil-)stationären Bereich ist anzustreben, sodass Wartezeiten verkürzt werden können, um möglichst schnell ein adäquates Behandlungssetting anbieten zu können.

3.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

Im Bereich der Online-Beratung wurde das Peer-Hilfsangebot U25, das Online-Hilfe für suizidgefährdete Jugendliche anbietet, mit Unterstützung des Caritasverbandes und des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend verstetigt (www.u25-deutschland.de). Hier findet sich eine lange bestehende Beratungsstruktur, die ein niedrighschwelliges Angebot vorhält, das für Jugendliche eine hohe Attraktivität besitzen kann. Ein weiterer Ausbau wäre wünschenswert, da nach Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern von U25 der Bedarf immer noch die Kapazitäten übersteigt.

Erste punktuelle Schulungsangebote für Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter und Lehrkräfte existieren (z. B. Modellprojekt 4S in Baden-Württemberg). Diese sollten weiter evaluiert und auf andere Bundesländer ausgeweitet werden.

In vielen Schulen finden sich mittlerweile strukturierte Handreichungen für den Umgang mit dem Suizid von Schülerinnen und Schülern. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Es sollte aber durch weitere Schulungsmaßnahmen dafür gesorgt werden, dass diese Informationen auch im Lehrerkollegium geteilt werden und in den Schulen spezifische Krisenpläne im Sinne von „Schulprotokollen“ ausgearbeitet werden, um Situationen, in denen der Verdacht auf akute Suizidalität bei einer Schülerin bzw. einem Schüler besteht, adäquat reagiert werden kann.

Im Rahmen des SEYLE-Projekts wurde unter Beteiligung von Forschenden in Heidelberg die Wirksamkeit schulbasierter Suizidprävention untersucht. Entsprechende Materialien und Schulungsprogramme in deutscher Sprache stehen zur Verfügung. Hier fehlt es jedoch an einer flächendeckenden Umsetzung. So wäre eine bundesweite Initiative anzustreben, die bekannt wirksame Maßnahmen zur Suizidprävention für alle Schulen vorhält.

Die klinischen Vorstellungen aufgrund von Suizidandrohungen in sozialen Netzen, die von der Polizei initiiert werden, die von Peers oder Eltern auf Verdachtsfälle hingewiesen wird, sind zu begrüßen. Auch hier könnte eine Schulung von Beamtinnen und Beamten des LKA eine Verbesserung der Versorgungssituation im Akutfall bewirken.

Die bereits erwähnten Potentiale von onlinegestützten Beratungsplattformen sollten dennoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass onlinebasierte (soziale) Medien auch einen großen Risikofaktor für suizidale Dynamiken darstellen können und mitunter auch als Medium genutzt werden, um suizidale Inhalte darzustellen. Hier wird es darum gehen müssen, ein Risikomonitoring zu gewährleisten. In diesem Bereich ist jugendschutz.net bereits seit vielen Jahren tätig (siehe auch Bericht der TPG „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“ und Infokasten 3.10). Hier sollte ein Ausbau der Kapazitäten stattfinden, um eine bessere Sichtung der Inhalte ermöglichen zu können.

Infokasten 3.10: Suizidprävention durch jugendschutz.net

- Risikomonitoring in Bezug auf Selbstgefährdung:
 1. Digitale Lebensrealitäten: Kontinuierliche Überwachung von Geräten, Diensten und Szenen, die für die Internetnutzung von Kindern und Jugendlichen bedeutsam sind
 2. Reale Risiken: Gleichzeitiges Recherchieren von Gefährdungs- und Beeinträchtigungspotenzialen durch das Monitoring
 3. Beurteilung von Schutzkonzepten in kind- und jugendaffinen Diensten (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/bericht2019.pdf) (jugendschutz.net, 2020).
- Empfehlungen für die Berichterstattung zum Thema Suizid und Internet in Kooperation mit AG Medien & DGS (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Berichterstattungsempfehlungen.pdf)
- Praxisleitfaden zur Unterstützung von Social-Media-Plattformen bei der Bewertung von Selbstgefährdung (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Best_Practice_Paper_Selbstgefaehrdung.pdf)
- Jugendschutz.net nimmt Hinweise auf Inhalte, die gefährliche Challenges und Mutproben zeigen und/oder zur Teilnahme auffordern, entgegen, zudem Aufklärung und Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Suizid-Challenges wie „Blue Whale“ oder „Momo“ im Internet (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Praxisinfo_Gefaehrliche_Online-Challenges_Mutproben.pdf)
- Liste von Beratungsstellen in Bezug auf Suizid und selbstverletzendes Verhalten (u25.de, fideo.de, neuhland.net, psychotherapie.de, star-projekt.de) (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Beratungsstellen_Selbstgefaehrdung.pdf)

Die bestehenden Empfehlungen zur Berichterstattung in Medien sollten in diesem Zusammenhang auch Betreibern von Websites kommuniziert werden. Dies schließt auch Serien oder Filme ein, in denen Suizidalität glorifiziert wird und die für Kinder oder Jugendliche ein hohes Identifikationspotential bieten könnten, oder „challenges“, im Zuge derer suizidales Verhalten forciert wird.

3.3.1 Review der für Deutschland relevanten Vorschläge für weitere effiziente Maßnahmen

Die hier vorgestellten Maßnahmen erfordern Anpassungen in verschiedenen Systemen und benötigen eine Finanzierung, die bislang nicht vorhanden ist und zusätzlich geleistet werden müsste.

Flächendeckende regulatorische Maßnahmen wie die Begrenzung der Abgabemenge von Over-the-counter-Analgetika und ein striktes Waffengesetz wurden in der

Vergangenheit umgesetzt und müssen beibehalten werden. Zudem sind Barrieremethoden an hotspots, aber auch an Gleiskörpern, weiter voranzutreiben, bedenkt man, dass das Überrollenlassen zu den drei häufigsten Suizidarten in Deutschland in dieser Altersgruppe zählt. Die häufigsten Suizidmethoden (Erhängen, Überrollenlassen, Sprung aus großer Höhe) sind in den vergangenen Jahren unverändert geblieben und auch im europäischen Kontext bei Jugendlichen am häufigsten anzutreffen (Kokkevi et al., 2011). Um auf zukünftige Entwicklungen im Bereich der Suizidmethoden rasch reagieren zu können, wird ein Monitoring von einschlägigen Websites oder Foren empfohlen. Um die statistische Erfassung zu erleichtern, sollte es zu einer genaueren Erfassung der Altersgruppen kommen (differenzierter als in 5-Jahresclustern: 10–15, 15–29 Jahre), da aufgrund der rasanten Entwicklungssprünge in der Adoleszenz die Gruppe der 10- bis 15-Jährigen sehr inhomogen ist und die Gruppe der 15- bis 20-Jährigen mit Erreichen der Volljährigkeit auch eine natürliche lebensgeschichtliche Zäsur beinhaltet. Wünschenswert wären hier etwa 2-Jahres-Abstände.

Es herrscht Einigkeit darüber, dass effektive schulbasierte Präventionsmaßnahmen existieren. Es stehen evidenzbasierte, ausgearbeitete Programme in deutscher Sprache zur Verfügung. Diese müssen auch im schulischen Kontext zur Anwendung kommen. Hierzu wird es notwendig sein, entsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen und unter Zustimmung und mit Empfehlung der Kultusministerkonferenz das Handlungsfeld Schule auch bundesweit als Ort der universellen Suizidprävention zu nutzen. Programme dürfen aber nicht auf den schulischen Rahmen begrenzt bleiben, sondern müssen auch jene Jugendliche ansprechen, die sich in Ausbildung befinden oder bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind. Es sollte angestrebt werden, dass jeder Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr in Deutschland an einem evidenzbasierten Suizidpräventionsprogramm teilgenommen hat.

Basierend auf den Erfahrungen evidenzbasierter Programme im Schulbereich ist die Peer-Arbeit auch für andere Bereiche als relevant zu bezeichnen. So muss in Einrichtungen der Jugendhilfe oder in anderen Einrichtungen der Jugendarbeit, aufbauend auf den Ansätzen aus der schulischen Suizidprävention (z. B. des Acknowledge-Care-Tell), eine Sensibilisierung für die Thematik stattfinden, um gefährdete Jugendliche durch Peers anzusprechen. Eine ähnliche Vorgehensweise wäre auch im Bereich der Freizeitangebote (etwa Sportvereine) wünschenswert.

Der Ausbau von kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten muss erfolgen, um eine schnelle Hilfe für psychisch erkrankte Jugendliche anbieten zu können. Hier wäre vor allem die Ausbildung in evidenzbasierten Verfahren zum Umgang

mit akut suizidalen Jugendlichen wesentlich, wie etwa DBT-A, MBT A, Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) oder Therapeutic Assessment (TA). Ein besonderes Augenmerk muss hier auch vermehrt auf die Entlassplanung und engermaschige Begleitung nach Entlassung aus dem stationären Rahmen gelegt werden, etwa im Sinne einer Verknüpfung von Safety Planning Interventionen mit Smartphone-basierten Anwendungen, die eine Begleitung im Alltag ermöglichen (Kennard et al., 2018). Es braucht in diesem Bereich auch vermehrt Forschungsarbeit, um mögliche Schwellen in der Inanspruchnahme von Hilfe zu identifizieren und passgenauere Angebote für Jugendliche zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang ist ein Ausbau des Sektors der onlinegestützten Hilfen notwendig. So ist hier einerseits das Angebot einer anonymen Onlineberatung wichtig, andererseits sollten auch Projekte gefördert werden, die sich mit der Wirksamkeit onlinebasierter Psychotherapie auseinandersetzen. Im Bereich der Online-Interventionen sollte auch vermehrt auf Rollenmodelle zurückgegriffen werden, also die Thematisierung der Krisenbewältigung durch Influencerinnen und Influencer im Sinne eines „Papageno-Effekts“ (Niederkrotenthaler et al., 2010) verfolgt werden.

Im Bereich des Strafvollzuges, in dem ebenfalls hohe Raten an Suizidalität bei Jugendlichen berichtet wurden (Radeloff et al., 2016), braucht es eine eingehendere Befassung unter Einbezug von Modellen, die bereits im Erwachsenen-Strafvollzug angewandt werden.

Um das Framework von Mrazek und Haggerty (1994) zu benutzen, können daher folgende Strategien angedacht werden:

Präventionsform	Maßnahmen
Universell	Schulbasierte Prävention
	Informationskampagnen zu unterstützenden Maßnahmen (BZgA) und Enttabuisierung
	Regulatorische Eingriffe: Begrenzung von Packungsgrößen, Restriktion der Suizidmittel
	Schulung von Menschen, die im Kontext Schule/Ausbildung arbeiten
	Schulung von Ärztinnen und Ärzten, die Jugendliche behandeln

Präventionsform	Maßnahmen
Selektiv	Schnelle und evidenzbasierte Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche
	Interventionen für Risikogruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Survivor (hier gemeint als Angehörige von Menschen, die einen Suizid verübt haben, sowie als Überlebende von Suizidversuchen) • LGBT • Jugendliche im Justizvollzug • NSSV • Kinder/Jugendliche mit Mobbing Erfahrung • Migrations- und Fluchterfahrung
	Anlaufstellen für Jugendliche mit Suizidgedanken schaffen: <ul style="list-style-type: none"> • online/telefonisch • Google für Suchanfragen bei Suizidalität für Hilfsangebote optimieren
Indiziert	Spezifische Therapieverfahren für Jugendliche nach einem Suizidversuch als Prävention neuer Ereignisse
	Einführung von Notfallplänen nach Suizidversuch in Kliniken

3.3.2 Bewertung, Priorisierung und Begründung der ausgewählten Strategien und Maßnahmen

3.3.2.1 Koordination und Förderung bundesweiter, regionaler und sektorenspezifischer Maßnahmen

Als weitere evidenzbasierte Maßnahme ist eine bundesweit flächendeckende Anwendung der schulbasierten Youth Aware of Mental Health Intervention zu fordern, die über die KMK in die Länder getragen wird. Hierzu bedarf es der Vorhaltung einer Struktur, die als Präventionsanbieter das Programm an den Schulen durchführt.

Im Bereich des Angebots von anonymen Online-Hilfformen (Beratung per E-Mail, Messenger, im Chat oder telefonisch) und auch der Weiterentwicklung von Online-Therapieangeboten ist eine zweigleisige Strategie vonnöten. Zum einen soll ein bundesweiter Ausbau bewährter und bestehender Strukturen wie das Projekt U25 finanziell abgesichert werden, zum anderen be-

darf es der Entwicklung neuer Projekte, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit geprüft werden, um für die nächsten Jahrzehnte evidenzbasierte Programme vorhalten zu können.

3.3.2.2 Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung

Als längerfristiges Ziel ist ein weiterer Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung, vor allem im Bereich des Angebots nachweislich wirksamer Programme zur Reduktion suicidalen Verhaltens (DBT-A, MBT-A, CBT), zu forcieren. Bislang ist das Angebot in diesen spezifischen Verfahren lückenhaft. Im medizinischen Sektor sollte zudem ein Weiterbildungscurriculum für Ärztinnen- und Ärztegruppen, die Kinder und Jugendliche sehen (Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie), entwickelt werden, das Teilnehmende befähigt, Suizidalität zu explorieren und erste Handlungsschritte zu setzen.

3.3.2.3 Sicherung von Hotspots und Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln

Um eine Priorisierung der Maßnahmen vorzunehmen, ist zunächst eine Ausrichtung an der vorhandenen Evidenz vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund sind die vielfach beschriebenen Effekte der Sicherung von Hotspots sowie der Einschränkung zum Zugang zu Suizid-

mitteln zu priorisieren, wobei es sich hierbei in aller Regel um Interventionen handelt, die einen gesetzgeberischen, regulatorischen Bedarf nach sich ziehen (Einschränkung des Zugangs) bzw. einen regionalen Handlungsbedarf (Abschirmung von Bahnstrecken und Brücken) mit einem finanziellen Aufwand bedingen. Weitere Maßnahmen und Vorschläge befinden sich im Bericht zur Restriktion der Verfügbarkeit von Methoden und Mitteln (siehe S. 59).

3.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Konkret werden zwei Maßnahmenbereiche priorisiert, unter denen sich spezifische Maßnahmen, Förderungen und Projektvorschläge befinden.

- Koordination und Förderung bundesweiter, regionaler und sektorenspezifischer Maßnahmen
- Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Beratung, Therapie und Prävention

Koordination und Förderung bundesweiter, regionaler und sektorenspezifischer Maßnahmen

In einem erheblich sektorsierten Feld wie dem der Kinder- und Jugendarbeit ist die Schaffung einer zentralen Institution zur bundesweiten Koordination der Suizidprävention essentiell. Im Kinder- und Jugendbereich sollte sie folgende Aufgaben übernehmen bzw. an ihrer Anregung, Förderung und Koordination entscheidend mitwirken:

- Suizidprävention im öffentlichen Raum stärken und Enttabuisierung betreiben: Das Thema Suizidalität sollte enttabuisiert und Hilfsangebote auch im öffentlichen Raum vermittelt werden. Hierbei wäre es wesentlich, Orte zu wählen, die von Jugendlichen frequentiert werden (u.a. öffentlicher Nahverkehr, Bahnhöfe, Schultoiletten, Gynäkologie).

- Einführung von Standards in der Prävention: Notwendigkeit einer unabhängigen zentralen Datenbank, in der solche Strategien gesammelt werden (Suizidalität, Mobbing, Gewalt etc.), sodass bei Bedarf Schulleiterinnen und Schulleiter leichten Überblick darüber bekommen können, welche Programme zur Verfügung stehen und empfehlenswert sind.

Die Zielgruppe, die von diesem Schritt profitiert, sind Schulleiterinnen und Schulleiter sowie Verantwortungstragende im Bildungssystem, denen dadurch ein Überblick über verschiedene Programme und Anbietende von Präventionsprogrammen ermöglicht wird, die extern und unabhängig bewertet werden. Eine solche Datenbank sollte von einer unabhängigen Stelle betrieben werden, die Erfahrung mit der Bewertung von evidenzbasierten Maßnahmen besitzt.

- Schaffung regionaler Netzwerke, die Fachgrenzen überwinden. Diese bestehen vor Ort aus Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsbereichs (Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten), Vertreterinnen und Vertretern von Schulen, Mitarbeitenden der Jugendhilfe, Vertreterinnen und Vertretern von Vereinen.

Diese Vernetzungsarbeit soll die Weitervermittlung gefährdeter Kinder und Jugendlicher in ein passgenaues Hilfesystem erleichtern. Solche Netzwerke sind in manchen Regionen Deutschlands bereits installiert, eine Meta-Struktur, die verschiedene Netzwerke zusammenführt und auch Qualitätsmerkmale und Empfehlungen für die Schaffung neuer Netzwerke erarbeitet, fehlt jedoch.

- Als Bindeglied sollen Informationen über regionale Anlaufstellen für professionelle Hilfen über eine stetig aktuell zu haltende Plattform (gefördert durch das BMG) erhältlich sein. Als Beispiel sei hier auf www.suchthilfeverzeichnis.de hingewiesen, welches durch das BMG gefördert wird.

Von der Schaffung einer solchen Infrastruktur könnten Angehörige mehrerer Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen, profitieren: Schulpersonal, Angehörige der Heilberufe, Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe etc. Auch hier ist es wichtig, diese Plattform von einer unabhängigen Stelle aus zu betreiben.

Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Versorgung, Therapie und Prävention

- Ausbildung des Personals an Schulen, in Agenturen für Arbeit und in der Jugendhilfe verbessern (Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, Betreuerinnen und Betreuer in der Agentur für Arbeit, Betreuerinnen und Betreuer in Einrichtungen der Jugendhilfe).

Die Finanzierung im Sinne von Weiterbildungsangeboten muss zusätzlich erfolgen, es ist auch daran zu denken, entsprechende Freistellungen von der Arbeit zu ermöglichen, um die Teilnahme an solchen Weiterbildungen zu forcieren. Am kostensparendsten wäre als erster Schritt, die Aufnahme entsprechender Schulungsangebote in Curricula für angehende Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer zu implementieren, was aber nur dann kostenneutral möglich sein wird, wenn andere Inhalte dadurch gekürzt werden.

- **In Schulen:** Ressourcen schaffen für evidenzbasierte Präventionsprogramme – Konnex zur Mobbing-Prävention im schulischen Rahmen. Dafür benötigt es eine Plattform, auf der Programme unabhängig bewertet und dargestellt werden.

Der Adressat dieser Maßnahme sind direkt Jugendliche, die die Schule besuchen. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass auch Jugendliche in Ausbildung (etwa in der Struktur der Berufsschulen) ein Anrecht haben sollten, an diesen Programmen teilzunehmen.

- **Auf regionaler Ebene:** Erstellung von „Schulprotokollen“ auf Einzel-Schul-Ebene zum Umgang mit Suizidalität an der jeweiligen Schule.

Diese Angebote sollten ebenfalls auf bereits entwickelten und bestehenden Modellen (siehe etwa Projekt 4S) fußen. Auch solche Angebote könnten auf entsprechenden Plattformen für Angehörige der Schuladministration veröffentlicht werden.

- **Klärung der rechtlichen Lage:** Informationsweitergabe an die Erziehungsberechtigten bei vorliegendem Wunsch auf Verschwiegenheit eines Jugendlichen: berufsgruppenspezifische Klärung (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Lehrerinnen und Lehrer etc.) und Dissemination dieses Wissens.

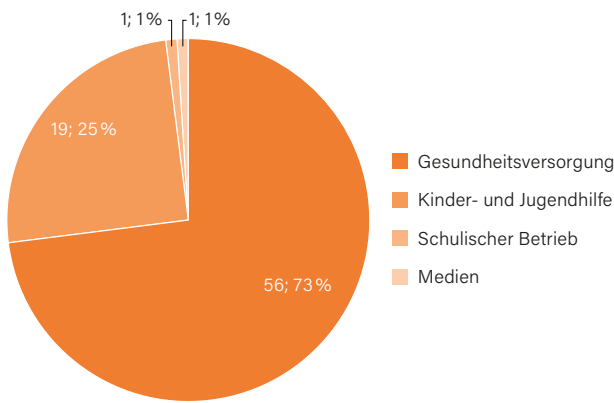
Die rechtliche Situation im Umgang mit Suizidalität im Kontext eines professionellen Kontakts, der eine Verschwiegenheit impliziert, sollte im Sinne einer Aufklärungskampagne entsprechenden Berufsgruppen (z. B. Heilberufe, Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer, (Schul-)Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Beratungsstellen) kommuniziert werden. Die Bandbreite und der Einsatz des § 34 StGB sollte hier im Zentrum stehen, eine Informationskampagne in einschlägigen Medien der betroffenen Berufsgruppen sollte unter Einbezug der jeweiligen Berufsgruppenvertretungen erarbeitet werden.

- **Online-Medien:**
 - Erarbeitung von Best-practice-Modellen im Umgang mit Suizidankündigungen auf sozialen Medien, Plattformen oder in Online Therapieangeboten: Erstellung eines Leitfadens für Plattformen, Erstellung von ethischen Standards für Online-Angebote.
 - Kontaktaufnahme zu Anbietenden von sozialen Netzwerken. Ausbau der Arbeit von click.safe und jugenschutz.net, um Anbietende auf gefährdende Inhalte aufmerksam zu machen und gleichzeitig Informationen für Erziehungsberechtigte und ermittelnde Behörden zur Verfügung zu stellen.
 - Nutzen von Influencerinnen und Influencern, um Rollenmodelle für Krisenintervention anzubieten.
- **Niedrigschwellige Beratungsangebote für Jugendliche forcieren:**
 - Basierend auf existierenden Online-Beratungsinitiativen wie die E-Mail-Beratung von U25 soll ein bundesweites Online-Hilfsangebot errichtet werden, das neben den vorbestehenden Strukturen auch eine Echtzeit-Kommunikation über Messenger oder Chatdienste anbietet. Ebenso sollte eine telefonische Hotline für suizidgefährdete Jugendliche vorgehalten werden (etwa „Nummer gegen Kummer“ mit Fokus auf Suizidalität).
 - Neben diesen Beratungsangeboten soll vermehrt auch die Wirksamkeit von Online Therapie (unter Einbezug von Therapeutinnen und Therapeuten oder auch als zweites Modell gänzlich Bot-basiert) untersucht werden. In diesem Zusammenhang sind Forschungsmittel aus öffentlicher Hand als Förderung notwendig, um solche Projekte zu initiieren.
 - Niedrigschwellige Kontaktangebote vor Ort, die regionalisiert auch mit den Anbietenden höherschwelliger Hilfsangebote vernetzt sind, wie exemplarisch der Verein neuhland (www.neuhland.net), sollten an mehreren Standorten verfügbar werden.
- **Eltern stärken:** Der Suizid eines Kindes oder Jugendlichen stellt eine massive Belastung für das familiäre Umfeld dar und kann zu Folgesuiziden führen. In diesem Zusammenhang soll die Arbeit von Elterngruppen, die mit betroffenen Eltern arbeiten (etwa die Arbeit von AGUS), finanziell unterstützt werden, um eine Verbreiterung des Angebots im Bundesgebiet vornehmen zu können. Zum anderen wäre es wichtig, das Wissen um Warnhinweise und Anlaufstellen bei akuter Suizidalität in Elterngruppen zu transportieren, die sich mit Themen befassen, die ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten nach sich ziehen können, indem Informationsmaterialien und -veranstaltungen zur Verfügung gestellt werden können (etwa für Pflegeeltern, Eltern von LGBT-Jugendlichen, Elterngruppen für Eltern mit einer eigenen psychischen Erkrankung).
- **U-Untersuchung:** Im Rahmen der U-Untersuchungen (konkret bei der U11-Untersuchung) sollte ein Suizidalitäts- und Depressionsscreening Teil der Untersuchungsbatterie sein, sodass im Bedarfsfall Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde als Brückenbauer zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen fungieren können.
- **Risikogruppe LGBTQ adressieren:** Die internationale Literatur zeigt ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit nicht-heterosexueller Orientierung, Transsexualität oder non binärer Geschlechtsidentität (Hatchel et al., 2019). Beratungsstellen und Online-Angebote für LGBTQ-Jugendliche sollten daher einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten bei Suizidalität vorhalten und das Thema Suizidalität in der Beratung auch adressieren.

3.5 Anhang

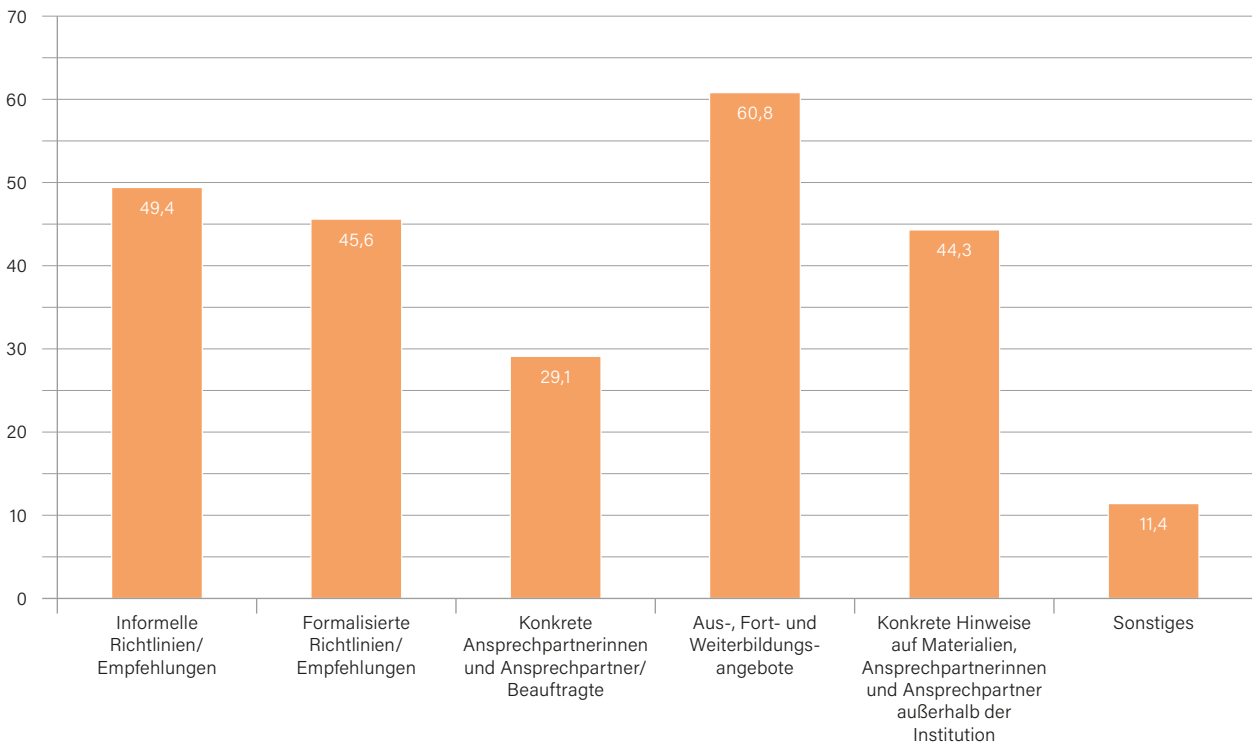
3.5.1 Methodik und Ergebnisse der Online-Befragung

Für die Online-Befragung konnten 79 Teilnehmende gewonnen werden, die zu einem großen Teil aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung bzw. der Kinder- und Jugendwohlfahrt kamen (siehe Anhang – Abbildung A3.1).

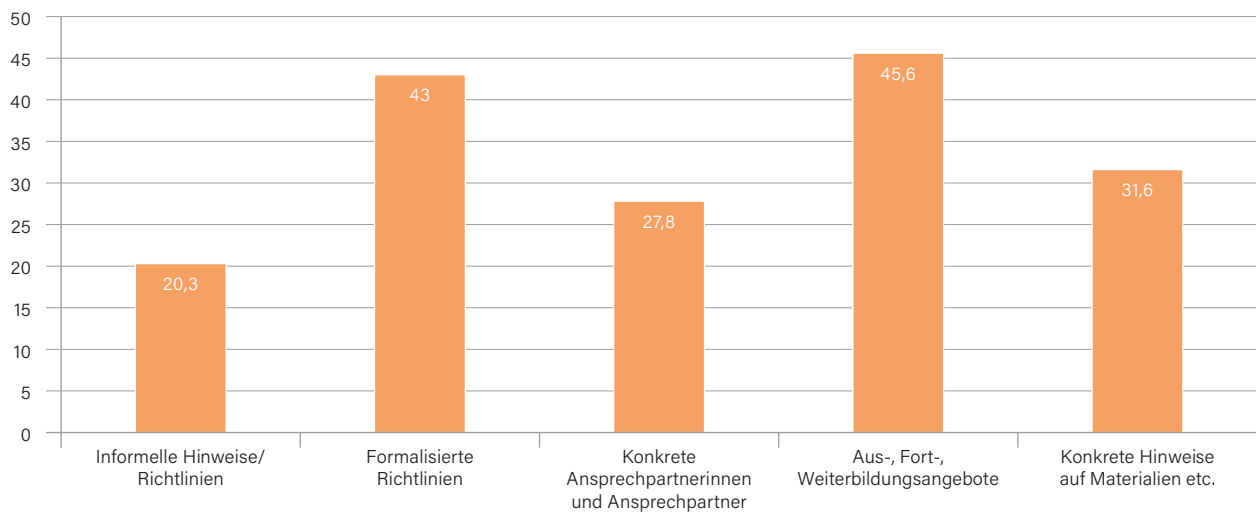


Anhang – Abbildung A3.1: Teilnehmende der Online Befragung (n = 79, bei 2 keine Angaben zu beruflichem Hintergrund)

Die Mehrzahl der Befragten (77,2%) gab an, dass es in ihrem Arbeitsumfeld Fort- und Weiterbildung zu Suizidalität und Suizidprävention gebe. Der Wissensstand zum Thema Suizidalität und Suizidprävention wird ebenso wie die in ihrer Ausbildung erhaltenen Information von der Mehrheit als gut bis sehr gut eingeschätzt. Dennoch kennen nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,9%) die aktuelle Leitlinie zu Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, auch wenn deren Kenntnis von 25,3% der Befragten als „äußerst relevant“ für die jeweilige Arbeit erachtet wird. Die Relevanz der Thematik wird von 57,7% als sehr relevant eingestuft und 52,7% sehen das Thema in ihrem Arbeitsumfeld als äußerst präsent an. Befragt nach den vorhandenen Hilfestellungen im Arbeitsumfeld zeigt sich in vielen Bereichen ein hohes Maß an vorgehaltenen Leistungen (siehe Anhang – Abbildung A3.2).



Anhang – Abbildung A3.2: Vorhandene Hilfestellungen im Arbeitsumfeld (Angabe in Prozent, Mehrfachangaben möglich)



Anhang – Abbildung A3.3: Zusätzlicher Bedarf an Maßnahmen in der jeweiligen Institution (Angabe in Prozent, Mehrfachangaben möglich)

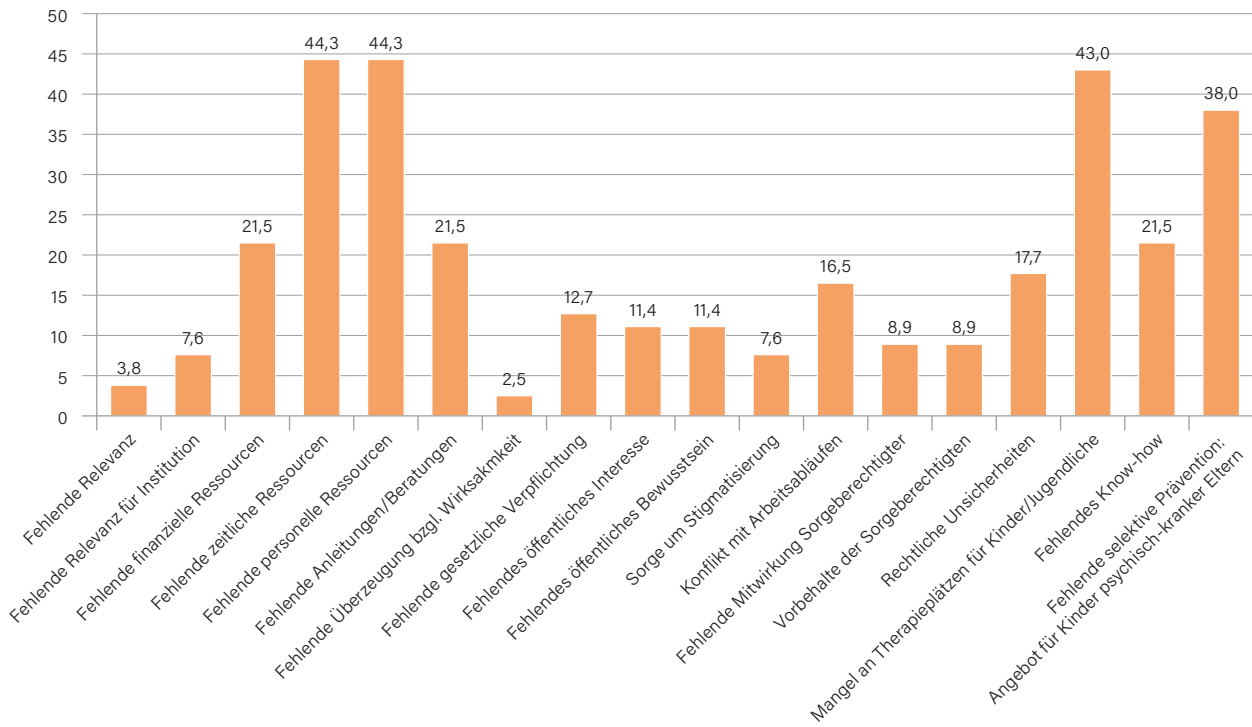
Unter den Angaben zu „Sonstiges“ finden sich Hinweise auf regionale Arbeitskreise, den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie Supervisionsangebote. Ein zusätzlicher Bedarf wird v.a. im Bereich der Aus-Fort- und Weiterbildung sowie im Bereich der Schaffung formalisierter Richtlinien gesehen (siehe Anhang – Abbildung A3.3).

Befragt danach, welche Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Institution innerhalb der nächsten zwölf Monate äußerst wahrscheinlich implementiert werden, werden die Bereitstellung von Informationsmaterial (27,8%), Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote

(22,8%) und konkrete Richtlinien (20,3%) als am wahrscheinlichsten erachtet.

Befragt danach, welche Hindernisse im Umgang mit Suizidalität bestehen, stehen vor allem die zeitlichen und finanziellen Ressourcen neben fehlenden Therapieplätzen im Vordergrund (siehe Anhang – Abbildung A3.4).

Im Freitext wurden hier als weitere Hindernisse fehlende Krisendienste und Ambulanzen, ebenso wie eine fehlende anonyme Beratungsmöglichkeit, angeführt. Zudem wurde eine Überlastung von Jugendhilfeeinrichtungen genannt.



Anhang – Abbildung A3.4: Hindernisse, die eine Implementierung von Maßnahmen zum Thema Suizidalität und Suizidprävention erschweren (Angaben in Prozent, Mehrfachangaben möglich)

Befragt nach Verbesserungsvorschlägen lassen sich in der Zusammenfassung der Antworten im Freitextformat einige Themen identifizieren. Hier besteht zum einen die Forderung nach einer verbesserten Versorgung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (schnellere Aufnahme in Kliniken, bessere Versorgung von Randgruppen, mehr Therapieplätze, mehr Krisenstellen), zum anderen der Wunsch nach regionalisierten Informationen über Anlaufstellen. Zudem wird eine längerfristige Finanzierung von Projekten und generell eine bessere Finanzierung präventiver Angebote gefordert. Die Thematik Suizidalität

sollte stärker in der Ausbildung verankert werden und es sollte ein erhöhtes Fortbildungsangebot zu dieser Thematik existieren. Viele Teilnehmende betonen auch die Wichtigkeit von Entstigmatisierung und Aufklärung. In Bezug auf den schulischen Rahmen werden ein Ausbau des schulpsychologischen Angebotes ebenso wie Mobbing-Präventionsprogramme gefordert. Rechtliche Unklarheiten sollten telefonisch bei einer Anlaufstelle geklärt werden, zudem wäre eine bessere Kooperation zwischen den Feldern Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe wünschenswert.

3.5.2 Abkürzungsverzeichnis

- DSM-5 Diagnostical and Statistical Manual der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft, 5. Version
- ICD-10 International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 10. Version
- NSSV Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten

4 Suizidprävention im beruflichen Umfeld

Karoline Lukaschek¹, Wolfram Schulze², Dominik Schlagintweit³, Maja Meischner-Al-Mousawi⁴,
Friedrich M. Wurst⁵, Chris Paul⁶, Franciska Illes⁷, Sabine Fink⁸

1 PD Dr., Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

2 Prof. Dr., Hochschule Koblenz

3 Justizvollzugsanstalt Rohrbach, Psychologischer Dienst

4 Dr., Kriminologischer Dienst Sachsen, JVA Leipzig

5 PD Dr., Universität Basel, CH/AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus

6 TrauerInstitut Deutschland, Bonn

7 Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis, Bonn

8 Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin

ZUSAMMENFASSUNG Zu Suizid und Suizidprävention im beruflichen Kontext kann für die BRD festgehalten werden, dass es trotz einer Vielzahl von Berichten nur wenige wissenschaftliche Studien gibt. Auch das Problemfeld an sich bietet kein homogenes Bild: In einzelnen Berufsgruppen und Tätigkeitsfeldern (z. B. Polizei, Bundeswehr, Medizin, DB) werden Präventions-, Interventions- und Postventionsmaßnahmen elaboriert und praktiziert, in anderen Bereichen, wie Bildung und Wissenschaft oder auch Wirtschaft, fehlen weiterführende Erkenntnisse.

Gleichzeitig bieten gesetzliche Vorlagen wie das Präventionsgesetz oder die Betriebliche Wiedereingliederung passende Ansatzpunkte für entsprechende Maßnahmen. Ebenso könnte an bestehende Beratungs- und Interventionsangebote wie Betriebliche Sozialberatung und Psychosoziale Notfallversorgung angeknüpft werden. Die referierten Erkenntnisse aus nicht-deutschsprachigen Ländern bieten neben weiteren suizidologischen Erkenntnissen erfolgversprechende Lösungswege.

Flankiert und gestützt wird der folgende Bericht durch erste Erkenntnisse aus einer eigens zu diesem Zweck konzipierten empirischen Untersuchung für Deutschland.

Summarisch betrachtet sprechen die Ausführungen dafür, ein wissenschaftlich fundiertes Programm für eine umfassende Prävention von Suiziden im beruflichen Kontext zu entwickeln, zeitgleich das Ausmaß und den Umfang von Suizid und Suizidversuchen in Unternehmen auch in seinen Auswirkungen weiter interdisziplinär zu erforschen.

SCHLÜSSELWÖRTER *Suizidprävention, Suizid, berufliches Umfeld, Arbeitsplatz, Deutschland*

ABSTRACT Despite a multitude of reports, only few scientific studies exist regarding suicide and suicide prevention in the occupational context in Germany. The matter does not present a homogeneous picture: In individual occupational groups and fields of activity (e.g. police, armed forces, medicine, DB), prevention, intervention and postvention measures are elaborated and practised; in other areas such as education and science or enterprises, there is a lack of further insights.

At the same time, legal templates such as the Prevention Law (“Präventionsgesetz”) or the company reintegration programme (“Betriebliche Wiedereingliederung”) offer suitable starting points for corresponding measures. Existing counselling and intervention services such as company social counselling and psychosocial emergency care could be further extended. The reported findings from non-German-speaking countries, in addition to other suicidological findings, offer promising solutions.

The following report is flanked and supported by initial findings from an empirical study for Germany designed specifically for this purpose.

In summary, these findings argue for the development of a scientifically based programme for the comprehensive prevention of suicides in the occupational context and, at the same time, for further interdisciplinary research into the extent and scope of suicides and suicide attempts in companies, including their effects.

KEY WORDS *suicide prevention, suicide, professional environment, workplace, Germany*

Einleitung

Nach vielfältigen Presseberichten über Suizidserien in französischen Industrie-Unternehmen² und amerikanischen wie europäischen Bankhäusern rücken nun auch Bedingungen am Arbeitsplatz und ihr Einfluss auf das Suizidrisiko in den Fokus der Forschung. Nach einem WHO-Bericht werden 90% der Suizide am Arbeitsplatz von Männern begangen, mit höheren Suizidraten in den höheren Altersgruppen (World Health Organization, 2006). Der arbeitsbedingte Suizid, in Japan als soziales Phänomen schon seit den späten 1980er Jahren bekannt (Amagasa, Nakayama & Takahashi, 2005), ist mittlerweile auch in Europa längst ein Thema (Lukaschek, Baumert & Ladwig, 2016a). Für Frankreich wird angenommen, dass bei knapp 11.000 Suizidfällen pro Jahr bis zu 4% auf Arbeitsüberlastung zurückzuführen sind. In Deutschland hingegen, wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern, gibt es darüber keine Statistiken. Jedoch ist davon auszugehen, dass arbeitsbedingte Suizide weltweit auftreten: In den USA starben in den Jahren 2003 bis 2010 insgesamt 1.719 Menschen durch arbeitsplatzbedingten Suizid (Tiesman et al., 2015): Arbeitsplatzbedingte Suizidraten waren höher bei Männern (2,7 pro 1.000.000 Arbeitnehmer) als bei Frauen (0,2) und jenen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren (2,4).

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Berufsgruppen mit leichtem Zugang zu Suizidmitteln (Drogen, Waffen) einerseits und einem hohen Stressfaktor andererseits ein besonders hohes Risiko für Suizid haben

(Skegg, Firth, Gray & Cox, 2010). Neben der Überbelastung am Arbeitsplatz gibt es bestimmte negative Arbeitsplatzbedingungen, die zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen können (Tabelle 4.1). In einer Longitudinalstudie mit fast 7.000 Probandinnen und Probanden und einer mittleren Follow-up-Zeit von 13 Jahren fanden Baumert et al. (2014), dass aversive chronobiologische (Überstunden, Schichtarbeit, Nachtschichten, Fließbandarbeit) und physische (Arbeiten am Bildschirm, körperlich anstrengende Arbeiten, gefährliche Arbeiten, Lärm, Schadstoffe, radioaktive Strahlung) Bedingungen im Vordergrund standen (Baumert et al., 2014). Daneben gilt es auch, mögliche psychische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zu berücksichtigen. Es lassen sich grob drei unterschiedliche Kategorien psychischer Belastungen am Arbeitsplatz unterscheiden (Tabelle 4.2):

1. allgemeine psychische Belastungen,
2. berufsspezifische psychische Belastungen (z. B. die Arbeit mit schwerkranken oder verletzten Personen im Krankenhaus, die Begleitung von Trauernden in der Seelsorge oder die Arbeit in Gefahrensituationen bei der Feuerwehr oder Polizei etc.),
3. besonders belastende Ereignisse (z. B. körperliche, verbale oder sexuelle Gewalt, Arbeitsunfälle, Großschadensereignisse, Suizide und Suizidversuche) (Illies, Jendreyshak, Armgart & Juckel, 2014).

Psychisch-mental	Physisch	Sozial
<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung • Leistungs- und Zeitdruck • Angst vor Misserfolg und Kontrolle • Versagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nacht- und Schichtarbeit • Überstunden • Schadstoffexposition • Harte körperliche Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Anerkennung/Unterstützung • Negatives Betriebsklima, Mobbing • Konkurrenzdruck • Isoliertes Arbeiten • Angst vor Arbeitsplatzverlust

Tabelle 4.1: Risikofaktoren für Suizid am Arbeitsplatz

² Unter dem Begriff „Unternehmen“ werden nachfolgend alle Wirtschafts- und Industriebetriebe sowie alle staatlichen Einrichtungen und Organisationen verstanden.

Allgemeine psychische Belastungsfaktoren	Berufsspezifische psychische Belastungsfaktoren	Besonders belastende Ereignisse
<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufig • Kontinuierlich oder wiederkehrend • Keine Bedrohung für die körperliche oder seelische Unversehrtheit • Gewöhnliche Belastung • Arbeitsroutine wird beibehalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelegentlich • Wiederkehrend • Möglicherweise Bedrohung für die körperliche oder seelische Unversehrtheit • Besondere Belastung • Arbeitsroutine wird unterbrochen 	<ul style="list-style-type: none"> • Selten • Plötzlich, unvorhersehbar • Bedrohung der körperlichen oder seelischen Unversehrtheit • Außergewöhnliche Belastung • Arbeitsroutine wird erheblich gestört

Tabelle 4.2: Psychische Belastungsfaktoren im beruflichen Kontext (Illes et al., 2014)

Je nach beruflicher und privater Eingebundenheit einer Suizidentin oder eines Suizidenten schätzt man, dass sechs bis 135 Personen von einem Suizid mitbetroffen sind (Cerel et al., 2019). Hierzu zählen in erster Linie die nahestehenden Angehörigen sowie Freundinnen und Freunde oder Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen der durch Suizid Verstorbenen (Mitchell, Kim, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004), aber auch Einsatz- und Rettungskräfte, professionelle oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und Bezugspersonen oder diejenigen, die eine Suizidentin oder einen Suizidenten auffinden (Lukaschek, Erazo & Ladwig, 2016b). Ein weiterer Aspekt sind Suizide von Pilotinnen und Piloten sowie Busfahrerinnen und Busfahrern, die mit ihren passagierbesetzten Maschinen Suizid begehen und somit eine hohe Anzahl von Mitnahmesuiziden verursachen.

Mitbetroffene, die im beruflichen Kontext einen Suizid erleben, müssen in solchen Situationen dennoch koordiniert handeln und relevante Aufgaben erledigen. Daher empfiehlt es sich in beruflichen Bereichen, in denen häufiger Suizide auftreten, bereits im Vorfeld entsprechende Unterstützungsmaßnahmen zu planen und geeignete Nachsorgeangebote für betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen (Illes et al., 2014). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass psychische Belastungen in ihrem Auftreten und ihrer Auswirkung auf einzelne Personen sehr unterschiedlich sein können (Bailley, Kral & Dunham, 1999). Für das Ausmaß der Belastung spielen verschiedene Faktoren, wie beispielsweise die Beziehung zu der Suizidentin oder dem Suizidenten, die Qualität und Häufigkeit des

Kontaktes oder die Umstände und Auswirkungen des Suizides auf die eigene Person, eine entscheidende Rolle (Andriessen, 2009).

Da der Arbeitnehmende viel Zeit am Arbeitsplatz verbringt, böte sich hier viel Raum für präventive Maßnahmen; einige dieser Präventionsmodelle werden im Folgenden vorgestellt. Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz bestehen hauptsächlich aus den in Tabelle 4.3 genannten Komponenten (Takada & Shima, 2010). Vorgesetzte und Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention am Arbeitsplatz. Im Idealfall nehmen sie Vorbildfunktion wahr, pflegen einen partizipativen Führungsstil, kommunizieren mitarbeiterorientiert und sind geschult, Risikofaktoren von Suizid frühzeitig zu erkennen und den entsprechenden Mitarbeitenden darauf anzusprechen. Dabei sollen sowohl Faktoren, die durch Belastungen durch die Arbeit oder während der Arbeit entstehen, sowie solche, die durch außerberufliche Belastungen bedingt sind, berücksichtigt werden. Alle Mitarbeitenden im gesamten Arbeitsumfeld erfüllen eine Gatekeeper-Funktion; Gatekeeper sind für auffällige Verhaltensweisen sensibilisiert, können das akute Suizidrisiko einschätzen und abwenden, kennen Zeitfenster für besonders hohes Suizidrisiko (Entlassung, Degradierung) und wissen, an welche Institutionen sie die gefährdete Person übergeben können. Weitere protektive Faktoren sind: Kultur des Mitarbeitendenengagements und der Verbundenheit, Betonung der Teamarbeit; Kultur des Wohlbefindens, die psychische Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeitenden schätzt, inklusive Zugang zu Versicherungen und psychischer Gesundheitsver-

sorgung; Informationsunterstützungssysteme (Buddy-Systeme)³.

Suizide am Arbeitsplatz bedürfen weiterer Forschung, um berufsspezifische Risikofaktoren zu verstehen und auf Studienbefunden beruhende Programme zu entwickeln, die in die Arbeitswelt integriert werden können. Verbesserungen im Arbeitsumfeld, insbesondere hinsichtlich chronobiologisch oder körperlich belastender Bedingungen, können eine wertvolle Strategie im Hinblick auf die Vermeidung suizidaler Handlungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern darstellen. Depressive Stimmungslagen wie auch die Annahme von Hilfsangeboten sind oft noch mit Stigmatisierung verbunden; deswegen ist es wichtig, durch Unternehmenspolitik und Briefing der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Krankheiten wie auch hilfesuchendes Verhalten zu entstigmatisieren.

- Ausbildung und Training der einzelnen Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters wie auch der Führungsebene, um das Wissen über Suizid, Risikofaktoren und Handlungsbedarf zu vertiefen
- Unterstützen eines sozialen Netzwerkes unter den Angestellten
- Kooperation von internen und externen Ressourcen, z. B. durch enge Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten, Allgemeinärzten und/oder Spezialisten
- Screening nach und Hilfsangebote für Risikopersonen
- Reduzierter Zugang zu den Suizidmitteln

Tabelle 4.3: Möglichkeiten zur Suizidprävention am Arbeitsplatz
(Takada & Shima, 2010)

4.1 Relevante Akteurinnen und Akteure

Im betrieblichen Kontext ist die Anzahl der (potenziellen) Akteurinnen und Akteure in besonderer Weise von der betrieblichen Größe und damit auch von den zur Verfügung stehenden, relevanten Fachabteilungen abhängig. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Akteurinnen und Akteure aus dem Kreis der Mitarbeitenden, ggf. der Auszubildenden, der Führungskräfte/des Managements aller Levels, spezifischer Funktionstragender, wie Vertreterinnen und Vertretern der Personalabteilung, Vertreterinnen und Vertretern des Betriebsrats/Personalrats/der Mitarbeitendenvertretung, und ggf. aus weiteren internen und/oder externen Expertinnen und Experten aus den Bereichen Betriebsmedizin, Betriebliche Sozialarbeit/Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitspsychologie und Arbeitssicherheit u. a. (z. B. Mitarbeitenden aus psychosozialen Bera-

tungsstellen und/oder von psychotherapeutischen Behandlungsanbieterinnen und Behandlungsanbietern) zusammensetzen. Darüber hinaus sind selbstverständlich im gegebenen Kontext Angehörige von suizidbetroffenen Personen wesentliche Beteiligte.

4.1.1 Arbeitsplatzbedingter Suizid: Welche Berufsgruppen sind besonders betroffen?

4.1.1.1 Medizinische Berufe

Angehörige medizinischer Berufe sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zwar gesünder und haben eine niedrigere Mortalitätsrate, weisen aber ein höheres Suizidrisiko auf (Lochthowe, 2008; Reimer & Trinkaus,

³ emresourcecenter.org/system/files/2018-08/Talking%20Points%20and%20Data%20Briefing-%20Suicide%20Prevention%20in%20the%20Workplace.pdf

2005; Schernhammer & Colditz, 2004). Ärztinnen und Ärzte haben einen leichten Zugang zu Medikamenten und das Wissen um die Wirkungen und Dosierungen der verschiedenen Medikamente und Giftstoffe. Dennoch benutzten in einer US-amerikanischen Studie nur 23,5% der an Suizid verstorbenen Ärztinnen und Ärzte Gift, während 48% von einer Schusswaffe gebraucht machten (Gold, Sen & Schwenk, 2013). Gründe für die erhöhte Suizidrate bei medizinischen Berufen sind erhöhte depressive Symptomatik (23–31% der Ärztinnen und Ärzte im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber 15% der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung), wobei Medizinerinnen besonders depressionsgefährdet sind. Dafür werden die extrem hohe Arbeitsbelastung, die Erschöpfung aufgrund von Überstunden und Schlafmangel sowie die soziale Isolation aufgrund mangelnder Freizeit verantwortlich gemacht. Die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod bei gleichzeitigem Bewusstsein der Grenzen ärztlichen Handelns, der erhöhte Stresslevel und eine Burnout-Symptomatik bringen Ärzte an den Rand der Belastungsfähigkeit.

23–31% der Ärztinnen und Ärzte im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber **15%** der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung.

4.1.1.2 Land- und Forstwirtschaft

Die Berufsgruppen, die in der Land- und Forstwirtschaft sowie in der Fischerei tätig sind, sind einem wesentlich höheren Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgesetzt (Behere & Bhise, 2009; Tiesman et al., 2015). Rund 50% der Suizide in dieser Gruppe wurden mit Waffen verübt, gefolgt von Erhängen. Faktoren, die außer der Verfügbarkeit der Mittel gerade in dieser Berufsgruppe zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen, sind u. a. die ständige Gefahr des Wegfalls der identitätsstiftenden Lebensgrundlage durch finanzielle oder wirtschaftliche Krisen, soziale Isolation, Überarbeitung,

chronische Krankheiten oder Depression und psychische Störungsbilder, ausgelöst durch Pestizide (Stallones & Beseler, 2002; Tiesman et al., 2015).

4.1.1.3 Polizei

Die Datenlage zur Prävalenz von Suiziden bei Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten ist widersprüchlich: Entweder zeigt sich ein geringer bzw. kein Unterschied oder aber eine erhöhte Suizidrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die unterschiedlichen Ergebnisse können zum einen durch den gewählten Beobachtungszeitraum (die Suizidraten in einem kürzeren Zeitraum waren signifikant höher) zustande kommen, zum anderen gibt es starke regionale Unterschiede (in Europa und den USA sind die Raten höher als in Asien) (Loo, 2003). Für die Polizeien von Bund und Ländern gibt es für einige wenige Bundesländer/Behörden Informationen zu Suizidalität von Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten, diese lassen sich aber nur schwer recherchieren (z. B. Die Welt, 28.06.15). Über die Gründe kann nur spekuliert werden: Anzunehmen ist, dass neben potenziellen Belastungen, die der Berufsalltag von Polizistinnen und Polizisten mit sich bringt, Risikofaktoren für suizidales Verhalten, wie beispielsweise psychische Erkrankungen (v. a. Depressionen, Alkoholismus, Essstörungen) oder traumatisierende Lebenskrisen (v. a. Beziehungskonflikte, -trennung und Ehescheidung, Disziplinarverfahren oder Suspendierungen), das berufsbedingt vorliegende Suizidrisiko (Polizistinnen und Polizisten sind Waffenträgerinnen und Waffenträger!) potenzieren.

4.1.1.4 Streitkräfte

Historisch betrachtet liegen die Suizidraten bei Angehörigen der Streitkräfte unter denen der Allgemeinbevölkerung. Allerdings stiegen bei den Streitkräften der USA die Suizidraten kurz nach der Operation Iraqi Freedom im Jahr 2003 an und übertreffen seit 2008 die der Allgemeinbevölkerung trotz zahlreicher Präventionsprogramme (Nock et al., 2013). Für Streitkräfte anderer Nationen ist ein vergleichbarer Anstieg der Suizidraten nicht bekannt.

Insbesondere für die deutschen Streitkräfte zeigte sich auch in den vergangenen zehn Jahren keine signifikante Zunahme suizidalen Verhaltens. Bisher wurde kein höheres Suizidrisiko durch die Teilnahme an Auslandseinsätzen bei den deutschen Streitkräften nachgewiesen (G. Willmund et al., 2019). Suizide von Veteranen treten in den USA häufiger auf als zu erwarten, wenn diese nicht im Veteranen Affairs System versorgt werden (Hoffmire, Kemp & Bossarte, 2015). Auch hier ist ein vergleichbarer Trend in anderen Streitkräften nicht zu beobachten.

4.1.1.5 Managerin und Manager/ Bankerin und Banker

Trotz der Berichte über Suizidfälle in Großbanken und Kapitalunternehmen (Die Welt 31.03.14) und des extremen Leistungsdrucks in der Finanzbranche (Focus, 19.06.15) gibt es kaum valide Untersuchungen zur Suizidprävalenz unter Managerinnen und Managern sowie Bankerinnen und Bankern. Studien zeigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein geringeres Suizidrisiko (Milner, Spittal, Pirkis & LaMontagne, 2013; Tiesman et al., 2015).

4.1.2 Beispiele laufender Aktivitäten zur Suizidprävention

Aktuell gibt es keine einheitlichen und generell systematisierten Aktivitäten zur Suizidprävention im beruflichen Kontext in Deutschland. Es lassen sich jedoch branchenspezifische Aktivitäten und Einzelmaßnahmen von Unternehmen herausstellen, beispielsweise im Rahmen von Betrieblichem bzw. Behördlichem Gesundheitsmanagement (BGM), Betrieblicher Sozialarbeit oder Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV).

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gemäß eines Faktenblattes des BKK-Dachverbandes ist BGM folgendermaßen definiert:

- BGM ist die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten.

- BGM bezieht Gesundheit in das Leitbild, in die Führungskultur, in die Strukturen und in die Prozesse der Organisation ein.
- BGM betrachtet die Gesundheit der Beschäftigten als strategischen Faktor, der Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, die Kultur und das Image der Organisation hat.

(Betriebskrankenkassen, o.J.)

Unter BGM versteht man die systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen sowie die gesundheitsförderliche Befähigung von Beschäftigten (Giesert, 2012). Grundlagen sind gesetzliche Regelungen, die den folgenden drei Handlungsfeldern zuzuordnen sind:

- Umfassender Betrieblicher Arbeitsschutz
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Hier müssen suizidpräventive Strategien einbezogen bzw., falls vorhanden, verbessert werden (z. B. durch Schulungen).

Betriebliche Sozialarbeit

Aufgrund seiner spezifischen Aufgaben ist Betriebliche Sozialarbeit, sofern in der Organisation angeboten, ein Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die wesentlichen Angebote und Aufgaben Betrieblicher Sozialarbeit lassen sich in Anlehnung an Blemenschütz (Blemenschütz, 2010) und Baumgartner (Baumgartner, 2010) wie folgt konkretisieren:

- Beratung von Mitarbeitenden, Auszubildenden, nächsten Angehörigen und zum Teil pensionierten Mitarbeitenden zu persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Fragestellungen inkl. Suchtberatung
- Konfliktberatung, -moderation, zum Teil Mediation
- Fachberatung von Ausbilderinnen und Ausbildern sowie Führungskräften zu Kommunikationsverhalten, Schlüsselqualifikationen, Suchtprävention u. a.
- Krisenintervention und Notfallhilfe bei Dekompensation am Arbeitsplatz, Todesfall, beruflichen Krisen u. a.

- Case-Management im Rahmen von Betrieblichem Eingliederungsmanagement, Betrieblicher Suchthilfe u. a.
- Information und Aufklärung bzw. Seminare und Schulungen zu Präventionsthemen wie Abhängigkeiten, Verschuldung, Burnout-Prophylaxe
- Interne und externe Vernetzungsarbeit zu anderen Hilfeanbietern, Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern, Fachstellen usw. inkl. Vermittlungstätigkeiten
- Teamentwicklungsmaßnahmen, insbesondere in konfliktträchtigen Zusammenhängen
- Beratung bei Umstrukturierungen, Begleitung von Change-Prozessen
- Mitarbeit bei sozial relevanten, internen und kooperativen externen Projekten wie Betriebsvereinbarungen, Kinderbetreuung, Angeboten zur Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen u. a.
- Beratung der Geschäftsleitung zu sozialen Themen wie z. B. dem Umgang mit psychomentalen Belastungen, betrieblicher Kulturarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Eine gesetzliche Verankerung der Betrieblichen Sozialarbeit (inkl. Employee Assistance Programme) ist bis heute nicht gegeben. Demzufolge ist Betriebliche Sozialberatung nach wie vor ein freiwilliges Angebot der jeweiligen Organisation, das sich jedoch sozialethisch und ökonomisch begründen lässt sowie einen Wachstumsmarkt darstellt (Schulze, 2014). Die betrieblichen Sozialberaterinnen und -berater können in der Organisation selbst bzw. bei einem externen Beratungsunternehmen angestellt oder freiberuflich bzw. selbstständig tätig sein (Schulze, 2020). Seit der Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) und dem neuen Präventionsgesetz (SGBV, 2019) verstärkte sich das Engagement für Prävention und Gesundheitsförderung unter anderem durch Betriebliche Sozialarbeit in den Unternehmen.

Hierzu sind interne und externe Kooperationen verschiedener, relevanter Berufsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialberaterinnen und -berater) und betrieblicher Funktionstragender (z. B. Führungskräfte, Mitarbeitende der Personalabteilung und des Betriebsrats) notwendig bzw. ausschlaggebend.

Interventionen nach Suiziden oder Suizidversuchen und bei bestehender Suizidalität sowie Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit in Form von Schulungen von Führungskräften, Kolleginnen und Kollegen sowie anderen betrieblichen Akteurinnen und Akteuren gehören zur Praxis betrieblicher Sozialarbeit (Jäppelt & Görcke, 2009). Sie entspricht damit den unter den Punkten 1–4 genannten Möglichkeiten der Suizidprävention, siehe Tabelle 4.3.

Dass Betriebliche Sozialarbeit in diesen Bereichen wirkungsvoll agiert, zeigen zum einen viele Praxiserfahrungen. Zum anderen ist aus empirischen Studien bekannt, dass Suizide durch Betriebliche Sozialberatung verhindert werden konnten (Schulze, 2009, 2020). Weiterführend beschreiben Schulze & Botek auf dem Hintergrund einer quantitativen Studie, dass, wie und auf welchem Qualifikationshintergrund Betriebliche Sozialberatung gerade bei psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen im Arbeitskontext (suizid-) präventiv agiert, hilfeschendes Verhalten unterstützt, konkret interveniert und damit zur Entlastung relevanter Akteurinnen und Akteure sowie zur Entstigmatisierung beiträgt (Schulze & Botek, 2017).

Psychosoziale Notfallversorgung

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ist kein spezifisches Angebot, das sich auf suizidale Handlungen bzw. Suizidprävention im betrieblichen Kontext bezieht (BBK, 2011). Aus zwei wichtigen Gründen sei jedoch folgend kurz näher darauf eingegangen. Erstens gibt es besonders bei Kleinunternehmen, Kleinunternehmen und mittelständischen Unternehmen häufiger als bei Großunternehmen kein adäquates Angebot für die Unterstützung in Notlagen (z. B. Suizid bzw. Suizidversuch im Unternehmen). Zweitens hat sich der Einsatz von PSNV-Vertretenden bei einem Suizid in Kombination mit der Alarmierung von Polizei und ärztlichem Notfalldienst in der Praxis weitgehend etabliert.

Die PSNV nimmt eine Sonderfunktion ein, da sich PSNV-Handlungsfelder nicht per se auf Ereignisse im beruflichen Umfeld beziehen. Die psychosozialen Kriseninterventions- und Unterstützungsangebote der PSNV richten sich an Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Ersthelfende und Vermissende (PSNV-B) so-

wie an Einsatzkräfte von sogenannten „Blaulichtorganisationen“ wie beispielsweise der Polizei, Feuerwehr oder dem (Notärztlichen) Rettungsdienst (PSNV-E). Im Hinblick auf die Suizidprävention lässt sich konstatieren, dass PSNV-Maßnahmen grundsätzlich keine langfristige Begleitung der Bedarfsträger (z. B. Suizidhinterbliebene, Suizidüberlebende) vorsieht, sondern auf entsprechende weiterführende Stellen verweist. Mitarbeitende im medizinischen und psychosozialen Bereich müssen als Hinterbliebene nach Suizid, ähnlich wie bei erlebter fremdaggressiver Gewalt, der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege gemeldet werden, wenn die Kriterien für eine Unfallanzeige erfüllt sind.

Krisennachsorge am Beispiel des Justizvollzuges

Die potenzielle Bedrohung der eigenen körperlichen oder seelischen Unversehrtheit gehört zum Arbeitsalltag der Mitarbeitenden des Justizvollzugs. Die hohe psychische Belastung bei der Arbeit mit Inhaftierten und die gravierenden Auswirkungen, wie z. B. Krankenschreibungen bis hin zu Frühpensionierungen, von besonderen Vorkommnissen (z. B. Übergriffe, Meutereien, Brandfälle, Todesfälle oder Suizide) haben Justizverwaltungen dazu bewogen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedenster Professionen auszubilden und in Krisennachsorgeteams tätig werden zu lassen. Das erste Krisennachsorgeteam wurde 1997 in Niedersachsen ins Leben gerufen. Mittlerweile verfügen fast alle Bundesländer über ein Krisennachsorgeteam und finanzieren dieses auch selbst. Zu den Zielen der Krisennachsorge gehören die Erstversorgung, psychische und physische Stabilisierung, die Beratung zu fortführenden Behandlungsmöglichkeiten sowie Aufklärung über und Entgegenwirken gegen mögliche Folgeerkrankungen nach einem traumatischen Ereignis. Laut Definition der Einsatzziele der Teams gehören Suizide von Mitarbeitenden nicht dazu, außer wenn sich der Suizid in der Dienststelle ereignet.

Gesundheitsfürsorge am Beispiel des Beratungszentrums für Bedienstete des sächsischen Justizvollzuges

Im sächsischen Justizvollzug wurde 2015 ein Beratungszentrum für Bedienstete des sächsischen Justizvollzuges gegründet. In diesem sind zwei hauptamtli-

che Beraterinnen und Berater, davon eine ausgebildete Supervisorin, tätig. Sie stehen den Bediensteten in Krisenfällen, bei Konflikten sowie zur Teamentwicklung zur Verfügung und bieten Einzel- und Teambesprechung/-Supervision an. Sie können bei Bedarf, dazu würde auch ein Suizid einer Kollegin oder eines Kollegen zählen, hinzugezogen werden. Darüber hinaus besteht auch immer die Möglichkeit, nach besonderen Vorfällen eine Teamsupervision bei einer externen Supervisorin oder eines Supervisors durchzuführen.

Die Konzeptionen des Beratungszentrums und der unter verschiedenen Polizeidiensten etablierten Personalberatungsstellen sind an die der Betrieblichen Sozialarbeit angelehnt (vgl. vorangegangene Ausführungen). Zum Teil werden gerade in Behörden und Verwaltungen für vergleichbare Angebote Bezeichnungen wie Gesundheitsberatung und Mitarbeiterberatung verwendet.

4.1.3 Beispiele laufender Aktivitäten zur Suizidprävention, bestimmte Berufe und Branchen

4.1.3.1 Polizei

Die Polizei in Deutschland ist Ländersache sowie auf der Ebene des Bundes anzusiedeln, d. h. es existieren Polizeien von Bund (Bundespolizei, Bundeskriminalamt, Polizei beim Deutschen Bundestag) und Ländern (BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, MV, NI, NW, RP, SL, SN, ST, SH, TH).

Nach inhaltlicher Auswertung von Stellungnahmen auf Anfragen von Abgeordneten beim Deutschen Bundestag (Deutscher Bundestag, 2017) bzw. Landtagsanfragen (Bayerischer Landtag, 2011, 2015; Landtag Nordrhein-Westfalen, 2013, 2016; Landtag Rheinland-Pfalz, 2001; Landtag Baden-Württemberg, 2003, 2004) sowie einem Beitrag in der Zeitschrift „Deutsche Polizei“ (Hestermann, 2006) halten die Polizeien von Bund und Ländern grundsätzlich im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht Konzepte, Angebote und Maßnahmen zur Suizidprävention für ihre Beschäftigten vor. Darüber hinaus wird ggf. auch Suizidpostvention für Angehörige von Polizeibeschäftigten, die sich suizidierten, angeboten. Suizi-

dalität, Suizidprävention und Suizidvorsorge sind wichtige Themen für zentrale Tätigkeitsfelder in der polizeilichen Praxis und der Polizeiwissenschaft (Fischbach, Lichtenthaler & Fink, 2020). Suizidpostvention (Meyer, 2021) und weitere Aktivitäten zur Suizidprävention einzelner Länderpolizeien finden statt (Fiedler, Schneider, Lindner, Rauchfuß & Müller-Pein, 2019).

Exemplarisch wird im Folgenden die Suizidprävention der Berliner Polizei dargestellt.

Suizidprävention in der (Berliner) Polizei hat die Zielsetzung „[Polizei]Psycholog*innen und Polizist*innen für dies Thema zu sensibilisieren, [... anzustoßen], dass Mitarbeiter*innen sich in ihrer Polizeiorganisation dafür einsetzen, Maßnahmen zur Suizidprävention zu ergreifen“ (Gerlach, Sticher & Volz, 2020). Mittels einer interdisziplinären ständigen Arbeitsgruppe zum Thema Suizidprävention der Berliner Polizei, die wiederum aktiv in der o.g. (polizeiinternen) ständigen Arbeitsgruppe der Polizei von Bund und Ländern vertreten und vernetzt ist, wurden Voraussetzungen und Umsetzungsschritte zur Implementierung einer wirksamen Suizidprävention in der Polizeiorganisation erarbeitet. Demnach setzt „Suizidprävention in der hierarchischen Organisation der Polizei und der damit einhergehenden Kultur“ eine bilaterale Herangehensweise voraus: Bottom-up (Peer support; Ebene der Kolleginnen und Kollegen) und Top-down (Führungsebene).

Neben basalen Maßnahmen der Suizidprävention, wie beispielsweise Wissensvermittlung in Aus- und Fortbildung (aller) Polizistinnen und Polizisten beinhaltet die Bottom-up Herangehensweise elementare Bausteine: Aufmerksamkeit, Ansprechen, Weiterleiten an professionelle Hilfe. Weiterhin wird in einem Handlungsschema detailliert Peer Support beschrieben sowie in kurz- (Anzeichen erkennen und frühzeitig intervenieren), mittel- (Umdenkprozesse und offener Umgang bzgl. psychischer Probleme u./o. Störungen) und langfristige Ziele (positive Veränderung der Organisationskultur) differenziert (ebd., S. 74). Im Rahmen der Top-down-Herangehensweise zur Suizidprävention wird Führungskräften ein Handlungsleitfaden (Sticher, 2019) zur Verfügung gestellt. Darin sind Handlungsschritte einer Führungskraft im Umgang mit einem suizidalen

Mitarbeitenden in u.g. Überschriften ausführlich und konkret beschrieben:

1. Schritt: Sensibilisierung für beobachtbare oder von anderen mitgeteilte Veränderungen
2. Schritt: Vorbereitung der Führungskraft auf das Gespräch, Selbst- und Rollenklärung
3. Schritt: Gespräch vereinbaren und filtern

Neben bisherigen Maßnahmen zur Suizidprävention in der Berliner Polizei, wie beispielsweise Erstellung eines Flyers „Suizidgedanken? Es gibt Hilfe!“, Durchführung eines Thementags zur Suizidprävention (s.o. Aktivitäten einzelner Länderpolizeien), Fortbildungsangebot für Führungskräfte im Umgang mit Suizidalität von Mitarbeitenden, Entwicklung eines Meldebogens, Entwicklung eines Statistikbogens bei Suiziden und Suizidversuchen, Einrichtung einer Intranetseite zum Thema Suizidprävention, sind weitere Maßnahmen und Aktivitäten der Arbeitsgruppe der Berliner Polizei geplant: Entwicklung einer App „Suizidprävention“ und einer Online-Schulung für das Diensthandy sowie die Weiterentwicklung der Betrieblichen Eingliederungsmanagement-Schulung (BEM) (Gerlach et al., 2020).

4.1.3.2 Deutsche Bahn

Das Erleben eines Schienensuizids stellt für die betroffenen Lok- bzw. Triebfahrzeugführenden, Zugbegleiterinnen und Zugbegleiter, Reisenden sowie Zeuginnen und Zeugen eine besondere Belastungssituation dar (Ladwig & Lukaschek, 2016). Statistisch gesehen erleben Lokführerinnen und Lokführer in ihrem Berufsleben etwa zwei Suizide (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Deutsche Bahn (DB) bietet Lokführerinnen und Lokführern sowie Mitarbeitenden, die Opfer von beruflich bedingter Traumatisierung werden, ein umfassendes Betreuungsprogramm an, um möglichen Traumafolgestörungen entgegenzuwirken. Betroffene Mitarbeitende erfahren umfassende Hilfe durch ein Team von in psychischer Erster Hilfe geschulten Kolleginnen und Kollegen. Das Programm selbst besteht aus den Modulen Prävention, Maßnahmen in der Akutsitua-

tion, Maßnahmen in der Nachsorge, Unterstützung der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz (Deutsche Bahn, 2017). Die Prävention ist sowohl Teil der Ausbildung als auch des Fortbildungsunterrichts. Triebfahrzeugführerinnen und Triebfahrzeugführer sowie Zugbegleiterinnen und Zugbegleiter bei der DB werden durch ein Team von Psychologinnen und Psychologen geschult, wie sie mit belastenden Ereignissen umgehen können.

Geschult werden auch diejenigen, die im Not- oder Krisenfall in direktem Kontakt zu den Lokführerinnen und Lokführern stehen. Zum einen sind das Ersthelfende, Notdienste, Disponentinnen und Disponenten, Leitstellenmitarbeitende. Zum anderen bildet die DB auch Vorgesetzte, Personalverantwortliche und kollegiale Laienhelfende fort, die als „Vertrauensleute“ ihren Kolleginnen und Kollegen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Nach traumatischen Ereignissen werden betroffene Mitarbeitende vor Ort unmittelbar von einer Notfallmanagerin oder einem Notfallmanager bzw. durch Personal für die psychologische Erste Hilfe professionell betreut. Lokführerinnen und Lokführer werden bei Personenunfällen ausnahmslos von einer Kollegin oder einem Kollegen abgelöst und nach Hause begleitet. Sie sollen solange außer Dienst bleiben, bis die aus dem Ereignis resultierenden Belastungsreaktionen abgeklungen sind. Bei den ersten Fahrten nach dem Wiedereintritt in den Dienst haben die Lokführenden die Möglichkeit, sich von Gruppenführenden, einer Vertrauensperson oder einer Psychologin bzw. einem Psychologen begleiten zu lassen. Ziel der intensiven Nachbetreuung ist es auch, die Risiken für eine mögliche PTBS zu verringern. Betroffene werden dazu individuell von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychologinnen und Psychologen beraten, um Spätfolgen vorzubeugen und um die bei Therapiebedarf geeigneten externen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu vermitteln.

Direkt und indirekt betroffenen Mitarbeitenden steht bei einem Schienensuizid außerdem ergänzend die professionelle Unterstützung durch speziell geschulte Beratende des Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Unterstützungsteams (MUT) zur Verfügung (Deutsche Bahn, 2017).

Bei größeren Ereignissen, die auch Reisende betreffen, kümmert sich der Betreuungsdienst CareNet der DB noch am Ereignisort um Fahrgäste, die verunglückt, aber unverletzt geblieben sind. Die CareNet-Teams umfassen bundesweit rund 1.300 freiwillige Bahnmitarbeitende sowie Psychologinnen und Psychologen (Deutsche Bahn, 2017).

4.1.3.3 Therapeutinnen- und Therapeutenreaktionen auf den Suizid einer Patientin oder eines Patienten

Der Verlust einer Patientin oder eines Patienten durch Suizid ist ein bedeutsamer Stressor, der häufig von Professionellen aus dem psychosozialen Bereich während des Berufslebens erlebt wird (Vogel, Wolfersdorf & Wurst, 2001) (Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas & Wynecoop, 2000). Studien, die den Einfluss eines Patientensuizids auf Therapeutinnen und Therapeuten untersucht haben, lassen aber keine eindeutige Aussage über die Auswirkungen des Patientinnen- oder Patientensuizids auf das therapeutische/medizinische Personal zu (Dransart, Gutjahr, Gulfi, Didisheim & Seguin, 2014; Wallace, Lemaire & Ghali, 2009; Wurst et al., 2013).

Suizid war im Jahr 2014 mit **27,5 %** die häufigste Todesursache von aktiven Bundeswehrsoldatinnen und Bundeswehrsoldaten.

4.1.3.4 Bundeswehr

Beim Suizidverhalten von Soldatinnen und Soldaten werden in der Literatur oft drei verschiedene Gruppen von Soldatinnen und Soldaten gesondert untersucht. Soldatinnen und Soldaten, die aus dem aktiven Dienst ausgeschieden sind und an Kampfhandlungen teilgenommen haben (Veteraninnen und Veteranen), Soldatinnen und Soldaten, die noch dienen und an Einsätzen teilgenommen haben (Kampfeinsätze und/oder UNO-Missionen) sowie aktive Soldatinnen und Soldaten.

Willmund et al. (2016) berichten, dass Suizid mit 27,5 % die häufigste Todesursache von aktiven Bundeswehrsoldatinnen und Bundeswehrsoldaten im Jahr 2014 war. Unterschiedliche Qualifikationen (Militärpolizei, Infanterie usw.) und Dienstgrade erschweren eine einheitliche Aussage.

Mithilfe der Militärseelsorge und des Psychologischen Dienstes sowie weiterer umfassender Betreuung versuchen die Dienstherren, den Menschen in Notlagen zu helfen. Dennoch stellen die subjektiven öffentlichen, strukturellen und internalen Stigmatisierungsaspekte bei psychischen Erkrankungen und Suizidalität immer noch eine stabile Behandlungsbarriere dar. Mehr als 3.500 Angehörige der Bundeswehr begingen seit 1957 Suizid, die meisten davon in den 70er und 80er-Jahren. Seit Mitte der 90er-Jahre sind die Suizide bei Angehörigen der Bundeswehr konstant rückläufig. Mit Stand 28. Januar 2019 wurden im Meldewesen Innere und Soziale Lage der Bundeswehr für das Jahr 2018 insgesamt 20 Verdachtsmeldungen über Suizide von Angehörigen der Bundeswehr gemeldet (Bundesministerium der Verteidigung FüSK III (1), 2019).

Suizide im militärischen Kontext sind als Folge eines multifaktoriellen Geschehens aufzufassen. Eine grundsätzliche Verbindung zwischen Auslandseinsatz oder posttraumatischer Belastungsstörung und Suizid scheint nicht zu bestehen; auch bei Soldaten treten Suizide im Rahmen von psychischen Erkrankungen, vor allem bei Depressionen, häufiger auf (Willmund et al., 2016). Ein sinnvoller Ansatz zum Verständnis von Suizidalität, auch im Hinblick auf präventive Konzepte bei den Streitkräften, scheint zu sein, aktuelle Lebensereignisse in ihrem Zusammenwirken mit persönlichen Faktoren wie persönlichkeitsstrukturellen Defiziten, Selbstwertkrisen oder existenziellen Ängsten zu betrachten, die dann eine depressive, gegen sich selbst gerichtete Verarbeitungsweise nach sich ziehen können.

4.1.3.5 Seefahrende

Im Bereich der Schifffahrt steht als „Suizidmittel“ der Sprung ins Meer ohne Hindernisse zur Verfügung. Daher ist es auch nicht überraschend, dass 80 % der

Suizide auf hoher See durch selbst verschuldetes Ertrinken verübt werden (Roberts & Marlow, 2005; Wickstrom & Leivonniemi, 1985). Bei Suiziden von Seeleuten sind die Todesumstände oft unklar; allerdings wird davon ausgegangen, dass die meisten Fälle von unklarem Über-Bord-gehen durch Suizid verursacht wurden. In vielen Fällen sind Crew und Mitreisende verstört; durch persönliche Gespräche und E-Mail-Kommunikation versuchen Mitarbeitende der Seemannsmissionen, die seelischen Nöte für die Zurückgebliebenen an Bord zu lindern (Schleich, 2021).

80 % der Suizide auf hoher See werden durch selbst verschuldetes Ertrinken verübt.

Es ist unklar, ob Suizide unter Seeleuten häufiger sind als bei der Landbevölkerung. Studien aus Deutschland gibt es zu diesem Problemfeld nicht. Allerdings lassen sich viele Risikofaktoren für Suizid sowie besondere Stressfaktoren besonders auf die Situation von Seeleuten übertragen, z. B. (Mellbye & Carter, 2017): „Männerhandwerk“, Isolation, lange Trennung von der Familie sowie Freundinnen und Freunden, fehlende Möglichkeiten zum Gespräch, Schlafmangel, finanzielle Sorgen, Mangel an Freizeitmöglichkeiten und Sport, Alkohol, Spannungen in der Crew, traumatische Erlebnisse durch Verletzungen, Flüchtlingsrettung, Piraterie, Havarie, familiäre Krisen. Soziale Unterstützung und Gespräch durch Angehörige, medizinische Hilfe oder Angebote wie die Telefonseelsorge stehen an Bord oft nicht zur Verfügung. Präventionsprogramme müssen darauf abzielen, die Seeleute zu schulen, Suizidalität zu erkennen und auch konkret anzusprechen sowie Vorurteile abzubauen.

4.1.3.6 Künstlerinnen und Künstler

Künstlerische Berufe scheinen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine erhöhte Suizidalität aufzuweisen (Lochthowe, 2008; Stack, 1997). Für Künstlerinnen und Künstler wird in der Literatur ein deutlich im Vergleich zur entsprechenden Bevölkerung erhöhtes Vor-

kommen von Depressionen, Alkoholismus und anderen psychischen Erkrankungen beschrieben (Post, 1996; Preti & Miotto, 1999; Stack, 1997). Weitere Risikofaktoren können die finanzielle Unsicherheit, in und mit der viele Künstlerinnen und Künstler leben müssen, die mangelnde Anerkennung für das geschaffene Werk und die soziale Isolierung, die manche Künstlerinnen und Künstler wählen, sein. Für die genannten Punkte sind den Autorinnen und Autoren keine Studien aus Deutschland bekannt.

4.1.3.7 Geistliche

Das Verhältnis von Glauben zu Suizid ist vielfach untersucht worden, daher überrascht es, dass es nur sehr wenige Untersuchungen über das Suizidrisiko von Geistlichen gibt (Lochthowe, 2008). Kaplan (1988) stellte unter römisch-katholischen Priestern eine unterdurchschnittliche Suizidrate fest (Kaplan, 1988). Ob dies mit der moralischen Beurteilung des Suizids als Sünde oder mit den sozialen Netzen, die Glaubensgemeinschaften bieten, zu tun hat, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Für die genannten Punkte sind den Autorinnen und Autoren keine Studien aus Deutschland bekannt.

4.1.3.8 Lehrerinnen und Lehrer

Obwohl es Studien zur psychischen Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern gibt (Hillert, Koch & Lehr, 2013), sind den Autorinnen und Autoren ausführliche Untersuchungen aus Deutschland über das Suizidverhalten von Lehrerinnen und Lehrern nicht bekannt.

4.1.3.9 Landwirtinnen und Landwirte

Beim Betreiben landwirtschaftlicher Betriebe scheint es mehrere berufsbedingte Stressquellen (Baumert et al., 2014) für die Landwirtinnen und Landwirte zu geben, die das Risiko für Suizid erhöhen, z. B. finanzielle Unsicherheit, isoliertes Arbeiten und lange Arbeitszeiten, teils ohne Pause (Lee, Burnett, Lalich, Cameron & Sestito, 2002). Weiteren Stress für Landwirtinnen und

Landwirte bedeutet die rechtliche Unsicherheit, mit der sie arbeiten und wirtschaften müssen, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen sich ständig ändern und zu vermehrter Bürokratie führen. Das Treffen von Entscheidungen, das Landwirtinnen und Landwirte als Selbstständige ständig tun müssen, oder das Leben in einem sehr engen sozialen Gefüge, kann bei einigen zu einer erhöhten Stressbelastung führen (Judd et al., 2006).

Aufgrund der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und in manchen abgelegenen Regionen auch aufgrund der schweren Verfügbarkeit wird häufig keine professionelle Hilfe aufgesucht bzw. psychische Probleme werden verleugnet (Judd et al., 2006). Auch körperliche Erkrankungen können an der Entscheidung zum Suizid von Landwirtinnen und Landwirten beteiligt sein, da gerade chronische Erkrankungen bedeuten, dass eine Arbeit auf dem Hof oft nicht oder nur noch teilweise möglich ist (Judd et al., 2006; Malmberg, Hawton & Simkin, 1997). Aus Deutschland sind den Autorinnen und Autoren keine umfassenden Studien zum Suizidverhalten von Landwirtinnen und Landwirten bekannt.

4.1.3.10 Medizinische Berufe

Überraschenderweise gibt es aus Deutschland kaum ausführliche Untersuchungen zur Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Die wenigen Studien zu Suizid bei Ärztinnen und Ärzten in Deutschland umfassen eine Arbeit aus dem 1986 (Bämayr & Feuerlein, 1986) sowie eine Doktorarbeit (Naumovska, 2015). Daneben gibt es noch verschiedene Zusammenfassungen, die diese Problematik thematisieren (König, 2001; Mäulen, 2005), sowie eine Übersichtsarbeit von Reimer & Trinkhaus (2005).

Medizinerinnen und Mediziner haben aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer gesetzlichen Stellung einen leichteren Zugang zu Medikamenten und ein umfangreiches Wissen um deren Wirkungen und Nebenwirkungen (Hawton, Clements, Simkin & Malmberg, 2000; Torre et al., 2005). Daher werden am häufigsten Suizide durch Medikamentenvergiftung durchgeführt (Hawton, Malmberg & Simkin, 2004). Medizinerinnen und

Mediziner zeigen signifikant häufiger als die Allgemeinbevölkerung eine depressive Symptomatik (23–31% der Medizinerinnen und Mediziner im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber 15% der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung (Reimer & Trinkaus, 2005). Dafür werden die extrem hohe Arbeitsbelastung im Beruf und die Müdigkeit aufgrund von Überstunden und Schlafmangel verantwortlich gemacht. Auch die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod, der erhöhte Stresslevel und eine Burnout-Symptomatik bringen Ärztinnen und Ärzte an den Rand der Belastungsfähigkeit. Sie erleben eine Verantwortlichkeit für Leben und Tod bei gleichzeitigem Bewusstsein der Grenzen ärztlichen Handelns. Trotz Supervision, Intervision und Balintgruppen erleben die meisten Ärztinnen und Ärzte in dieser Situation nur unzureichend Unterstützung, sie werden auf diese Verantwortung weder vorbereitet noch werden sie dabei regelmäßig, z. B. psychologisch, unterstützt.

Ärztinnen und Ärzte nehmen häufig keine Hilfe in Anspruch, weil sie z. B. befürchten, dass sie eher als Kollegin oder Kollege, jedoch nicht als Patientin oder Patient, angesehen werden, was einer adäquaten The-

rapie möglicherweise im Wege steht. Schlimmstenfalls steht bei der Diagnose einer Major-Depression mit Suizidalität und Substanzabusus die berufliche Karriere auf dem Spiel.

Ein weiterer, wichtiger psychosozialer Faktor ist die persönliche Konfrontation von Medizinerinnen und Medizinern mit der Justiz. Bei diesem Stressor kann es sich sowohl um Vorstrafen als auch um laufende Strafverfahren handeln (Bämayr & Feuerlein, 1986; Mäulen, 2005), z. B. wegen Behandlungsfehlern. Besonders bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die als Selbstständige gleichzeitig auch „Unternehmer“ sind, können auch finanzielle Probleme eine Rolle spielen.

4.1.3.11 Apothekerinnen und Apotheker

Obwohl für Apothekerinnen und Apotheker hinsichtlich des leichten Zugangs zu Drogen und Medikamenten als Suizidmittel das Gleiche wie für Ärztinnen und Ärzte gilt, gibt es in Deutschland keine spezifischen Untersuchungen über den Suizid von Apothekerinnen und Apothekern.

4.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention im beruflichen Umfeld entgegenstehen

4.2.1 Stigmatisierung von Suizidhandlungen

Ein Suizid wird in westlichen Gesellschaften nicht mehr so stark abgewertet wie früher. Doch es bestehen weiterhin religiöse Verurteilungen des Suizids als „Sünde“ und massive Ängste: Der Suizid eines anderen gilt vielen als „das Schrecklichste“, das passieren kann. Stigmatisierung führt zur Ausgrenzung von Menschen mit bestimmten Verhaltensweisen oder Merkmalen – hier einer suizidalen Krise, einem Tod durch Suizid oder der Trauer um einen Menschen, der durch Suizid gestorben ist. Die Ausgrenzung der einen führt zur erhöhten Grup-

penkohärenz der Übrigen. Dadurch wird das stigmatisierte Verhalten als unerwünscht markiert und eine warnende bis verhindernde Wirkung ist erwünscht. Die Stigmatisierung von suizidalem Verhalten kann also als Versuch gewertet werden, Suizide durch ihre kategorische Ablehnung zu verhindern. Suizid-Mythen verstärken dies noch, z. B. die Idee, man könne durch das Ansprechen von möglicher Suizidalität erst Gedanken daran wecken. Oder das Vorurteil, wer „darüber spreche“, würde es nicht tun. Diese Mythen und Stigmatisierungen von Suizidhandlungen sind nach wie vor weit verbreitet, führen aber genau zum Gegenteil von dem, was sie bezwecken sollen. Sie verhindern Unter-

stützung, vertiefen Krisen und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit, dass eine Selbsttötung stattfindet.

4.2.2 Stigmatisierung von suizidalen Krisen

Stigmatisierung beginnt in und schon vor der direkten suizidalen Krise. Suizidalität tritt häufig im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf. Depressionen, Schizophrenie, Traumafolgestörungen und langandauerndes Suchtverhalten sowie Borderlinestörungen erhöhen das Suizidrisiko. Bereits diese Erkrankungen sind stigmatisiert. Menschen, die sich offen zu psychischen Störungsbildern bekennen, drohen Arbeit und Status zu verlieren bzw. werden erst gar nicht eingestellt. Ein weiterer Faktor für suizidale Krisen sind kritische Lebensereignisse wie Trennung, Erkrankung von Angehörigen oder der Tod eines Familienmitglieds. Sie können eine existenzielle Krise mit Leistungseinbußen, Konzentrationsschwächen, häufigen Fehlzeiten und emotionaler Instabilität auslösen. Eine Enttabuisierung von Reaktionen auf Lebenskrisen und von psychischen Störungen ist notwendig, um Betroffenen frühzeitig angemessene Unterstützung zur Verfügung zu stellen (Anderland, 2012). Stigmatisierung, die zu Scham bei den Betroffenen und Abwehr bei den Gatekeepern führt, beginnt also schon in Situationen, die suizidale Krisen auslösen können, und verstärkt damit die Wahrscheinlichkeit, dass Lebenskrisen zu suizidalen Krisen werden.

4.2.3 Stigma und Unternehmens-Image

Ein weiteres Hindernis für den offenen Umgang mit suizidalen Krisen und Suiziden im Unternehmen kann die Angst vor negativem Image sein. Wenn ein Suizid stattgefunden hat, wird dies meist als Hinweis auf das Versagen einzelner Personen oder eines Systems begriffen. Hinterbliebene beschäftigen sich häufig intensiv mit der Suche nach Gründen und nach Verantwortlichen, dabei suchen sie „die Schuld“ häufig bei sich. Ein Suizid am Arbeitsplatz legt andere Deutungszusammenhänge nahe. Er kann als heftigste mögliche Kritik am Unternehmen und den dort herrschenden

Arbeitsbedingungen gedeutet werden. Der damit verbundene Imageverlust eines Unternehmens ist groß. Das Verschweigen eines Suizids kann der Versuch sein, den Imageschaden einzugrenzen oder auch bekannte innerbetriebliche Missstände nicht ändern zu müssen.

Bei Suiziden im Bereich des Gesundheitswesens oder des Strafvollzugs kann zusätzlich die Angst vor strafrechtlicher Verfolgung dazu führen, dass Informationen nur stückweise veröffentlicht werden.

4.2.4 Stigmatisierung von Suizidhinterbliebenen

Das Stigma des unerwünschten Todes wird häufig auf die Hinterbliebenen übertragen (Paul, 2018). In der Unterstützung von Suizidhinterbliebenen am Arbeitsplatz spielt der Umgang mit Ausgrenzungserfahrungen, mit Schuldzuweisungen und mangelndem Einfühlungsvermögen in der existenziellen Krise, die der Suizid eines nahen Menschen auslösen kann, eine wichtige Rolle. Mangelnde Unterstützung in dieser schwierigen Situation kann bei Hinterbliebenen auch das Risiko eigener suizidaler Krisen erhöhen. Für Hinterbliebene fehlt es an Unterstützungsangeboten am Arbeitsplatz, z. B. durch Trauerangebote.

4.2.5 Fehlende Trauerkultur

Die Entwicklung einer unternehmerischen Trauerkultur als Reaktion auf den Tod von Mitarbeitenden bzw. deren Angehörigen steht für viele Unternehmen noch ganz am Anfang. Diese Lücke stellt ein zusätzliches Hemmnis dar, wenn ein Tod durch Suizid intern und extern kommuniziert werden muss. Der Suizid von Mitarbeitenden oder Angehörigen von Mitarbeitenden erfordert neben einer suizidprophylaktischen und gegebenenfalls psychotraumatologischen Aufarbeitung auch die Aktivierung einer betrieblich verankerten Trauerkultur. Beileidsbekundungen, symbolische Handlungen und gemeinsames Gedenken sind hier ein Angebot für emotionale Entlastung, ressourcenstärkendes Gemeinschaftserleben und ein Zeichen für die Entstigmatisierung von Krisen (Offermann, 2016; Randegger, 2019).

4.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

In Unternehmen gibt es zwei Ansatzpunkte:

1. Maßnahmen auf betrieblicher Ebene: Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden durch den Abbau von Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz. Ziel ist es, ein möglichst gesundes und gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld zu schaffen (Verhältnisprävention).
2. Maßnahmen auf Mitarbeitenebene: Positive Beeinflussung des individuellen Verhaltens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Stress und deren Bewältigungsstrategien. Ziel ist es, Belastungen, sowohl aus dem privaten Umfeld als auch aus dem Arbeitsumfeld, abzubauen und Ressourcen zu stärken (Verhaltensprävention).

Unterstützt werden Gesundheitsförderung und Prävention u. a. durch die neu gefasste Aufforderung an die Krankenversicherungen durch das SGB V § 20 in Verbindung mit § 20b. In Absatz 1 des § 20b SGB V heißt es: „Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“ (SGB V, 2019) Die im Dritten Abschnitt des SGB V beschriebenen Präventionsstrategien zielen auf die gesamtgesundheitliche Primärprävention; weite Bereiche der universellen, die selektive und die indizierte Suizidprävention sind dabei nicht einbezogen.

Wegen der hohen Suizidgefährdung widmet die WHO der Suizidprävention ein großes Schwerpunktprojekt

(2013–2020). Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und die Programme der Europäischen Union sensibilisieren für multisektionale Prävention u. a. auch in der Arbeitswelt oder in Universitäten als Forschungs- und Bildungseinrichtungen zu diesem immer noch stigmatisierten Themenfeld. Es wird Unternehmen u. a. empfohlen, Leitlinien für Führungskräfte und andere Funktionstragende zu entwickeln zur Stärkung der Prävention, aber auch zur Unterstützung beim Umgang mit akuter oder latenter Suizidalität am Arbeitsplatz. Der schon 2011 erstellte Leitfaden für die Universität zu Köln wurde in der vorliegenden Fassung 2016 aktualisiert und erweitert (Schmandt, 2016a). Neueste Forschungsergebnisse, Fakten und Erkenntnisse, Bedürfnisse aus der Beratung (intern/extern) fließen im Sinne von guten Beispielen und Anregungen mit ein. Eine ebenfalls online erhältliche Kurzversion, der „Krisenkoffer bei Suizidalität am Arbeitsplatz“ (Schmandt, 2016b), setzt voraus, dass sich die Führungskraft bereits mit dem Inhalt der Leitlinie „Suizidprävention und Umgang mit Suizidalität/Suizid-Leitfaden für den Arbeitsplatz“ vertraut gemacht hat.

Ein Projekt der Justus-Liebig-Universität Gießen bereitet bereits Medizinstudierende auf die Stressoren und Bewältigungsmöglichkeiten sowie Vorbeugemaßnahmen im Arztberuf vor. Alle Medizinstudierenden lernen im Rahmen des Pflichtpraktikums der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, mit welchen Arbeitsbelastungen sie später konfrontiert werden. Gleichzeitig werden Informationen zu Lebensqualität und Präventionsmöglichkeiten gegeben. So, hofft man, wird eine „ausreichende emotionale Vorbereitung auf den späteren Berufsalltag gewährleistet“. Reimer (2005) formuliert, was von Seiten der Arbeitgeber konkret notwendig ist: eine Umsetzung der EU-Richtlinie zur Arbeitszeit auch für Ärztinnen und Ärzte, nicht zuletzt, weil die Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten mit 55 und weniger Arbeitsstunden deutlich höher eingestuft werde als die von Ärztinnen und Ärzten mit 70 und mehr Arbeitsstunden pro Woche (Reimer & Trinkaus, 2005).

Das Verhalten von Führungskräften kann einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Angestellten haben (Schmidt et al., 2018). Vorgesetzte und Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention am Arbeitsplatz. Im Idealfall nehmen sie Vorbildfunktion wahr, pflegen einen partizipativen Führungsstil, kommunizieren mitarbeiterorientiert und sind geschult, Risikofaktoren von Suizid frühzeitig zu erkennen und den entsprechenden Mitarbeitenden darauf anzusprechen. Damit erfüllen Vorgesetzte eine Gatekeeper-Funktion.

Die Effektivität der Ausbildung der Angestellten und/oder Führungsebenen ist gut evaluiert (Takada & Shima, 2010); die Dauer der Trainingsprogramme kann erheblich variieren, die Inhalte sind jedoch ähnlich: Aspekte suizidalen Verhaltens, Risikofaktoren für Suizid, Verhalten gegenüber Risikopersonen und Grundlagen der Gesprächsführung. Die Einstellung der Teilnehmenden gegenüber suizidalen Personen hatte sich verbessert und das Wissen um Suizid und Suizidrisikofaktoren vertieft.

4.3.1 Erläuterung der Evaluation und der damit untersuchten konkreten Fragestellung

Um den Ist-Zustand der suizidpräventiven Angebote im beruflichen Umfeld zu erheben, wurde konsensual ein Fragebogen erstellt. Dieser enthält, neben Items zur Branchenzugehörigkeit und Mitarbeitendenzahl des Unternehmens, Items, welche Konzepte zur Suizidprä- und -postvention sowie Konzepte, welche mittelbar Suizide verhindern können (z. B. Konzepte zu körperlicher oder psychischer Gesundheit), und einschneidende Lebensereignisse im beruflichen Umfeld erfragen. Des Weiteren werden innerbetriebliche Unterstützungsangebote für Personen in seelischen oder suizidalen Krisen, subjektive Einschätzungen, ob etwaige suizidpräventive Angebote für ausreichend erachtet werden, und im Falle von Nichtvorhandensein von suizidpräventiven Angeboten, ob für solche Bedarf bestehe, erhoben. Freie Antwortfelder stehen zur Beschreibung von Unterstützungsangeboten, Verbesserungsvorschlägen für effektivere Suizidprävention und allgemeine Anliegen zum Thema zur Verfügung.

Nach Prätastung des Fragebogens stand dieser online sowie als ausfüllbares PDF-Dokument für postalischen Rücklauf zur Bearbeitung zur Verfügung und wurde mit der Bitte um Mitarbeit branchenübergreifend an Unternehmen verschiedenster Größe, Behörden, Interessensvertretungen, Gewerkschaften, Handelskammern, Kirchen, social-assistance-Programme und an die Künstlersozialkasse ausgesendet.

4.3.2 Ergebnisse

Von insgesamt 58 eingegangenen Fragebögen gaben 37 eine Branchenzugehörigkeit an, dazu gehören öffentlicher Dienst und Bildungswesen (n=16), Industrie (n=8), Sport- und Gesundheitswesen (n=3), Land- und Forstwirtschaft (n=3), IT (n=2), Energie und Verkehr (n=2), Immobilien und Finanzen (n=2), Sonstiges (n=1).

Aufgrund eines Systemfehlers sind keine Daten abrufbar, welche die Verbreitung von spezifischen Angeboten zur Suizidprävention im beruflichen Umfeld erschließen.

Konkrete Vorstellungen über die Implementierung bzw. Verbesserung von suizidpräventiven Maßnahmen betreffen die Organisation eines professionellen betrieblichen Gesundheitsmanagements, welches umfassende Betreuungsprogramme bei einschneidenden oder besonders belastenden Lebensereignissen sowie eine Postvention nach vollendetem Suizid bzw. Suizidversuch beinhaltet. Dabei wünschen sich die Befragten keine einzelnen, kleinteiligen Angebote, sondern interne oder externe Beauftragte zum Thema psychische Gesundheit/Belastung allgemein und Suizidalität und Suizidprävention im Speziellen darin integriert. Einer guten Vernetzung aller beteiligten Akteure wird an dieser Stelle besondere Bedeutung beigemessen.

Als hilfreich beschreiben die Befragten potenzielle rechtliche Verpflichtungen zu gewissen Standards ab gewisser Unternehmensgröße bei gleichzeitiger staatlicher Unterstützung und eine systematische, umfassende und nachhaltige Implementierung bereits bestehender Maßnahmen/Strukturen wie das BGM.

Hervorgehoben werden der Bedarf nach Psychoedukation, Informationen über Anzeichen für eine Suizidgefahr, Handlungsempfehlungen und Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte und Mitarbeitende sowie der dringende Bedarf nach Entstigmatisierung, Awareness-Steigerung und die Sensibilisierung der beteiligten Akteure. Kritisiert werden lange Wartezeiten und unzureichende Zugänglichkeit zu medizinischer und/oder psychologischer Versorgung.

Aufgrund des Fehlens der Daten von konkreten suizidpräventiven Maßnahmen kann keine Prävalenz dieser

in der vorhandenen Stichprobe angegeben werden. Diese Limitation erschwert auch die Interpretation der weiteren berichteten Ergebnisse. Weiterhin lassen sich die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe nicht oder nur schwer verallgemeinern.

Zusätzliche, in diesem Bereich wichtige und notwendige Forschung betrifft das Problemfeld der Arbeitslosen und systematische Betrachtungen, die vor allem zwischen „White“- und „Blue-collar“-Berufen differenzieren. Hierbei bezeichnen White-collar-Berufe grob „Angestellte“ bzw. „Büroarbeiter“ und Blue-collar-Berufe „Arbeiter“.

4.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Trotz gründlicher Recherche konnten keine allgemeingültigen oder öffentlich zugänglichen Guidelines, Richtlinien oder Handlungsempfehlungen gefunden werden. Auch Übersichtsarbeiten zum Thema Suizidalität im beruflichen Umfeld sind rar. In anderen Ländern, v.a. im angloamerikanischen Raum ist dies anders: Die entsprechende Literatur zeigt, dass Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz hauptsächlich aus Ausbildung und Training der einzelnen Mitarbeitenden wie auch der Führungsebene, der Verknüpfung von internen und externen Ressourcen und dem Aufbau eines Netzwerkes besteht (Milner et al., 2013; Skegg et al., 2010; Takada & Shima, 2010; Tiesman et al., 2015). In einem systematischen Review zu Suizidprävention am Arbeitsplatz analysierten Milner et al. (2015) 13 Projekte aus den USA, Australien, Canada und Japan (Milner, Page, Spencer-Thomas & Lamotagne, 2015). Zu den wenigen Programmen, deren Effektivität evaluiert und deren Ergebnisse publiziert wurden, gehört „Together for Life“, ein umfassendes Suizidpräventionsprogramm für kanadische Polizei- und Justizbeamte, das neben Training und Ausbildung auch eine Telefonhotline implementierte und das Suizidrisiko um 79 senken konnte. Ein Programm aus Australien, „MATES in Construction“, konzentrierte sich auf die Einrichtung eines Peer-gatekeeper-Sys-

tems sowie die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und der Annahme von Hilfe. Auch das vielschichtige „US Air Force Suicide Prevention Programme“ senkte innerhalb von vier Jahren die Suizidrate von 15,8 auf 3,5/100.000 (Knox et al., 2010). Es beinhaltete neben Weiterbildung und Training des Einzelnen auch ein „Community-awareness“-Programm sowie ein Screening nach und Unterstützung für Risikopersonen.

Gerade für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte ist eine Umsetzung der EU-Richtlinie zur Arbeitszeit dringend notwendig.

Als ein wichtiger Weg, der helfen kann, die Zahl der Suizide zu verringern, bleibt vor allem die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Hier muss in der Öffentlichkeit noch viel Aufklärungsarbeit geleistet werden. Dass solche Aufklärungsprogramme in Kombination mit einer Sensibilisierung für das Thema und die Zeichen einer Suizidgefährdung helfen, zeigen die Beispiele der US Army und der US Airforce. Bei deren Initiativen gegen Suizide wurden Hilfsangebote aufgebaut und durch Aufklärung eine soziale Verantwortung für andere in Bezug auf Suizid hervorgerufen (Knox et al. 2003).

Als wichtigste Aussagen wurde erarbeitet:

1. Förderung zielgruppenbezogener Interventionen

- Universell präventive Interventionen: Thematisieren, Entstigmatisieren, Enttabuisieren, Entmystifizieren der Thematik Suizidalität in der Aus- und Fortbildung (Wissensvermittlung) aller Berufsgruppen.
- Selektive Suizidprävention bei nachweislich gefährdeten Berufsgruppen und Arbeitnehmenden, die Risikofaktoren für suizidales Verhalten vorweisen, z. B. berufsspezifische Suizidpräventionsprogramme, Peer-gatekeeper, Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bzw. Suizidpostvention.
- Indizierte Suizidprävention: Vermittlung unmittelbarer psychiatrischer Notfallversorgung/Notfallpsychologischer Versorgung von suizidalen Arbeitnehmenden mit professioneller Weiterbehandlung und späterer Unterstützung bei der betrieblichen Wiedereingliederung.

2. Einrichten einer Koordinierungsstelle für berufsgruppenbezogene Öffentlichkeitsarbeit, um

- Awareness für das gesamtgesellschaftliche Thema Suizidalität zu fördern,
- effektive Aufklärungskampagnen in Deutschland durchzuführen,
- niedrigschwellige (Ad-hoc-)Hilfsmöglichkeiten für jedermann und berufsgruppenspezifische bekannt und zugänglich zu machen (z. B. Telefonhotline).

3. Förderung weiterer Forschung

- Grundlagenforschung folgender Berufsgruppen: Künstlerinnen und Künstler, Landwirtinnen und Landwirte, Apothekerinnen und Apotheker, Lehrerinnen und Lehrer, Geistliche.
- Weiterführende Forschung: Medizinische, psychosoziale Berufsgruppen.
- Angewandte Forschung: Informationsvermittlung von bestimmten Altersgruppen in der Gesellschaft (z. B. Erreichbarkeit von jungen Menschen im Zeitalter von Social Media? Öffentlichkeitsarbeit mit Flyern und über Internet wenig effektiv).

Wir sind uns bewusst, dass dieser Bericht nur eine Momentaufnahme darstellt und aus o. g. Gründen keinen Anspruch auf Vollständigkeit beanspruchen kann. Die Autorinnen und Autoren legten größten Wert darauf, wissenschaftliche Evidenz aus Studien zu präsentieren, nicht Meinungsbilder aus (Print-)Medien. Auch deswegen bleiben viele Berufe unerwähnt. Gerade bei mediensensitiven Berufen, wo angenommen werden kann, dass adäquate Strategien im Umgang mit Suizidalität bzw. Suizidprävention existieren, gibt es keine öffentlich zugänglichen Informationen. Des Weiteren wollten die Autorinnen und Autoren aufgrund der Thematik Studien speziell zur Lage in Deutschland zitieren; allerdings mussten die Autorinnen und Autoren feststellen, dass es hierzu kaum Studien gibt. Diese Sachlage kann als direkte Implikation des vorliegenden Berichtes verstanden werden, es besteht großer Bedarf nach Forschung im Bereich der Suizidprävention im beruflichen Umfeld in Deutschland.

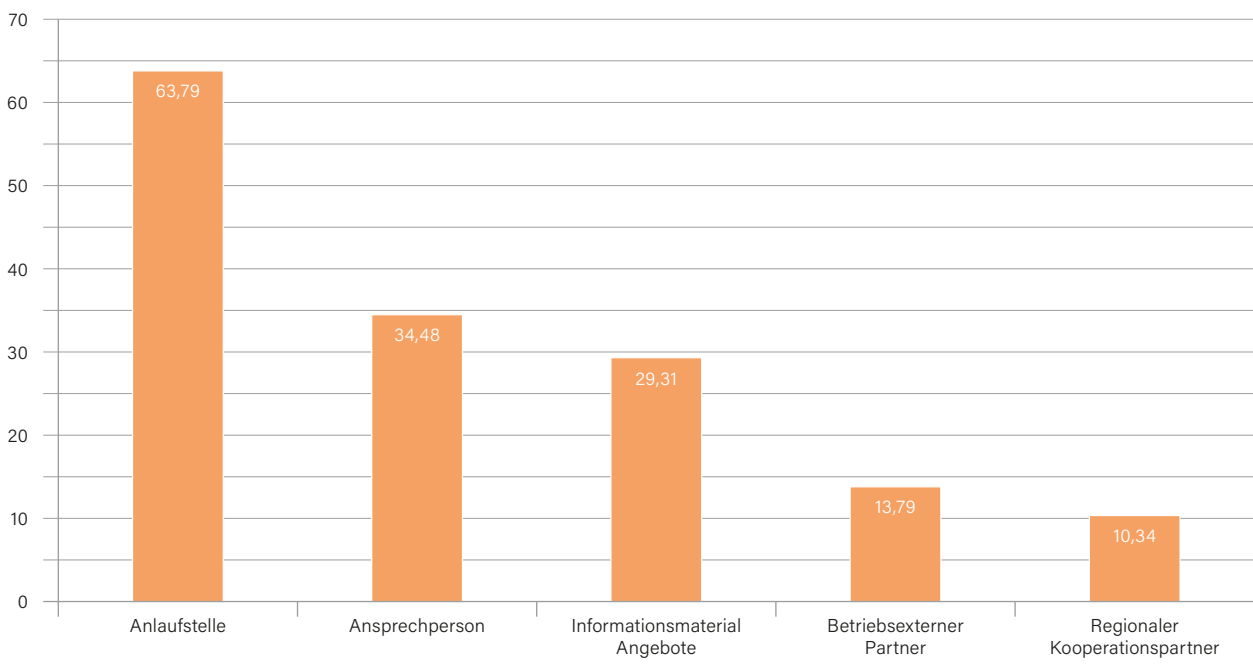
4.5 Danksagung

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich bei den Teilnehmenden der Umfrage für ihre Unterstützung.

4.6 Anhang

29,31% der Unternehmen geben an, über spezielle Konzepte zur Postvention im Falle eines vollendeten Suizids oder nach einem Suizidversuch zu verfügen. Dabei sind meist externe Betreuungsstellen in Form von Konflikt-, Sozial- und Gesundheitsberatung genannt. Im Falle von seelischen Krisen bei Mitarbeitenden bzw. Organisationsmitgliedern werden verschiedene Unter-

stützungsangebote in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten. In den meisten Fällen steht den Betroffenen eine Anlaufstelle oder spezifische Ansprechperson zur Verfügung, wohingegen das Herstellen von Kontakten zu betriebsexternen Partnerinnen und -partnern sowie regionalen Kooperationspartnerinnen und -partnern weniger verbreitet ist (Anhang – Abbildung A4.1).



Anhang – Abbildung A4.1: Unterstützungsangebote für Personen in persönlichen oder suizidalen Krisen

Unternehmen bieten bei verschiedenen beruflichen Veränderungen Angebote, in denen auch Suizidalität thematisiert werden könnte, an. 50% der Befragten geben an, solche Angebote im Falle von eingeschränkter Berufsfähigkeit bereitzustellen, 43,1% bei personalrechtlichen Maßnahmen, 37,93% bei Kündigung oder Entlassung, 36,21% bei Umstrukturierung, 29,31% bei Versetzung und 29,31% beim Übergang in den Ruhestand.

Ihr eigenes suizidpräventives Angebot erachten 37,93% der Befragten als ausreichend, 36,21% als nicht ausreichend und 25,86% machten keine Angabe.

Gibt es in den Unternehmen keine Suizidprävention, sehen 31,03% der Befragten dafür einen Bedarf, 27,59% sehen keinen Bedarf und 41,38% machten keine Angabe.

22,41% der Befragten geben an, bei der Realisierung von suizidpräventiven Maßnahmen Unterstützung zu benötigen.

4.6.1 Abkürzungsverzeichnis

ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BEM	Betriebliches (bzw. Behördliches) Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches (bzw. Behördliches) Gesundheitsmanagement
BKK	Betriebskrankenkassen
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
DB	Deutsche Bahn
FüSK	Führungsstab der Streitkräfte
ias	Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung
MUT	Mitarbeiter-Unterstützungsteam
PSNV-B	Psychosoziale Notfallversorgung – Bevölkerung
PSNV-E	Psychosoziale Notfallversorgung – Einsatzkräfte
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB V	Sozialgesetzbuch, fünftes Buch
UNO	Organisation der Vereinten Nationen
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	Weltgesundheitsorganisation

4.6.1.1 Länderabkürzungen

BW	Baden-Württemberg	NI	Niedersachsen
BY	Bayern	NW	Nordrhein-Westfalen
BE	Berlin	RP	Rheinland-Pfalz
BB	Brandenburg	SL	Saarland
HB	Bremen	SN	Sachsen
HH	Hamburg	ST	Sachsen-Anhalt
HE	Hessen	SH	Schleswig-Holstein
MV	Mecklenburg-Vorpommern	TH	Thüringen

5 Suizidprävention für alte Menschen

Reinhard Lindner¹, Uwe Sperling², Arno Drinkmann³, Daniela Hery⁴, Silvia Renken⁵, Barbara Schneider⁶, Tilmann Supprian⁷, Martin Teising⁸

1 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

2 Dr., Universitätsmedizin Mannheim, IV. Medizinische Klinik, Geriatisches Zentrum

3 Prof. Dr., Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit

4 LL.M. (Medizinrecht), c/o Bernard Korn & Partner, Rechtsanwälte und Fachanwälte

5 Dipl.-Psych., lfd. Psychologin, Klinik für Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinikum Nord Ochsenzoll,

6 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

7 Prof. Dr., Abteilung Gerontopsychiatrie, LVR Klinikum Düsseldorf,

8 Prof. Dr., Bad Hersfeld

ZUSAMMENFASSUNG „Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“ – dieser Leitsatz bezeichnet nicht nur die epidemiologische Realität hoher Suizidraten, insbesondere der Männer im hohen Alter, sondern auch die Spezifika der Suizids und der Suizidalität im Alter: Die Verbindung von lebensgeschichtlichen Prägungen und aktuellen, altersspezifischen Belastungen, wie z. B. die Häufung von Trennungen und Verlusten, wie auch von körperlichen Erkrankungen, deren psychosoziale Folgen das alltägliche Leben erheblich beeinträchtigen können. Trotz dieser bedeutsamen Faktoren sind Alterssuizidalität und der Suizid im Alter immer noch erheblich tabuisiert. Zentral ist dabei, dass das Versorgungssystem für suizidale alte Menschen in Deutschland unzureichend ist: Diese Bevölkerungsgruppe findet besonders schlecht Hilfe. Aber auch die Risikogruppen für Suizid im Alter werden nur schlecht erkannt und angesprochen. Zudem ist die gesellschaftliche Toleranz, ja Befürwortung des Suizids im Alter, immer noch weit verbreitet, werden Suizidalität, Lebensmüdigkeit und Depressivität als „typisch“ für dieses Lebensalter verkannt. Spezifische Therapieansätze, Trainings sogenannter Gatekeeper und die Förderung einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit gelingendem Alter, mit Sterben und Tod können der Suizidprävention dienen.

SCHLÜSSELWÖRTER *Alterssuizid, Gerontophobie, Lebensmüdigkeit, Gatekeepertraining*

ABSTRACT “Suicide bears the imprint of old age”—this guiding principle not only describes the epidemiological reality of high suicide rates, especially among men in old age, but also the specifics of suicide and suicidal behaviour in old age: the combination of biographical imprints and current, age-specific pressures, such as the accumulation of separations and losses, as well as physical illnesses whose psychosocial consequences can significantly affect everyday life. Despite these significant factors, suicidal behaviour and suicide in old age are still considerably taboo. A central factor here is that the care system for suicidal old people in Germany is inadequate: this population group finds it particularly difficult to find help. But the risk groups for suicide in old age are also poorly recognized and addressed. In addition, social tolerance and even advocacy of suicide in old age is still widespread, and suicidal tendencies, life weariness and depression are misunderstood as “typical” for this age group. Specific therapeutic approaches, training of gatekeepers and the promotion of a social discussion about successful old age, about dying and death can help to prevent suicide.

KEY WORDS *old age suicide, gerontophobia, life weariness, gatekeeper training*

Suizidalität im Alter⁴

Suizidhandlungen und ihre Folgen im Alter sind ein gesundheitspolitisches Problem, das oft unterschätzt wird. Jährlich nehmen sich in Deutschland rund 3.500 über 65-Jährige das Leben. Dies entsprach 2019 gut 39% aller Suizide. Da der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung knapp 22% betrug, ist diese Rate überproportional hoch (siehe Tabelle 5.1). Deshalb gehört die Gruppe der älteren Menschen zu den Hochrisikogruppen für Suizide. Diese Sachlage fordert dazu auf, die Suizidprävention im Alter stärker als bisher ins Blickfeld zu rücken und zu unterstützen.

Jährlich nehmen sich in Deutschland
 rund **3.500** über 65-Jährige
 das Leben.
 Dies entsprach 2019 **39%** aller
 Suizide.

	Suizide		Suizidraten	
	Bevölkerung <i>83.166.711</i>	davon 65+ <i>18.090.682 (21,8%)</i>	Bevölkerung	davon 65+
Gesamt	9.041	3.596 (39,4%)	10,87%	19,87%
Männer	6.842	2.684 (39,2%)	16,67%	33,85%
Frauen	2.199	912 (41,5%)	5,21%	8,97%

Tabelle 5.1: Suizide und Suizidraten (Suizide pro 100.000 Einwohner) 2019: Gesamtbevölkerung, ältere Menschen ab 65 Jahren. Bevölkerungszahlen sind kursiv dargestellt. Quelle: Statistisches Bundesamt 3.2021, eigene Berechnungen.

Besonders deutlich wird der Anstieg der Suizidraten in den Altersgruppen ab dem 70. bzw. ab dem 75. Lebensjahr, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Bei den Männern im Alter von 85–89 Jahren lag die Suizidrate über viermal höher als bei den Männern insgesamt, wobei sich Männer aller Altersgruppen generell gut dreimal häufiger als Frauen suizidieren. Die mit Abstand meistgenutzte Suizidmethode war das Erhängen, gefolgt von Selbstvergiftung, Sturz aus der Höhe, Erschießen und weiteren Methoden. Nach wie vor spärlich sind Angaben zur Häufigkeit von Suizidversuchen. Schmidtke et al. (2009) errechneten für die Gruppe der Menschen ab 60 Jahren eine Rate von 1,7 Suizidver-

suchen auf 1 Suizid bei den Männern sowie von 3,2 : 1 bei den Frauen in den Jahren 2005/2006. Diese Raten liegen deutlich unter denen der Gesamtbevölkerung; suizidale Handlungen haben im Alter offenbar häufiger einen tödlichen Ausgang.

Alterungsprozesse und die psychosozialen Folgen körperlicher Erkrankungen führen zu Funktionseinbußen und Einschränkungen, die mit zunehmender Belastung schwer zu kompensieren sind. Nachwirkungen von Lebenskrisen, körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, unerfüllte Lebenspläne, interpersonelle Konflikte sowie existenzielle Fragen

⁴ Dieses Kapitel stützt sich im Wesentlichen auf Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B. & Sperling, U. (Hrsg.). (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Heidelberg: Springer, auf das Memorandum der AG „Alte Menschen“ des NaSPro (2015) zum Thema „Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen“: <https://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf> und auf Sperling, U. (2019). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 46, 4-14.

am Lebensende können Reaktionsweisen einer resignativ-suizidalen Abwendung vom Leben fördern. Dabei spielen qualitative Eigenschaften sozialer Beziehungen, wie ein Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch, eine zentrale Rolle. Suizidale alte Menschen wünschen sich Hilfe und Unterstützung zuerst aus dem Familienkreis und von Freundinnen und Freunden, denen sie vertrauen können, und wenden sich erst in zweiter Linie an andere (professionelle) Helferinnen und Helfer. Diejenigen alten Menschen, die diese sozialen Beziehungen vermissen, sozial isoliert sind und sich verlassen fühlen, tragen ein erhöhtes Risiko für Lebensmüdigkeit und Suizidalität. Ein zentrales Anliegen der Suizidprävention ist deshalb das Bemühen, die soziale Teilhabe alter Menschen in einem vertrauten Umfeld zu stärken.

Zudem vollziehen sich Alter und Altern stets in einem bestimmten historischen und gesellschaftlichen Umfeld. Gesellschaftliche Diskurse und Einflüsse auf Altersbilder haben massive Auswirkungen auf ältere Menschen und ihre soziale Umgebung. Immer noch führen einseitige und zudem negative Altersbilder zu erheblicher Altersdiskriminierung in vielen öffentlichen Diskursen.

Folgerungen für die Suizidprävention

Krisenhilfe und Suizidprävention im sozialen Umfeld Älterer sind bis heute mit unterschiedlichen Zugangsproblemen behaftet. Zum einen nehmen alte Menschen professionelle psychosoziale Hilfsangebote relativ selten in Anspruch. Zum anderen wird die Häufigkeit und Bedeutung der Suizidalität älterer Menschen in der Öffentlichkeit unterschätzt. Aufsuchende Hilfsangebote sind regional sehr unterschiedlich ausgebaut. Der Suizid findet im Vergleich zu anderen Todesursachen im Alter als „seltene“ Todesursache wenig öffentliche Be-

achtung und wird eher toleriert als bei jüngeren Menschen. „Speziell Suizidhandlungen im Alter gelangen schnell in eine Grauzone von stillschweigender Toleranz angesichts der sogenannten ‚demographischen Überalterung der Gesellschaft‘ mit ihren realen und vermeintlichen Folgeproblemen für den einzelnen und die Solidargemeinschaft [...]“ (Erlemeier, 2001: 13).

Gesellschaftliche Prozesse können negative Einflüsse auf das Altern haben. Armut und Isolation stellen dabei besondere Problembereiche für suizidale Menschen dar. Diese können auch beim Blick in die Zukunft zu ungünstigen Entwicklungen führen. Es ist nicht auszuschließen, dass es zu einem Wandel von Lebens- und Solidarformen kommt, wenn in diesem Zusammenhang von den Älteren mehr Eigenleistung gefordert wird und zugleich ökonomische und soziale Sicherheiten nachlassen.

Eine Voraussetzung für gelingende Suizidprävention im Alter ist das Bemühen, Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Lebensbedingungen möglichst lange zu erhalten. Hilfreich dabei können folgende Aspekte sein:

- Differenzierte Altersbilder zu kommunizieren und umzusetzen
- Sinnstiftende Rollen und Betätigungsfelder mit Älteren zu finden und auszubauen
- In frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung zu investieren
- Eigeninitiative und Selbstorganisation Älterer zu stärken
- Potenziale Älterer wahrzunehmen und gemeinschaftlich zu nutzen
- Alte Menschen in Krisen zu unterstützen und gemeinsam Auswege zu suchen

5.1 Aktueller Stand der Suizidprävention für alte Menschen

Zur Darstellung des Stands der Suizidprävention für alte Menschen werden im Folgenden zunächst die Problemlagen der Suizidalität alter Menschen dargestellt (Kapitel 5.1.1). Dabei wird ein Überblick über Risikofaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter (Kapitel 5.1.1.1) und über relevante Felder der Suizidprävention dieser Bevölkerungsgruppe (Kapitel 5.1.1.2) gegeben. Danach werden die relevanten Akteurinnen und Akteure der Suizidprävention benannt (Kapitel 5.1.2). Sodann folgt die systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in der Altenhilfe (Kapitel 5.1.3) und der aktuellen Richtlinien, Guidelines und Behandlungsempfehlungen (Kapitel 5.1.4). Auch wenn dieser Darstellung ein intensiver Rechercheprozess zugrunde liegt, so kann kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden.

5.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidalität alter Menschen

5.1.1.1 Risikofaktoren

5.1.1.1.1 Psychische und körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren

Bisher wurde eine Vielzahl von Risikofaktoren für den Suizid im Alter identifiziert. Wie in anderen Lebensabschnitten auch (siehe Einleitung, S. 17), gehören in westlichen Ländern psychische Erkrankungen im Alter zu den wichtigsten Risikofaktoren für vollendeten Suizid. Daneben sind körperliche Erkrankungen bedeutsame alterstypische Risikofaktoren für Suizid im Alter (Mellqvist Fässberg et al., 2015).

Affektive Störungen gelten als die häufigsten psychischen Erkrankungen bei älteren durch Suizid Verstorbenen. Ältere Personen, die unter Depressionen leiden, haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere dann, wenn sie wiederholt an Depressionen erkrankt

waren. Bestimmte Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Wahnvorstellungen oder Schlafstörungen erhöhen das Suizidrisiko. Häufig wird übersehen und unterschätzt, dass knapp ein Drittel der älteren Suizidentinnen und Suizidenten unter einer Suchterkrankung leiden. Höheres Lebensalter gehört neben anderen Faktoren wie geringe soziale Unterstützung zu den Risikofaktoren für Suizid bei Alkoholabhängigkeit. Die häufigsten Suchtmittel im Alter sind Alkohol und Beruhigungsmittel. Das Suizidrisiko ist bei Suchterkrankungen stark erhöht. Zudem spielen Persönlichkeitsstörungen für Menschen im Alter von über 60 Jahren als Risikofaktoren für Suizid eine gewisse Rolle. Andere psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen, Angsterkrankungen und Essstörungen sind für Suizidalität im Alter hingegen weniger von Bedeutung.

Trotz des relativ häufigen Vorkommens von dementiellen Erkrankungen im hohen Alter werden sie bei älteren durch Suizid Verstorbenen eher selten gefunden. Offenbar ist das Suizidrisiko kurz nach der Diagnosestellung am höchsten (Supprian, 2019).

Suizidales Verhalten tritt **2–3x** häufiger bei Personen mit chronischen Schmerzen als bei der Allgemeinbevölkerung auf.

Offensichtlich stärker als in anderen Altersgruppen spielen körperliche Erkrankungen bei Suizid im Alter eine Rolle (Lindner et al., 2014). Allgemein gilt, dass chronische Schmerzen wichtige Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind (WHO, 2014). Suizidales Verhalten tritt zwei- bis dreimal häufiger bei Personen mit chronischen Schmerzen als bei der Allgemeinbevölkerung (Tang & Crane, 2006) auf. Sämtliche Krankheiten, die mit Schmerzen, Körperbehinderung, neurologischen Entwicklungsstörungen und seelischer Belastung verbunden sind, erhöhen das Suizidrisiko (Stenager &

Stenager, 2009). Dazu gehören Krebs, Diabetes und HIV/AIDS. Dieser Befund zeigt sich besonders im Alter: Todeswünsche im Alter sind besonders bei chronischen Schmerzerkrankungen, wie rheumatoider Arthritis, bei Lungenfunktionsstörungen mit Luftnot und bei Blasen-/Prostatacarcinomen (hier besonders bei den „jungen Alten“ häufiger [Lapierre et al., 2015]). Bei Krebserkrankungen ist das Suizidrisiko besonders im ersten Jahr nach der Diagnosestellung und bei Metastasierung erhöht (siehe auch Kapitel „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“, S. 170).

5.1.1.2 Soziale Risikofaktoren

Generell sind Lebenssituationen, die mit geringerer sozialer Integration einhergehen, Risikofaktoren für Suizid. So haben Unverheiratete ein erhöhtes Suizidrisiko; auch Migration kann unter bestimmten Bedingungen ein Risikofaktor für Suizid sein. Auch spezifische belastende Lebensereignisse erhöhen das Suizidrisiko, wie familiäre Konflikte und finanzielle Probleme. Nach Verlust von nahestehenden Personen können langanhaltende Trauerprozesse, Isolation und Einsamkeit zur Entstehung von suizidaler Gefährdung beitragen.

Frühere Suizidversuche und traumatische Erlebnisse wie körperlicher oder emotionaler Missbrauch gehen mit einem gesteigerten Suizidrisiko einher. Zwar nicht durch empirische Daten belegt, jedoch aus vielen Kasuistiken recht wahrscheinlich ist die Annahme, dass Suizidalität gerade in der Generation der „Kriegskinder“ (Radebold et al., 2006; Peters et al., 2019) eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Traumatische (Verlust-)Ereignisse, Gewalterfahrungen und lebensbedrohliche Erlebnisse können sowohl zu lebenslangen psychischen Problemen mit Suizidalität als auch zu neu auftretendem suizidalen Erleben im Alter führen (Briggs et al., 2012).

Suizid und Suizidversuche bei Freundinnen und Freunden oder Angehörigen oder Berichte darüber in den Medien (sogenannte Cluster-Suizide bzw. der Werther-

Effekt) können suizidales Verhalten begünstigen (siehe Bericht der TPG „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“, S. 61).

Eine gerade im Alter besonders gefährdete Gruppe bilden Männer, meist ohne langanhaltende, kontinuierliche Partnerschaft, wobei diese auch entweder durch Tod der Partnerin oder des Partners oder Scheidung verloren worden sein konnte, oder aber nie eine Partnerschaft eingegangen wurde. Dabei ist sozialpsychologisch relevant, dass diese Männer zu geringe Kompetenzen haben, um Konflikte in Partnerschaften durch Austausch und Gespräch miteinander zu bewältigen (Canetto, 1991, 1994). Hinzu kommen riskanter Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit. Eine ebenfalls nicht zu vernachlässigende Gruppe stellen alte Paare mit massiven, oftmals langanhaltenden interpersonellen Konflikten dar, die nicht interaktionell gelöst oder befriedet werden können.

5.1.1.2 Schwerpunkte der Suizidalität im Alter

5.1.1.2.1 Suizid während stationär- psychiatrischer Behandlung

Die Gerontopsychiatrie ist eine Fachdisziplin innerhalb der Psychiatrie, die sich besonders mit der psychischen Gesundheit Älterer befasst. Neben der Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen liegt ein Fokus der vorwiegend stationären Institutionen auf der Diagnostik und Behandlung affektiver Störungen. Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie stellt eine wichtige Aufgabe dar; hier ist der Anteil akut suizidaler alter Menschen, bezogen auf alle medizinischen Bereiche, besonders hoch. Keine andere medizinische Disziplin behandelt so viele suizidale Ältere, und in keiner anderen medizinischen Disziplin finden sich auch anteilmäßig so viele Suizide Älterer. Auch die professionelle Kompetenz hinsichtlich psychotherapeutischer und psychiatrischer Diagnostik und Therapie ist in der Gerontopsychiatrie besonders hoch.

Bedeutung der Suizidalität in der Gerontopsychiatrie:

In einer der neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) werden systematisch die Meldungen von Suiziden älterer psychiatrisch-stationärer Patientinnen und Patienten (als sogenanntes „Besonderes Vorkommnis“) im Zeitraum von 1995–2014 ausgewertet. Sie ergaben eine Zahl von 103 Kliniksuiziden älterer Menschen (> 65 Jahre) innerhalb einer Gesamtstichprobe von 551 Suiziden jedes Alters. Die Untersuchung zielte auf die Identifikation möglicher Risikofaktoren, da insbesondere im stationären Behandlungssetting suizidpräventive Maßnahmen strukturell und organisatorisch besonders gut umsetzbar erscheinen. Geplant ist eine erweiterte Analyse aller Suizide auf der Grundlage der Krankenakten. Ziel ist die flächendeckende Förderung der Suizidprävention in allen gerontopsychiatrischen Abteilungen Deutschlands.

5.1.1.2 Suizidalität in der Geriatrie

Die Geriatrie befasst sich als Fach der Medizin vorwiegend mit dem körperlich kranken, alten Menschen, wobei der Fokus auf Multimorbidität und Immobilität liegt. Die Besonderheit des geriatrischen Zugangs besteht in einem funktionellen, lebensweltorientierten und biopsychosozialen Blick auf die Patientin und den Patienten, vor einer morbiditätsspezifischen Perspektive. Dies führt zu multiperspektivischen und multiprofessionellen Behandlungsansätzen mit Integration psychiatrischer und psychosomatischer Aspekte. Lebensmüdigkeit und Suizidalität spielen in der stationären und ambulanten Geriatrie eine wichtige Rolle. 5–30% der stationär-geriatrischen Patientinnen und Patienten sind zumindest kurzfristig lebensmüde oder suizidal (Burkhardt et al., 2003; Sperling et al., 2009). Gezeigt werden konnte aber auch, dass Lebensmüdigkeit und Suizidalität bei einem Teil der Patientinnen und Patienten im Lauf der geriatrischen Behandlung veränderbar war (Sperling et al., 2009). Die psychosozialen Folgen körperlicher Erkrankungen (insbesondere Schmerzen) wie auch Beziehungsprobleme und Depressivität spielen dabei auslösend eine zentrale Rolle (Lindner et al., 2014). Gerade interaktionelle Probleme suizidaler Patientinnen und Patienten inszenieren sich auch im klinischen Alltag (Lindner et al., 2012). Eine für diesen Bericht durchgeführte Online-Befragung von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) konnte aufzeigen, dass

Lebensmüdigkeit, Suizidalität, Suizidversuche und auch der Suizid relevante Erfahrungen von Geriaterinnen und Geriatern sind und dass ein größeres Ausmaß an theoretischem Verständnis, klinisch-praktischen Kenntnissen und Zusammenarbeit im Feld der Behandlung suizidaler geriatrischer Patientinnen und Patienten und der Suizidprävention im Alter dringend gewünscht wird.

5.1.1.3 Suizidalität in der ambulanten Altenpflege

Suizidalität und Lebensmüdigkeit spielt auch in der ambulanten Altenpflege eine nicht unerhebliche Rolle. Hier sind die professionellen Beziehungen oftmals auf eine längere Dauer angelegt, die Pflege führt häufig auch nicht zu einer deutlichen Verbesserung, sondern dient oftmals der Konsolidierung eines eingeschränkten Status quo. Zudem sind vielfältige Beziehungen zu beachten, nicht nur zu den zu Pflegenden, sondern auch zu (pflegenden) Angehörigen, Verwandten und Bekannten/Freundinnen bzw. Freunden. In diesem komplexen sozialen und pflegerischen Feld ist die Kommunikation über belastende Inhalte wie Suizidgedanken, Wünsche nach Assistenz beim Suizid bis hin zur Tötung auf Verlangen, schwierig. Oftmals stoßen Altenpflegekräfte an Grenzen. Die wissenschaftliche Untersuchung des altpflegerischen Feldes der Suizidprävention ist noch nicht ausreichend.

Theorie-/Praxisbeispiel: Kurzinfo „für die Kitteltasche“

Ein studentisches Projekt der Entwicklung eines Suizidpräventionstools aus dem BA-Studiengang „Soziale Arbeit“ des Instituts für Sozialwesen der Universität Kassel führte eine Befragung von Fachkräften der ambulanten Altenpflege durch. Die hier erhobenen Ergebnisse weisen auf folgende Optionen hin: Zeitnahe und kurze Information, Supervision und Fortbildung zum Thema Lebensmüdigkeit und Suizidalität werden gewünscht, z. B. als Beratungshotline für Professionelle oder auch eine Kurzinfo „für die Kitteltasche“. Zudem wird auf die Bedeutung der Hilfen für Angehörige hingewiesen (genauere Darstellung siehe Anhang – 5.5.1).

5.1.1.2.4 Suizidalität in der stationären Altenpflege

Die Befundlage zur Suizidalität von Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ist eingeschränkt (Drinkmann, 2019). Erst in den letzten Jahren sind in den USA und Australien umfangreichere empirische Studien dazu erschienen (Mezuk et al., 2014, 2015; Murphy et al., 2015, 2018a,b). Danach sind vollendete Suizide in Heimen insgesamt eher seltene Ereignisse.⁵ Suizidale Handlungen – oft in Form von indirektem suizidalen Verhalten wie Nahrungs- oder Medikamentenverweigerung – sowie suizidale Gedanken sind jedoch

deutlich häufiger (Erlemeier et al., 2014; Mezuk et al., 2014). Die Suche nach psychologischen Faktoren reproduziert im Wesentlichen die bekannten Risiko- und Schutzfaktoren (Lindner et al., 2014; Sperling, 2019). Suizidalität scheint besonders bei Eintritt in eine Pflegeeinrichtung aufzutreten (Drinkmann, 2019). Konzepte zur Suizidprävention sind in vielen Heimen noch nicht ausgereift (Wicki, 2016). Unter dem Strich präsentiert sich auch die wissenschaftliche Befundlage zum Thema Wirksamkeit von suizidpräventiven Maßnahmen in Heimen als unbefriedigend, kleinteilig und heterogen (Mezuk et al., 2014).

Selbsthilfe – Ältere Angehörige von Suizidentinnen und Suizidenten und Angehörige von älteren durch Suizid Verstorbenen

Der Suizid einer nahen Person stellt für viele Angehörige eine schwere psychische Belastung dar, die weit über eine Trauerreaktion hinaus geht. Hochambivalente Gefühle und Gedanken belasten die Trauerarbeit und können psychosoziale Hilfen notwendig machen. In einer Interviewstudie mit Face-to-Face-Interviews, telefonischen und E-Mail-Befragungen wurde der Frage nachgegangen, welche Selbsthilfemöglichkeiten Ältere nach dem Suizid eines Angehörigen haben (Freier, 2019, unveröff. Manuskript). Das Ergebnis zeigt, dass ältere Menschen noch mehr in den Fokus der Hilfen für Angehörige gestellt werden könnten. Positiv sind Berichte aus der Selbsthilfeorganisation AGUS – Angehörige um Suizid, in der sich auch ältere Hinterbliebene einfinden und von den unterstützenden, die Trauer fördernden Gesprächen profitieren. Auch die Organisation „Verwaiste Eltern“ (www.veid.de) kann für bestimmte Angehörige eine Hilfe nach Suizid sein, wenn sie sich mit der Metapher des „Verwaist-Seins“ (und ihrer institutionellen Repräsentanz) identifizieren. Die Interviewstudie konnte Hinweise darauf finden, dass es eventuell spezieller Angebote für Ältere bedarf, wie z. B. Gesprächsgruppen, die tagsüber stattfinden, oder aufsuchende Beratungsangebote bei eingeschränkter Mobilität. Zudem sollten Gatekeeper (z. B. Hausärzte) mehr geschult werden.

⁵ Jährliche Inzidenzrate bei über 65-Jährigen von 14,16/100.000 im Heim vs. 15,66 außerhalb (Mezuk et al., 2015)

5.1.2 Darstellung der in dem Segment der Altenhilfe relevanten Akteurinnen und Akteure

Das im Bereich der Suizidprävention bei alten Menschen relevante Segment ist überwiegend klar gegenüber anderen Segmenten abgrenzbar. Es handelt sich um die Akteurinnen und Akteure der Altenhilfe, wobei

diese auf allen gesellschaftlichen Ebenen, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bis zu regionalen oder privaten Diensten, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen angesiedelt sind. Bei Drinkmann & Würfflein (2014: 114) findet sich eine Systematisierung der verschiedenen Institutionen, die in diesem Feld relevant sind:

Systemebene	ambulant	stationär
A. Krisenintervention	<ul style="list-style-type: none"> • Krisentelefon/Telefonseelsorge, Notruf-einrichtungen • (Therapeutische) Kriseninterventions-einrichtungen, Krisenberatungsstellen • Psychiatrische Krisen- und Notfalldienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Kriseninterventionsstationen in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken • Therapiezentren für Suizidgefährdete
B. Psychosoziale Einrichtungen und Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Geronto- und sozialpsychiatrische (Fach-) Dienste/Beratungsstellen • Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Altenberatungs- und tagesstellen, Seniorenbüros • Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten, Neurologen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische und psychosomatische Kliniken (mit Betreuung suizidaler Menschen), Polikliniken, Institutsambulanzen
C. Ärztliche und seelsorgliche Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit und ohne psychotherapeutische Kompetenz • Seelsorger 	<ul style="list-style-type: none"> • Somatische Krankenhäuser (Intensivstationen, Allgemeinstationen, Geriatrie, Chirurgie u. a. Abteilungen mit alten Patientinnen und Patienten), psychiatrische Liaisondienste, Hospize
D. Sonstige Hilfeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsamt, Polizei, allg. Sozialdienst • Berufsbetreuerinnen und -betreuer • Selbsthilfegruppen (etwa für Verwitwete nach Suiziden) • Besuchsdienste • Home Treatment, ambulante Pflegedienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeheime, Seniorenresidenzen
E. Subprofessionelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtlich Helfende und gesetzliche Betreuerinnen und -betreuer • Familie • Informelle Netze • Öffentliche Meinung, Medien 	

Tabelle 5.2: Die Struktur des deutschen Versorgungssystems für suizidale alte Menschen.

Die tabellarische Zusammenstellung macht deutlich, dass Akteurinnen und Akteure im Feld der Suizidprävention im Alter tätig sind, die auch in anderen Abschnitten dieses Berichts Erwähnung finden. Hierzu zählen Personen und Institutionen, deren Arbeit in den Berichten der TPG „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“, TPG „Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung“ wie auch in geringerem Ausmaß der TPG „Niedrigschwellige Suizidprävention“, „Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln“ und „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“, d. h. Projektgruppen mit allgemeinen suizidpräventiven Perspektiven, dargestellt wird.

5.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in der Altenhilfe

Der folgenden Darstellung laufender Aktivitäten der Suizidprävention im Bereich der Altenhilfe liegen methodisch unterschiedliche Recherchen zugrunde: E-Mail-Befragungen mit telefonischen Folgeinterviews, Literaturreviews, persönliche Berichte im Rahmen der Arbeit der AG „Alte Menschen“ des NaSPro sowie Projekte und Aktivitäten der Mitglieder dieser Arbeitsgruppe in ihren jeweiligen Feldern.

5.1.3.1 Ergebnisse einer E-Mail-Befragung von Institutionen der Altenhilfe in Deutschland

Für diesen Bericht wurde durch die Teilprojektgruppe „Suizidprävention für alte Menschen“ eine E-Mail-Befragung mit telefonischen Folgeinterviews von 77 Institutionen der Altenhilfe in Deutschland durchgeführt mit einem Rücklauf von insgesamt 29 Institutionen (37,7%), wobei genauere inhaltliche Stellungnahmen von elf Institutionen (14,3%) zu erhalten waren. Gefragt wurde nach Suizidpräventionsmaßnahmen, die im Wirkungsbereich der jeweiligen Institution bekannt sind. An der Erhebung haben sich überwiegend bereits besonders in der Suizidprävention engagierte Institutionen beteiligt. Deshalb ist sie nicht repräsentativ und stellt den Stand der laufenden Aktivitäten positiver dar,

als er im Durchschnitt ist. Auf der anderen Seite sind die gewonnenen Beispiele in ihrer Vielfältigkeit äußerst instruktiv.

Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Angaben der Institutionen zunächst in thematischen Clustern und nachfolgend nach übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Diese drei Kategorien wurden bezeichnet als:

1. Suizidpräventionsmaßnahmen (universell, selektiv, indiziert)
2. Zusammenarbeit, Entwicklung und Unterstützung für Ältere
3. Was fehlt? „Lücken im Netz“

5.1.3.1.1 Suizidpräventionsmaßnahmen (universell, selektiv, indiziert)

Suizidpräventionsmaßnahmen werden seit einigen Jahren auch in universelle, selektive und indizierte Prävention eingeteilt. Diese Einteilung ist auch für Suizidpräventionsmaßnahmen bei älteren Menschen anwendbar (Sakashita & Oyama, 2019).

Universelle Suizidprävention

Im Kontext der universellen Suizidprävention kommt den großen Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft eine besondere Bedeutung zu. Große gesundheits- und sozialwirtschaftliche Verbände wie der *Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)* und der *Sozialverband VdK Deutschland* unterstützen präventiv gesundheitsförderliche Programme und soziale Aktivitäten, die auch die psychische Gesundheit betreffen.

Die Deutsche Depressionshilfe engagiert sich breit in regionalen Aufklärungsaktivitäten: Hierzu zählen Vorträge und Informationstage für Expertinnen und Experten, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die breite Öffentlichkeit zum Schwerpunktthema „Depression im Alter“ wie auch die Förderung von Forschung: Im Rahmen einer Evaluation der Aktivitäten der regionalen Bündnisse gegen Depression auf ihre suizidpräventive Wirkung hin werden auch Alters- und Geschlechtsun-

terschiede der Aktivitäten zur Depressionsprävention analysiert.⁶

Die *Telefonseelsorge Deutschland (TS)* gibt an, dass gerade Ältere die TS bei subjektiv erlebter „Einsamkeit“ nutzen, verbunden mit interpersonellen Konfliktthemen. Konkrete Krisenintervention und professionelle Hilfen würden allerdings seltener angefragt.

Dass auch Institutionen des Bundes zu universeller Suizidprävention beitragen können, zeigt das Beispiel des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI): Es teilte mit, Inhouse-Schulungen für „Umgang mit psychischen Belastungen“ und „Resilienz“ i. S. einer Führungskompetenz durchzuführen.

Selektive Suizidprävention

Selektive Suizidprävention richtet sich an besonders gefährdete Risikogruppen. Die Befragung zeigte, dass bestimmte Gruppen besonders häufig adressiert wer-

den: Hierzu zählen Personen mit psychischen Störungen wie Depressionen, Hinterbliebene nach Suizid und einsame Personen. Personen mit Depressionen werden auch durch Aktivitäten der GKV, des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) angesprochen: So lancierte die ABDA 2008 zuletzt Fortbildungen zur Suizidprävention bei Depressionen im Alter in der pharmazeutischen Fachpresse. Andere Risikogruppen mit Altersfokus sind weniger adressiert: Alte Männer oder spezifischer die Gruppe der Migrantinnen und Migranten, hier besonders der „Russlanddeutschen“.

Berichtet wurden auch einzelne Forschungsmaßnahmen im Bereich der selektiven Prävention: Im Rahmen einer Evaluation der Aktivitäten der regionalen Bündnisse gegen Depression auf ihre suizidpräventive Wirkung hin werden auch Alters- und Geschlechtsunterschiede analysiert.

Beispiele für selektive Suizidprävention bei Älteren

Beispielhaft für spezifisch auf Suizidalität hin fokussierte Projekte sei hier ein BMG-gefördertes **Projekt „Hilfe nach Suizid“** (Arbeitstitel GROUP-CARE) der „Verwaisten Eltern“ genannt (www.hilfe-nach-suizid.de). Zielgruppe sind Trauernde nach Suizid zwischen 18 und 75 Jahren. Unklar ist allerdings, warum es eine Altersgrenze nach oben überhaupt gibt (zum Bedarf der Hilfen für hochbetagte Angehörige nach Suizid s.o.). Es handelt sich um eine 12-wöchige Online-Gruppenintervention, welche im Rahmen eines Webinars durchgeführt wird. Die verschiedenen Module beschäftigen sich mit den spezifischen Themen, die für Hinterbliebene nach einem Suizid relevant sind.

Aktivitäten des Saarländischen Bündnisses gegen Depression

Vor ca. 4 Jahren fand eine große Veranstaltung zum Thema „Dem Leben eine Chance geben“ mit Vorträgen zur Logotherapie (nach V. Frankl) statt. Vorträge zur Suizidalität im Alter auf Seniorentagen und Seniorenmessen wie auch beim „Netzwerk gute Nachbarschaft“ wurden veranstaltet. „Mitfahrerbankchen“ wurden initiiert, um gegen Einsamkeit in strukturell schwachen Gebieten anzugehen.

Die **Deutsche Depressionshilfe** fokussiert auf depressive Ältere, indem sie Schulungen für Hausärztinnen und Hausärzte zur Diagnostik und Behandlung von Depression und zur Exploration von und den Umgang mit Suizidalität anbietet. Hinzu kommen Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, darunter stationäre und ambulante Altenpflegekräfte: Die Schwerpunkte liegen dabei auf Altersdepression, Abgrenzung von Demenz, Exploration der Suizidalität und die Rolle der Pflegekraft.

⁶ Eine Übersicht über suizidpräventive Aktivitäten speziell mit Fokus auf Ältere der Deutschen Depressionshilfe findet sich im Anhang.

Indizierte Suizidprävention

Indizierte Suizidprävention richtet sich direkt an suizidale Personen. Gerade indizierte Suizidprävention wird im Gesundheitswesen im Sinne von Behandlungen suizidaler Personen (mit und ohne Suizidversuch) durchgeführt. Beispielhaft sei hier die Angabe der Caritas genannt, die auf regionale Krisendienste hinweist, wie den Berliner Krisendienst. Bezüglich der Fort- und Weiterbildung berichtete das „Bündnis gegen Depression“, Fortbildung speziell zu Suizidalität im Alter für Alteneinrichtungen anzubieten. Weitere Informationen zu indizierter Suizidprävention finden sich in diesem Kapitel u. a. bei Angaben aus der Gerontopsychiatrie, der Geriatrie, der ambulanten Altenpflege usw.

5.1.3.1.2 Notwendigkeit verstärkter Zusammenarbeit, der Entwicklung von Suizidprävention und der Unterstützung für Ältere

Der Aspekt der Zusammenarbeit, der Entwicklung suizidpräventiver Strategien und der Unterstützung für Ältere wird von einigen Befragten besonders betont.

Im Rahmen der aktuellen Befragung wurde der Kontakt zwischen der AG „Alte Menschen“ des NaSPro und der *Bundesarpothekerkammer* und dem *Bundesverband deutscher Apothekerverbände (ABDA)* intensiviert. Erstellt wurde ein Leitfaden für die Gesprächsführung mit suizidalen Älteren in der Apotheke, der am Weltsuizidpräventionstag 2020 erschienen ist (AG Alte Menschen (NaSPro) & ABDA, 2020). Geplant sind gezielte Fortbildungsangebote zum Thema über die Apothekerverbände, aber auch im Rahmen der Weiterbildung „Geriatrische Pharmazie“.⁷

Die Unterstützung älterer suizidgefährdeter Menschen erfolgt in unterschiedlichen Bereichen und auf unterschiedlichen Ebenen. Sie wird in diesem Bericht auch von weiteren Teilprojektgruppen (TPG), besonders von der TPG „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“, dargestellt. Obwohl alte Menschen unterschied-

lichen Hemmnissen ausgesetzt sind, professionelle Hilfe in Form von Beratung, Seelsorge, Sozialer Arbeit, psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie zu suchen und zu finden und obwohl sie tendenziell eher den hilfreichen Kontakt zu Angehörigen suchen (Lindner et al., 2014), sind praktische Modelle der Beratung/Behandlung suizidaler alter Menschen erprobt. Zur Effektivität nicht-medikamentöser Maßnahmen bei der Bewältigung suizidaler Krisen bei unipolarer Depression liegt eine neue Studie des IQWiG (2019) vor. Sie bietet einen Hinweis auf die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen, wobei Studien über andere Therapieformen, wie psychodynamische Therapien, nicht vorlagen. Studien zur Evidenz fehlen auch nach einer umfangreichen narrativen Literaturrecherche zur Beratung, Krisenintervention und Psychotherapie bei Suizidalität alter Menschen insbesondere aus Deutschland. Beratung, Krisenintervention und Psychotherapie bilden zwar die wichtigsten Behandlungsformen von Suizidalität im deutschen Gesundheitssystem, ohne dass ihre Wirksamkeit aber ausreichend untersucht wurde. Die Notwendigkeit der Interventions- und Versorgungsforschung auf nationaler Ebene muss deshalb für die Behandlung suizidaler Älterer hervorgehoben werden (vgl. Einleitung).

Verbände der Sozialen Arbeit, wie der *Deutsche Berufsverband Soziale Arbeit* (mit seiner Seniorinnen- bzw. Senioren-Vertretung, der SeniorInnen-DBSH), und die *Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)* – als ein Mitglied der DBSH) haben das Feld der Sozialen Arbeit mit suizidalen Älteren fokussiert und sich zum Teil kontrovers geäußert. Die DVSG hat in einem Positionspapier (30.11.2018) konkrete Maßnahmen formuliert, die der sozialarbeiterischen Suizidprävention im Alter dienen. Hierzu zählen die Förderung sozialer Kontakte, alternativer Wohnformen im Alter, ortsnaher niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitungsangebote, aber auch die gezielte Diagnostik und konsequente Weiterführung der Krisenintervention, Angebote von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Stärkung des sozialen Netzwerkes und Vermittlung in Selbsthilfegruppen. Gerade im Hinblick auf

⁷ www.abda.de/themen/apotheke/fortweiterbildung/weiterbildung/spezialisierungsrichtungen/spezialisierungsbereiche/geriatriische-pharmazie/

die „hard-to-reach“-Klienten im Alter wird aufsuchender Sozialer Arbeit ein hoher Stellenwert eingeräumt und festgestellt, dass die Ausbildung in diesen Bereichen noch unzureichend ist.

Der bundesweite Verein *Angehörige um Suizid (AGUS)* richtet sich an Menschen, die eine nahe Person durch Suizid verloren haben (s. o.). Da diese Personengruppe einem besonderen Suizidrisiko unterliegt, ist die Arbeit von AGUS, besonders im Rahmen der regional organisierten Selbsthilfegruppen, als wichtiger Faktor der deutschen Suizidprävention einzuschätzen. Alte Menschen finden nach Angaben von AGUS zunehmend den Weg auch in dieses Hilfsangebot.

Die *Telefonseelsorge* ist eine niedrigschwellige Einrichtung, die sich im Wesentlichen durch die bundesweit regionale Organisation telefonischer Krisenhilfe an der Suizidprävention in Deutschland sehr aktiv beteiligt. Geschulte ehrenamtliche Helfende bieten u. a. suizidalen Menschen eine Möglichkeit der Aussprache. Anonymität und Unverbindlichkeit bei gleichzeitiger unvoreingenommener Zuwendung fördern Aussprache und Entlastung gerade bei Personen, die aufgrund von Scham und anderen Hemmnissen keinen direkten professionellen Kontakt aufnehmen können (weitere statistische Angaben zu älteren suizidalen Anrufern siehe Anhang – 5.5.3). Alte Menschen sind auch bei Anrufen wegen des Suizids einer anderen Person unterrepräsentiert. Personen, die dieses Thema ansprechen, sind nur zu 6% über 70 Jahre alt. Auch dieser Befund zeigt, dass alte Menschen noch mehr Hilfe und Unterstützung bei eigener und bei Suizidalität einer nahen Person finden sollten.

Die Deutsche Depressionshilfe stellt eine Vielzahl von Angeboten im Rahmen verschiedener Projekte zur Verfügung. Ein Teil der älteren Menschen wird jedoch wegen dieser Fokussierung auf Depression von den Angeboten nicht erreicht, da Suizidalität im Alter auch außerhalb des Kontextes von Depression erscheint (siehe Anhang – Unterstützungsangebote).

5.1.3.1.3 Was fehlt? „Lücken im Netz“

Die Befragung der Institutionen der Altenhilfe ergab einige Hinweise auf Lücken im Netz der Suizidprävention: So war allein schon am Rücklauf der Antworten abzulesen, dass zum einen im Gesundheitsbereich die psychiatrischen Dienste gut erreichbar waren und Resonanz zeigten, während andere gesellschaftliche Bereiche wie z. B. ambulante Altenhilfe, Kirchen, Vereine, regionale Dienste und Träger bei den Befragungsteilnehmenden unterrepräsentiert blieben. Eine umfassende Bestandsaufnahme scheint in diesem Sektor, trotz der hier durchgeführten intensiven Recherche, gegenwärtig nicht möglich zu sein.

Die eingegangenen Angaben der Befragten enthielten Hinweise auf weitere notwendige suizidpräventive Anstrengungen. Hierzu gehören Gatekeeperschulungen im gesamten Altenhilfebereich. Zudem lässt sich erkennen, dass Suizidalität im Alter offensichtlich sehr häufig als ein Problem der Depression angesehen wird. Nur ein Teil der suizidalen alten Menschen kann jedoch mit diesem Fokus erkannt, angesprochen und behandelt werden. Die Ausrichtung einiger größerer Institutionen wie die Deutsche Bahn, die GKV und das IQWiG auf Depressionserkennung und -behandlung hemmt eine zielgenaue Suizidprävention gerade im Alter. Das Thema „Suizidalität im Alter“ scheint hinter anderen Themen (Depression, Suizidprävention allgemein) verborgen zu sein, seine Spezifität und seine Dringlichkeit bildet sich in den bisherigen Antworten nicht ab.

5.1.3.2 Weitere Projekte mit spezifischer Ausrichtung auf ältere Menschen

5.1.3.2.1 Projekt Lebenslinien – Krisenbewältigung im Alter

In dem dreijährigen Modellprojekt wurden in den Jahren 2011–2014 Empfehlungen und Strategien gegen den Suizid im Alter entwickelt und an drei Standorten Bie-

lefeld, Hilden und Gelsenkirchen erprobt. Das Projekt wurde von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. koordiniert und von der Stiftung Wohlfahrtspflege gefördert, wissenschaftlich wurde es von dem Gerontologen und Suizidologen Prof. em. Dr. phil. Norbert Erlemeier begleitet. Einen gerafften Überblick gibt Schubert-Buick (2019). In Bielefeld standen Qualifizierungs- und Informationsveranstaltungen im Vordergrund, dazu wurden Vorträge, Lesungen und eine Ausstellung mit Begleitprogramm durchgeführt und es fanden zugehende Beratungen Hochbetagter (Hausbesuch, Besuch im Pflegeheim) statt. In Hilden wurde ein Netzwerk bestehender Anbieter gebildet, in dem das Thema der Alterssuizidalität aufgegriffen wurde. Ein Curriculum zur Mitarbeiterqualifizierung in Altenheimen wurde erarbeitet und erprobt. In Gelsenkirchen stand die Integration von Beratungsangeboten in die Gemeindefeldarbeit im Zentrum, in denen das Thema des Alterssuizids ausdrücklich thematisiert wurde. In einem theaterpädagogischen Projekt „Freiraum und Leere“ konnten betroffene ältere Menschen ihre Krisen aufarbeiten. Schubert-Buick weist auf den Nachhaltigkeitsaspekt hin, dass nach Projektende die Angebote an allen Standorten in die bestehende Arbeit eingebunden wurden. Das Projekt wurde in einem ausführlicheren Handbuch (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., 2014) dokumentiert, das auch Hinweise auf zusätzliche Materialien für Nachahmer und die Inhalte des Curriculums auf CD enthält.

5.1.3.2.2 Projekt „Was ich im Herzen trage“ – Psychologische Beratung für alte Menschen und ihre Angehörigen an Orten der Altenhilfe

Das Projekt wurde in den Jahren 2017–2019 in Freiburg und Lörrach durchgeführt. Bereits drei Monate nach Projektbeginn wurde psychologische Beratung für Menschen ab 65 Jahren und ihre Angehörigen angeboten. Um die Zielgruppe zu erreichen, war die enge Kooperation mit diakonischen Altenhilfeeinrichtungen, Diakoniestationen, kommunalen Angeboten und Ver-

einen der Altenhilfe entscheidend. So konnten auch wenig mobile ältere Menschen eine Beratung in Wohnortnähe in Anspruch nehmen. Das Projekt konnte den Bedarf und die Wirksamkeit psychologischer Beratung für die Zielgruppe nachweisen und Anstöße für eine bessere Versorgung zu geben (Evangelische Landeskirche in Baden, 2020). In diesem Projekt wurde das Thema der Suizidalität und Lebensmüdigkeit zwar nicht eigens adressiert und auch nicht im Abschlussbericht⁸ erwähnt. Es stellt jedoch von der Konzeption her ein gutes Beispielprojekt für aufsuchende therapeutische Arbeit auch mit suizidalen Menschen im Alter dar.

5.1.3.2.3 Kampagne „aufi – Auswege finden bei psychischen Krisen im Alter“

Dieses Kooperationsprojekt des Sozialreferats der Landeshauptstadt München und des Münchner Bündnisses gegen Depression e.V. wurde 2012/2013 durchgeführt. Sie setzte dabei an, älteren Menschen Wege und Perspektiven aufzuzeigen, die aus seelischen und suizidalen Krisen herausführen können. Es informierte aber auch Angehörige über konkrete Beratungs- und Unterstützungsangebote und sensibilisierte die Öffentlichkeit für das Thema durch Aufklärungsarbeit, Präventions- und Schulungsveranstaltungen.

5.1.3.3 Weitere aktuelle Aktivitäten im Feld der Altenhilfe

5.1.3.3.1 Suizidprävention im Alter: Aktivitäten des NaSPro und seiner AG „Alte Menschen“

Das NaSPro hat in den letzten Jahren vielfältige Aktivitäten und Initiativen zur Suizidprävention im Alter durchgeführt. Exemplarisch seien dabei die thematisch auf Ältere ausgerichteten Tagungen, z.B. auf Schloss Reisenburg 2008 und die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Hamburg 2017, genannt. Der vom NaSPro deutschlandweit

8 www.ekiba.de/html/media/dl.html?i=290756

koordinierte jährliche „Welttag der Suizidprävention“ stand mehrfach unter spezifischen Themen des Alters. Zudem führt das NaSPro seit seiner Gründung im Jahr 2000 eine intensive Medien- und Öffentlichkeitsarbeit durch, die sich besonders auch auf Themen des Alters und des assistierten Suizids fokussiert.

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) wurde in diesem Bericht bislang nicht explizit erwähnt. Ihre Mitglieder tragen einen großen Teil der Arbeit der Teilprojektgruppe „Suizidprävention für alte Menschen“ des vorliegenden Projekts. Diese Arbeitsgruppe ist im NaSPro schon seit seiner Gründung 2002 aktiv auf dem Feld der Suizidforschung und -prävention engagiert.

Sie verfolgt auf mehreren Handlungsebenen das Ziel, Suizidprävention im Alter zu optimieren. Folgende Bausteine sieht die Arbeitsgruppe dafür als besonders wichtig an (Erlemeier et al., 2004; Lindner & Sperling, 2016: 25 ff.):

- Verbesserung von Information, Aufklärung und Bildungsarbeit zu Themen des Umgangs mit Altern, Lebenskrisen und suizidaler Gefährdung bei betroffenen Berufsgruppen, Angehörigen und alten Menschen.
- Engagement in der Sozial- und Altenhilfepolitik, um auf möglichst frühzeitig ansetzende präventive Strategien zur Krisenbewältigung im Alter hinzuwirken.
- Thematisierung existenzieller Fragen am Lebensende, die jeden betreffen. In unterschiedlichen Begegnungsformen mit Älteren und ihren Helfenden sollen diese Fragen angestoßen werden.
- Erarbeitung von Stellungnahmen im Zusammenhang mit der Planung von Gesetzesmaßnahmen.

- Zusammenarbeit mit Medien und die Nutzung von Medien, um die Akzeptanz und Erreichung von Zielen der Suizidprävention im Alter zu befördern. Ein weiteres Anliegen ist der Abbau von Vorurteilen.
- Initiierung von Forschungsprojekten und die Beteiligung daran.

Weitere Informationen zu Aktivitäten der AG „Alte Menschen“ siehe Anhang – 5.5.4.

5.1.3.3.2 Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie: Befragungsergebnisse

Im Oktober 2018 führten zwei Mitglieder der TPG „Suizidprävention für alte Menschen“ für den vorliegenden Bericht eine Befragung von 20 Teilnehmern einer Sitzung der Bundesdirektorenkonferenz gerontopsychiatrischer Abteilungen in Deutschland durch. Bei einem Respons von zwölf Teilnehmern bejahten vier die Frage nach selbst organisierten Suizidpräventionsveranstaltungen. Genannt wurden eine Weiterbildung von Fachkräften sowie je einmal eine Öffentlichkeitskampagne, die Organisation einer Informationsveranstaltung und die Mitarbeit in einem Arbeitskreis „Depression“. Darüber hinaus wurden Vorträge, Seminare in der Volkshochschule und therapeutische Angebote in der Klinik aufgeführt. Zusammenfassend lässt sich daraus folgern, dass Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie besonders als Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit, der Vernetzung und der praktischen klinischen Tätigkeit verstanden wird. Die Befragten sahen einen Bedarf an weiteren Schulungen von Professionellen und Gatekeepern wie auch eine bessere Vernetzung mit Stakeholdern der Altenhilfe.

Projekt Telefon- und Onlinebasierte Nachsorge nach Suizidversuch bei älteren Menschen (SUVENA)

Am LVR-Klinikum Düsseldorf läuft aktuell ein Projekt zur Nachsorge nach Suizidversuchen älterer Menschen. Ältere Menschen, die einen Suizidversuch (SV) überlebt haben, weisen ein erheblich erhöhtes Risiko für weitere Suizidhandlungen auf. Im Projekt werden ältere Personen (> 65 Jahre), die nach einem SV stationär in einer gerontopsychiatrischen Fachabteilung behandelt worden sind, über einen Zeitraum von zwölf Monaten einmal monatlich telefonisch durch eine konstante Bezugsperson kontaktiert. Im Zuge der Kontaktaufnahme wird der Patient Health Questionnaire (PHQ-9) erhoben und es werden Fragen zur aktuellen Lebenssituation gestellt. Ziel ist einerseits, die psychische Befindlichkeit nach Entlassung aus stationärer Behandlung systematisch zu erfassen, und andererseits, bei erneuten suizidalen Krisen rasch intervenieren zu können. Bei der laufenden Untersuchung wurden bereits einige methodische Probleme identifiziert: Die Erfassung von Suiziden gelingt nicht immer, die Befragten haben Kommunikationsprobleme aufgrund von Schwerhörigkeit und ein größerer Anteil von Patientinnen und Patienten „verschwindet“ durch Umzüge aus dem Fokus der Untersucher.

5.1.3.3 Suizidprävention in der Geriatrie: Ergebnisse einer Online-Befragung

Eine für diesen Bericht durchgeführte Online-Befragung (Gruber, 2019) deckt den Bereich der Suizidalität in der Geriatrie ab.

Die Antworten zeigen: Suizidalität ist keine Randerscheinung im geriatrischen Kontext, sondern ein Phänomen, das weit häufiger auftritt, als das öffentliche Bewusstsein und der gesundheitspolitische Umgang damit vermuten lassen. Die überwiegende Mehrheit der befragten Geriaterinnen und Geriater kannten suizidale Patienten aus dem klinischen Alltag. Einen Suizidversuch hatten mindestens die Hälfte der Befragten bereits erlebt. Mit der konkreten Bitte um Sterbehilfe wurden 35,2% der Befragten ein- bis fünfmal in den letzten zwölf Monaten konfrontiert. Ein Bedürfnis nach mehr Kompetenz und Fortbildung formulierten besonders die Ärztinnen und Ärzte (weitere Daten siehe Anhang – 5.5.5).

5.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen

Für diesen Bericht wurde eine systematische Literaturrecherche (Stand 8/2018) auf den Internationalen Datenbanken MEDLINE und PSYNDEX durchgeführt. Demnach betrifft Suizidalität vor allem ältere Menschen und stellt ein globales Thema in der Gesundheitsversorgung dar. Eine übergeordnete Rolle spielen dabei Vereinsamung und Rückzug im Alter allerdings eher in den westlichen Industrienationen (Mellqvist Fässberg et al., 2012).

Internationale Studien, welche sich mit der Untersuchung verschiedenster Interventionen bezüglich der Suizidprävention bei Älteren befasst haben, kommen zu dem Schluss, dass es einer besseren und niedrig-

schwelligen Präventionsarbeit in der medizinischen Grundversorgung bedarf. So müsse sämtliches Haupt- und ehrenamtliches Personal in der Arbeit mit alten Menschen Frühwarnzeichen erkennen können und über entsprechende Hilfemöglichkeiten informiert sein. Dies betrifft vor allem Hausärztinnen und Hausärzte. Ebenso bedarf es einer umfassenderen und intensiveren Aufklärung innerhalb der Gesellschaft (Enttabuisierung und Abbau von Altersdiskriminierung).

Ein internationales Expertenpanel (Erlangsen et al., 2011) identifizierte entsprechend Inhalte der Suizidprävention, die auch Grundlage der suizidpräventiven Aktivitäten in Deutschland auf diesem Gebiet sind. Hierzu zählen: die gesellschaftliche Diskussion über das Altwerden und die Erfahrung zunehmender Abhängigkeit, die Förderung des Wissens über gesundes Altern sowie die Entwicklung spezifischer Medienguidelines zur Berichterstattung über Suizide alter Menschen. Neben der Verbesserung der Versorgungseinrichtungen spielt das Gatekeepertraining eine entscheidende Rolle. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Bezug zu Angehörigen und deren Unterstützung. Im psychotherapeutischen Kontext sind aufsuchende Psychotherapie, telefonische und Online-Beratung und -Therapie besonders auszubauen.

Der Stellenwert von Telefonseelsorge und Krisendiensten wird in der Literatur zwar betont, jedoch konnten keine verlässlichen Aussagen über Wirksamkeit und Effektivität hergestellt werden. Es erscheint notwendig, hier mehr spezifische Angebote speziell für ältere Menschen zu schaffen (Okolie et al., 2017).

Es wird gefordert, mehr Angebote in der aufsuchenden und zugehenden Präventionsarbeit zu schaffen sowie Maßnahmen gegen Vereinsamung im Alter zu ergreifen (ähnliche wie bei der kommunalen Gruppenarbeit). Spezielle Angebote (z. B. psychotherapeutische und seelsorgerische Begleitung) in Alten- und Pflegeheimen sind ebenfalls wünschenswert (Linnemann & Leyhe, 2015).

Zwei systematische Reviews untersuchten die Effektivität von Suizidpräventionsmaßnahmen bei älteren Menschen (≥ 60 Jahre) (Lapierre et al., 2011; Okolie et al., 2017). Lapierre et al. (2011) identifizierten Programme, die sich mit den Bedürfnissen risikoreicher älterer Personen befassen. Bei einigen methodischen Ungenauigkeiten plädierten die Autoren besonders für Suizidpräventionsprogramme für Ältere, die Telekommunikationsdienste und Gatekeeper der Altenhilfe mit einbeziehen.

Okolie et al. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. In: International Psychogeriatrics 29 (11). S. 1801-1824.

Systematisches Review zur Effektivität von Interventionen zur Suizidprävention und zur Reduktion von Suizidalität bei Älteren

Ergebnis: Die meisten Interventionsprogramme fokussieren auf die Entdeckung einer Depression. Effektiv sind multimethodische Interventionen auf Hausärztinnen- bzw. Hausarztbasis mit Depressions-Screenings und Depressions-Managementprogrammen, Behandlungsmaßnahmen (wie Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Menschen und psychoedukative Programme,

Trainings von „Gatekeepern“ (wie z. B. Hausärztinnen und Hausärzten), Gruppenaktivitäten und die gezielte Überweisung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Die deutsche Literatur empfiehlt vor allem frühe Interventionsmaßnahmen und Aufklärung (Seemüller et al., 2010). Auch hier wird betont, wie wichtig es ist, der Al-

terseinsamkeit frühzeitig durch gesamtgesellschaftliche Maßnahmen der Gemeinwesenarbeit zu begegnen und ausreichend Hilfeleistungen zur Unterstützung der älte-

ren Menschen in ihrem Wohnumfeld bereit zu stellen. Im Bereich der klinischen Versorgung sollen die verschiedenen Fachgebiete stärker zusammenarbeiten. Hier bedarf es einer engeren Koordination, um ältere Menschen geriatrisch bestmöglich versorgen zu können. Dies impliziert ein erweitertes Netz an Beratungs- und Betreuungsstellen in den Kreisen und Stadtbezirken, um der „prophylaktischen Tätigkeit“ mehr Aufmerksamkeit zu schenken (Böhm, 1988). Zudem hat eine Beschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln die am besten nachgewiesene wissenschaftliche Evidenz, siehe Bericht der TPG „Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln“.

Erlemeier et al. (2014) geben einen praxisnahen bis heute aktuellen Maßnahmenkatalog vor:

- Früherkennung und Behandlung depressiv und suicidal Gefährdeter durch Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte
- Aufbau eines Verbundsystems (Aktionsbündnisses) der mit der Suizidthematik befassten Personen und Dienste in der Kommune/Region (Altenhilfe/-pflege und Krisenhilfe)
- Wohnfeld- und lebensnahe Beratung und Krisenhilfe, einschließlich freiwilliger (älterer) Krisenhelfer; niedrigschwellige Angebote und Hilfen
- Darstellung der Suizidgefährdung in der Bevölkerung als gesundheitspolitisches Thema (insbesondere auch der Gesundheitspolitik für alte Menschen)
- Information über Ausmaß und Risikofaktoren sowie Hilfsangebote, verstärkt durch Nutzung neuer Medien
- Korrektur negativer Altersbilder durch Öffentlichkeitsarbeit und Medien
- Kritik und Abbau „falscher Toleranz“ gegenüber dem Alterssuizid, die Prävention und Krisenhilfe im Alter überflüssig oder schädlich erscheinen lässt
- Intensivierung der Forschung: Untersuchung zentraler offener Fragen

5.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention bei älteren Menschen entgegenstehen

5.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention bei älteren Menschen entgegenstehen

Faktoren, die einer effizienten Suizidprävention im höheren Lebensalter entgegenstehen, finden sich viele. In einzelnen Bereichen, wie z. B. dem Gesundheitswesen, sind suizidpräventive Aktivitäten auf den drei Ebenen universeller, selektiver und indizierter Prävention zwar relativ weit verbreitet und zum Teil sogar mit beispielhaften Ergebnissen, aber auch Projekten und konkreten Versorgungsangeboten gut eingeführt. Dies trifft aber nicht auf alle Felder der Altenhilfe zu, besonders nicht deutschlandweit, und nicht flächendeckend. Zudem führt eine einseitige Fokussierung auf die Depression als alleiniger Ursache von Suizidalität

zu Verzerrungen. Eine Fokussierung auf die Prävention von Depressionen im Alter berücksichtigt all diejenigen nicht, die zwar suicidal, jedoch nicht depressiv sind. Große Institutionen, wie die Deutsche Bahn, die Gesetzlichen Krankenversicherungen oder das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), fokussieren anstelle der Suizidalität die Depressionserkennung und -behandlung, z. T. mit erheblichem finanziellen Investment. Interessanterweise ist es gerade die Deutsche Depressionshilfe, ein großer Player der Entstigmatisierung der Depression, die ihrerseits in ihrer Angebotspalette das Alterssuizidthema deutlich anspricht.

Drinkmann & Würfflein (2014: 115 ff.) haben mittels Experteninterviews eine strukturierte Analyse von hemmenden Faktoren in verschiedenen Bereichen der Altenhilfe vorgelegt, die in Tabelle 5.3 vorgestellt werden:

Systemebene	Defizite
A. Krisenintervention, Beratung, Psychotherapie	1. Erreichungsgrad zu gering 2. Es gibt bislang keine spezifischen Hilfeinrichtungen für suizidale alte Menschen
B. Psychosoziale Einrichtungen und Hilfen	3. Selbst gerontopsychiatrische Dienste gibt es bundesweit nur vereinzelt 4. Weitgehender Ausfall der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
C. Ärztliche und seelsorgliche Hilfen	5. Zu geringe Detektionswahrscheinlichkeit 6. Mangel an psychosozialer Betreuung 7. Mangelnde Bekanntheit der vorhandenen Hilfsangebote 8. Mangel an Überleitung und nachhaltiger Versorgung 9. Hausärztinnen und Hausärzte (und andere Fachärztinnen und Fachärzte) haben zu wenig Zeit für Gespräche und Hausbesuche
D. Sonstige Hilfeinrichtungen	10. Mangel an psychosozialer Betreuung 11. Mangel an Überleitung und nachhaltiger Versorgung 12. Pflegedienste haben zu wenig Zeit für Gespräche 13. Bedeutung von ambulanten Pflegediensten wird zu wenig erkannt
E. Subprofessionelle Ebene	14. Gemisch aus gesellschaftlicher Tabuisierung des Themas und falsch verstandener Toleranz des Alterssuizids 15. Nachbarschaftshilfen, informelle Netze etc. werden nicht ausreichend gewürdigt
Gesamtsystem	16. Mangelnde Vernetzung der Akteurinnen und Akteure und einzelnen Hilfsangebote 17. Aufsuchende Arbeit kommt generell zu kurz

Tabelle 5.3: Defizite in Bezug auf die Ebenen des Versorgungssystems.

Die Tabelle verdeutlicht eine Vielzahl von hemmenden Faktoren, die je nach Zielgruppe/Akteurinnen bzw. Akteuren folgendermaßen zusammengefasst werden können: (1) Für Betroffene steht die mangelnde Bekanntheit und Erreichbarkeit von helfenden Diensten (Lindner & Sandner, 2015; Lindner, 2017) im Vordergrund. (2) Bei den Institutionen fehlen ausreichende personelle und zeitliche Kapazitäten und es fehlt an guten Ausbildungen. Dies führt zu einer unzureichenden Detektion von Personen mit Suizidrisiko. Zudem mangelt es an spezialisierten therapeutischen und suizidpräventiv arbeitenden Institutionen, die gerade bei besonders schwierigen Fällen erfolgreich intervenieren können. Schon lange ist bekannt, dass die Überleitung einer Patientin bzw eines Patienten von einer Institution zur anderen gerade bei Suizidalen ein kritischer Punkt ist – diese gelingt immer noch nicht ausreichend. (3) In Bezug auf die Gesellschaft als Ganzes ist besonders auf die falsch verstandene Toleranz für den Alterssuizid zu verweisen, auf eine Tendenz zur Betonung von Autonomie vor Bindung und Solidarität, wie auch auf die

weiterhin vorhandene Tabuisierung des Suizids, auch im Alter.

5.2.2 Hemmnisse in weiteren spezifischen Bereichen der Altenhilfe

5.2.2.1 Hemmnisse in der Geriatrie

In der bereits erwähnten Online-Studie zum Umgang mit Suizidalität in der Geriatrie (siehe Kapitel 5.1.3.3.3 und Anhang – 5.5.5) sahen Teilnehmerinnen und Teilnehmer die größten Hindernisse für die institutionelle Implementierung von Maßnahmen zur Suizidprävention im Fehlen von zeitlichen (58,6%), personellen (51,7%) und finanziellen Ressourcen (34,5%) sowie Anleitung und Beratung (32,8%).

Ein integratives Modell, in dem diese Trennung aufgehoben ist, würde vor allem eine infrastrukturelle Veränderung brauchen. Bisher tragen zu dieser Tren-

nung die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der stationären Krankenhausbehandlung bei, die eine Kollaboration auf gemeinsamen geriatrisch-gerontopsychiatrischen oder geriatrisch-gerontopsychosomatischen Stationen verhindern.

5.2.2.2 Hemmnisse bei der Selbsthilfe

Eine qualitative Interviewstudie im Feld von Selbsthilfe und Beratung nach Suizid eines nahestehenden Menschen, die für diesen Bericht angefertigt wurde, erbrachte den diskreten Hinweis, dass alte Menschen die bestehenden Angebote der Selbsthilfe in bestimmten Lebenslagen (Immobilität) noch besser nutzen könnten. Nachmittägliche Meetings und aufsuchende Angehörigenarbeit könnten hier eine Verbesserung darstellen.

5.2.2.3 Hemmnisse, entstehend aus gesellschaftlich verbreiteten Präferenzen für den assistierten Suizid

In der seit mehreren Jahren in Deutschland hochkontrovers geführten Diskussion um den assistierten Suizid sind Argumente und Haltungen enthalten, die einer Weiterentwicklung der Suizidprävention gerade im Alter entgegenstehen. Immer mehr wird das Recht auf Bestimmung des eigenen Lebensendes als ein basales Grundrecht postuliert, das auch durch unsere Verfassung geschützt werden sollte. Dies hat, aus Sicht der Suizidprävention erhebliche Folgen für das

Erleben alter Menschen. Wenn der assistierte Suizid eine selbstverständliche Option wird, so wird damit auch ein gesellschaftlicher Druck befördert, durch den mancher sich genötigt sehen könnte, diese Form des Sterbens für sich zu wählen. Der Suizid gewinnt damit eine Selbstverständlichkeit. Dem steht die dezidierte Position des Deutschen Ethikrates gegenüber, der anstelle des assistierten Suizids explizit die Förderung der Palliativmedizin wie auch der Suizidprävention im Sinne des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland fordert.

5.2.2.4 Weitere Hemmnisse

Neben den genannten Hemmnissen in der Suizidprävention bei älteren Menschen sind weitere strukturelle Faktoren zu nennen:

- Eine spezifische Forschungsförderung zur Suizidprävention im Alter steht derzeit noch aus. Im Rahmen der Förderung von Projekten zur Suizidprävention durch das Bundesministerium für Gesundheit (2017–2020) über 3 Millionen Euro wurde kein Projekt mit einem Altersschwerpunkt gefördert.
- In der bisherigen Forschungsförderung verwandter altersspezifischer Themen imponieren Studien, die Depressionen im Alter betreffen, wobei gerade Suizidalität und Suizidprävention mit der Begründung methodischer Einschränkungen außer Acht gelassen werden.

5.3 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Die Vorschläge der TPG „Suizidprävention für alte Menschen“ für konkrete Maßnahmen sind nach einem übergeordneten Maßnahmenranking priorisiert. Suizidprävention im Alter ist dabei in die in Deutschland bestehenden und zu schaffenden Möglichkeiten der Suizidprävention im Allgemeinen einzubetten. Wirkungsvolle Suizidprävention für Menschen im höheren Lebens-

alter erfordert eine flächendeckende Infrastruktur und die aktive Zusammenarbeit aller in der Suizidprävention engagierten Institutionen, Gruppen und Personen. Dazu gehören aber auch suizidpräventive Aktivitäten über die gesamte Lebensspanne hinweg sowie in weiteren Bereichen, in denen ältere Menschen verstärkt anzutreffen sind, wie beispielsweise dem Gesundheitssystem.

5.3.1 Zentrale Maßnahme: kontinuierliche finanzielle Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)

Die Suizidprävention in Deutschland sollte eine bundesweite, der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Relevanz des Themas angemessene und auch den Vergleich mit anderen Ländern nicht scheuende finanzielle Förderung erfahren. Gerade vor dem Hintergrund der diversifizierten Strukturen der Altenhilfe in Deutschland sollten dabei bewährte Strukturen wie das aktive Netzwerk gefördert werden, das sich aus dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), der Deutschen Akademie für Suizidprävention (DASP) und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) als relevante Fachorganisation zusammensetzt. Die Organisation des NaSPro innerhalb des genannten Netzwerks, seiner Arbeitsgemeinschaften und der im NaSPro bestehenden „Allianz für Suizidprävention“, in der über 80 Institutionen und Organisationen zusammenarbeiten, erfordert eine zentrale, vermittelnde, koordinierende und moderierende Funktion. Dafür sollten die organisatorischen, personellen, funktionellen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen und langfristig erhalten werden. Als konkrete erste Schritte dorthin schlagen wir vor:

- Förderung des NaSPro, u. a. für die Einrichtung einer dauerhaft besetzten Geschäftsstelle sowie
- Finanzielle Förderung der kooperativen Aktivitäten der NaSPro-Institutionen (Leitung, Allianz für Suizidprävention, Steuerungsgruppe, Arbeitsgruppen, wiss. Beirat).

Die Förderung des NaSPro dient dabei der Konzeption, Organisation und Vernetzung vielfältiger Präventionsstrategien. Alle, auch die im Weiteren vorgeschlagenen Maßnahmen, sollen die folgenden drei Aspekte enthalten:

1. Förderung als Modellprojekte mit dem eindeutigen Ziel der Implementierung suizidpräventiver Maßnahmen in das System der Hilfen für Ältere,
2. Definition von Qualitätsstandards der jeweiligen suizidpräventiven Maßnahme,
3. Forschungsförderung im Sinne der wissenschaftlichen Evaluation.

5.3.2 Vorrangige Empfehlungen

Als zentrales Instrument der Suizidprävention gerade für ältere Menschen ist vorrangig die Einrichtung einer nachhaltig finanzierten deutschlandweiten **Infotelefonnummer Suizidprävention** zu empfehlen.

5.3.2.1 Verbesserung der Erreichbarkeit von Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie

Suizidale Personen sollen im Sinne der Krisenintervention kurze Beratungen mit dem Ziel der akuten Diagnostik und Verweisung auf erreichbare Hilfemöglichkeiten erhalten. Im Unterschied zur Telefonseelsorge, an die sich jeder Mensch in jeglicher Lebenssituation wenden kann, soll dieses Infotelefon gezielt auch professionelle Helfer und betroffene Angehörige als Adressatinnen- bzw. Adressatengruppen ansprechen und dafür qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufweisen.⁹ Professionelle sollen entsprechend situationsnahe Beratung und Supervision mit dem Ziel erhalten, die nachhaltige Verbesserung der Arbeit mit suizidalen Personen anzustoßen. Angehörige sind ebenfalls entsprechend lösungsorientiert und einer nachhaltigen Verbesserung ihrer Situation gemäß zu beraten. Aus der Perspektive der Suizidprävention im Alter sind dabei die Problematiken der Immobilität, Multimorbidität und langanhaltender konflikthafter Beziehungen besonderes zu beachten. Die Mitarbeitenden müssen in den drei Feldern Beratung Suizidgefährdeter, Supervi-

⁹ Als Beispiel seien die Telefonnummern der Vergiftungszentralen in Deutschland genannt, die Informationen bei Intoxikationen an Professionelle, aber auch Betroffene geben.

sion von Professionellen und Beratung von Angehörigen qualifiziert sein.

5.3.2.2 Gatekeepertrainings und Förderung der Kompetenz der Professionellen im Feld der Hilfen für Ältere

Hier wird als vorrangiges Projekt die Schulung von Professionellen vorgeschlagen. Aus dem breiten Feld möglicher Gatekeeper sollen im ersten Schritt vorrangig die Professionellen der Altenhilfe geschult werden. Dabei sollen bereits entwickelte und vorliegende Schulungskonzepte der jeweiligen professionellen Realität gemäß angepasst und flächendeckend verbreitet werden. Dieser Prozess soll selbstverständlich durch wissenschaftliche Evaluationen (s.o.) begleitet werden. Gerade in der Altenhilfe ist dabei zu beachten, dass die Schulung im professionellen Umgang mit suizidalen und lebensmüden alten Personen sowohl in der Ausbildung der betreffenden Berufe als auch in den anschließenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verpflichtend gemacht und an die qualitätssichernden gesetzlichen Vorgaben geknüpft werden. Die entsprechenden Entgelte der Kostenträger müssen an diese Schulungsverpflichtungen angepasst werden.

5.3.2.3 Förderung der ambulanten und stationären Psychotherapie für alte suizidale Menschen

Signifikante Hinweise liegen dafür vor, dass suizidale Menschen im höheren Lebensalter wirksam durch Psychotherapie behandelt werden können. Aber noch immer sind sie im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung unterrepräsentiert. Die Vorbehalte älterer Menschen gegenüber der Psychotherapie nehmen gegenwärtig erkennbar ab. Deshalb sollen schnell Bedingungen geschaffen werden, damit gerade im ambulanten Bereich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufiger multimorbide und immobile Patientinnen und Patienten, erst recht im Falle von Suizidalität, behandeln, sowohl in ihren Praxen als auch im aufsuchenden Setting. Dafür müssen **in den**

Gebührenordnungen entsprechende Ziffern geschaffen werden, die die unverzügliche und auch aufwendigere Behandlung bei Suizidalität, Immobilität und Multimorbidität ausgleichen. Hierzu gehört auch eine entsprechende Bezahlung bei Stundenausfällen aufgrund akuter körperlicher Erkrankungen der Patientinnen und Patienten.

5.3.3 Weitere Empfehlungen

Auch die im Folgenden genannten weiteren Empfehlungen stellen notwendige Schritte zu einer verbesserten Suizidprävention im höheren Lebensalter dar. Sie werden hier, entsprechend der Einteilung in universelle, selektive und indizierte Suizidprävention gegliedert, präsentiert.

5.3.3.1 Universelle Suizidprävention

Den öffentlichen Diskurs zur Suizidalität im Alter progressiv führen

Universelle Suizidprävention basiert auf gesellschaftlichen Strategien für ein gutes Altern. Hierzu zählt die aktive Auseinandersetzung mit defizitorientierten Altersbildern und Gerontophobie, auch mit subtilen Tendenzen, die den Suizid im Alter als altruistische Tat befürworten.

Im öffentlichen Diskurs muss das Bewusstsein der Bevölkerung für die Suizidgefährdung bei alten Menschen geschärft werden. Psychiatrie und Psychotherapie müssen dabei als gesellschaftliche Institutionen entstigmatisiert werden. Enttabuisierung muss dabei in Zeitungen, Journalen und durch ausliegende Informationsblätter bei Hausärztinnen und Hausärzten und Apotheken konkret gefördert werden. Die modernen medialen Formen der Kommunikation sind auch für das Thema der Suizidprävention im Alter zu nutzen. Damit wird die defizitorientierte Sicht auf das Alter problematisiert wie auch die Kenntnis über und Hilfsmöglichkeiten für Risikogruppen erhöht.

Ein wichtiges Feld der universellen Prävention stellt der Kampf gegen Vereinsamung dar, wie dies im inter-

nationalen Vergleich, z.B. in Großbritannien, bereits geschieht: Dazu müssen unterschiedliche Angebote stärker gefördert werden, wie Seniorinnen- und Seniorenkreise der Gemeinde oder Bürgerhilfe, allgemein die Nachbarschaftshilfe oder auch alternative Wohnformen im Alter, wie betreute Wohngruppen oder Mehrgenerationenwohnen als Teil einer effizienten Versorgungsstruktur für alte Menschen. Gerade angesichts abnehmender familiärer Pflege und bei steigendem Pflegebedarf gewinnen soziale Anbindung und ein tragfähiges soziales Netzwerk nach Meinung der Experten an Bedeutung.

Ein barrierefreies Leben kann als pragmatische gesellschaftliche Strategie auch der Suizidprävention dienen. Der freie Zugang zum Wohnen, zu Gesundheitsdiensten, zu Kultur- und Sportveranstaltungen und die Förderung der Mobilität in der Öffentlichkeit spielen dabei eine zentrale Rolle.

5.3.3.2 Selektive Suizidprävention

Bessere Erreichbarkeit von Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie, medizinischer Versorgung und Altenhilfe

Gerade in der Hilfe für gefährdete Gruppen und Personen ist die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure der Altenhilfe ein bedeutsamer Faktor. Unter Wahrung des Datenschutzes und der individuellen Freiheit gilt es, die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure der Altenhilfe weiterzuentwickeln und zu stärken, Projekte mit bisher unnetzten Trägerschaften miteinander in Austausch zu bringen, Synergien, u. a. durch Austausch regional agierender Projekte, zu fördern und auch Kommunikationsbarrieren innerhalb von Institutionen (z.B. Krankenhäusern) zu mindern. Patientenzentrierte gemeinsame Aktivitäten der Suizidprävention i.S. von Konsil /Liaisondiensten und gemeinsamen Fortbildungen, die dem entgegenwirken können, müssen nachhaltig etabliert werden. Gerade Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik müssen in berufs- und hierarchiebezogenen Ebenen enger zusammenarbeiten, wollen sie suizidale ältere Patientinnen und Patienten wirklich erreichen. Dafür werden gemeinsame Finanzierungs- und Behandlungskonzepte, gemeinsame Fall-

besprechungen, Informations- und Wissensaustausch über die medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, gemeinsame Fortbildungen und fluide Strukturen benötigt.

Gerontopsychiatrien: Gerontopsychiatrische Dienste und gerontopsychiatrische Tageskliniken und -stätten müssen verstärkt angeboten werden. Hierzu zählt auch die Verbesserung der Fachkompetenz bezüglich Alterssuizidalität sowie der Erreichbarkeit in Krisensituationen. Gerade für die Behandlung suizidaler älterer Menschen gilt: Supervision, Intervision und Konsil /Liaisondienste sind nachgewiesen effektive Strategien einer Qualitätssicherung. Diese müssen etabliert werden.

Psychotherapie im Alter: Auch hier spielt die Psychotherapie für Menschen im höheren Lebensalter eine wichtige Rolle: Sie muss generell mehr Verbreitung finden, mehr Akzeptanz, aber auch (s.o.) eine bessere Erreichbarkeit. Dafür sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu schulen, damit sie entsprechende Verfahren für ältere Personen anwenden können, besonders bei Suizidalität. Die Verfahren sind wissenschaftlich zu evaluieren und weiterzuentwickeln, wofür Forschungsförderung unabdingbar ist.

Medizinisch-psychologisch-sozialarbeiterisches Fachpersonal in der Primärversorgung: Hierzu ist die Sensibilisierung des Fachpersonals durch Fortbildung zum Thema Risiko-Screening, gegebenenfalls unter Einsatz von einschlägigen Checklisten oder Fragebögen, eine relevante Zielvorstellung für Veränderung. Strukturell ist dies durch den Ausbau von Sozialdiensten, psychologisch-psychotherapeutischen und psychiatrischen Konsiliardiensten für Kliniken und Praxis-Netzwerke zu fördern. Als Best-Practice-Beispiel sei der Wegweiser des Krisendienstes der Psychiatrie München genannt (www.krisendienst-psychiatrie.de).

Pflegeheime: In betreuten Wohnanlagen, Senioren- und Pflegeheimen sollen sich psychosoziale Dienste für alte Menschen besser bekannt machen und z.B. Sprechstunden abhalten. Noch wirkungsvoller ist es, eigene Stellen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und/oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, eventuell auch als Konsiliar- oder Liaison-

dienste im Verbundsystem mehrerer Einrichtungen, zu entwickeln und zu implementieren. Ein besonderes Augenmerk soll auf die Aufnahmesituation im Heim gelegt werden.

Ambulante Pflegedienste: Bei entsprechender Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung der dort Tätigen sowie der notwendigen Verbesserung ihrer strukturellen Arbeitsbedingungen (s.o.) bietet diese Berufsgruppe ein erhebliches Potenzial für eine frühe und breitflächige Reaktion auf suizidale Entwicklungen.

Selbsthilfe: Selbsthilfeangebote, besonders nach Suizid, sind aktuell noch zu wenig altengerecht. Aufsuchende Angebote und Selbsthilfegruppen, die tagsüber stattfinden, können hier die Gruppe der älteren Menschen besser erreichen.

5.3.3.3 Indizierte Suizidprävention

Suizidale Ältere darin unterstützen, wirksame Hilfe zu suchen und zu finden

Die für die selektive Suizidprävention, also gefährdete Gruppen, genannten Verbesserungsvorschläge betreffen genauso die aktuell suizidalen Personen. Zur Förderung der indizierten Suizidprävention gilt es, besonders die professionellen Hilfen wie Beratung und Psychotherapie auf ambulanter und stationärer Ebene zu verstärken. Formen der aufsuchenden Psychotherapie und Beratung bieten hier vielversprechende Ansätze und sollen deshalb flächendeckend eingerichtet werden. Erste empirische und kasuistische Studien haben gezeigt, dass gerade suizidale Hochbetagte von auf-

suchenden therapeutischen Angeboten gut profitieren. Somit gilt es nicht nur unter den Älteren und ihren Angehörigen die Kenntnis und die Bereitschaft zu fördern, aufsuchende Therapien und Beratungen anzunehmen, sondern auch unter den Professionellen immer noch bestehende Hemmnisse zu überwinden, diese Klientel in Behandlung zu nehmen. Hier ist somit Öffentlichkeitsarbeit, Fachinformation und gezielte Förderung von Forschung und Krankenversorgung notwendig.

5.3.4 Notwendigkeit von Grundlagenforschung und Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation der vorgeschlagenen Maßnahmen stellt eine unabdingbare Notwendigkeit dar. Damit erst erfüllen sie die internationalen Standards erfolgreicher Suizidprävention.

Dabei sind die evidenzbasierten Methoden der Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen anzuwenden. Diese beziehen sich nicht allein auf die Endpunkte einer Senkung der Suizidraten und des dokumentierten suizidalen Verhaltens i.S. von Suizidversuchen, sondern auch auf eine Veränderung intrapsychischer Parameter. Die Finanzierung aller Maßnahmen muss demnach immer auch die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung beinhalten.

Über diese Evaluationsaspekte hinaus besteht nach wie vor erheblicher Bedarf an evidenzbasiertem Wissen im Bereich der Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Dieser Bedarf muss durch entsprechende Forschungsförderung in Deutschland gedeckt werden.

5.4 Danksagung

An dieser Stelle ist weiteren Personen zu danken, die an der Entstehung dieses Projektberichts der TPG „Suizidprävention für alte Menschen“ mitgewirkt haben: Michaela Allgeier, Daniela Bussick, Annika Freier, Sina Gruber, Fabian Lutz, Friedrich Maus, Friederike C. Menzel, Christine Schöps, Anne Schornberg.

5.5 Anhang

5.5.1 Ergebnisse einer Befragung von Professionellen der ambulanten Altenpflege zu Stand, Problemen und Perspektiven der Suizidprävention in ihrem Feld

In einem Theorie-Praxis-Seminar des BA-Studienganges „Soziale Arbeit“ des Instituts für Sozialwesen der Universität Kassel (Prof. Dr. R. Lindner) führten 20 Studierende im Semester 2019 eine Befragung von vier ambulanten Altenpflegediensten in der Stadt Kassel durch. Die Mitarbeitenden der Pflegedienste wurden mittels eines semi-strukturierten Fragenkatalogs nach ihren Erfahrungen im Umgang mit suizidalen und lebensmüden alten Patientinnen und Patienten befragt, nach Problemen in der pflegerischen Versorgung und nach eigenen Lösungs- und Umgangspraktiken sowie nach Vorschlägen zum Umgang mit

Suizidalität und Lebensmüdigkeit im Alter. Die qualitative Analyse der vier Interviews mittels eines Gruppendiskussionsprozesses ergab drei Empfehlungen:

1. Einrichtung einer 24/7-Beratungshotline „Suizidprävention“ (resp. Online-Anlaufstelle) für Betroffene, Angehörige und Professionelle, die gerade auch Professionellen einen schnellen Zugang zu Beratung, Supervision und Behandlungsplanung ermöglicht. Zudem sollte diese Hotline in der Lage sein, im Rahmen eines freiwilligen Angebots suizidale und lebensmüde (alte) Personen eigenständig, regelmäßig und über einen längeren Zeitraum zu einem beratenden Kontakt anzurufen.
2. Gewünscht wurde ein „Notfallblatt für die Kitteltasche“ mit Kurzinformationen zu Fakten über den Sui-

Fakten & Vorurteile	Anzeichen für Suizidalität	Einschätzung der Suizidalität	
<p>Lebensmüdigkeit Wunsch zu sterben ohne eigenen Handlungsdruck (2,5%–15% aller alten Menschen)</p> <p>Suizidalität Alle Gedanken die auf Selbsttötung hinweisen</p> <p>Risikogruppen Alte Männer > Frauen, einsam, mit Beziehungsschwierigkeiten, suchtfähig, nach Verlusten, multimorbide, immobil</p> <p>Vorurteile Wer drüber redet tut es nicht! FALSCH</p> <p>Das Thema ansprechen bringt den Kunden erst auf die Idee? FALSCH</p>	<p>Person fühlt sich</p> <ul style="list-style-type: none"> - perspektivlos - hoffnungslos - verzweifelt - wertlos <p>Person hat</p> <ul style="list-style-type: none"> - konkrete Ideen zur Umsetzung des Suizides <p>Rückzug von Familie, Freunden, Betreuern, Wünschen, Aktivitäten</p> <p>Im Gespräch über „Suizid“: Vermeidung von (Augen-)Kontakt</p> <p>Regelung der „letzten Dinge“</p> <p>Selbstopferungsideen (will keinem zur Last fallen)</p>	<p>Jede suizidale und lebensmüde Äußerung hat einen Hintergrund</p> <p>Sprechen Sie die Kunden direkt auf lebensmüde und suizidale Gedanken an</p> <p>Sprechen Sie im Team über die Situation vermittelt Sie Hilfe</p> <p>Wichtige Kommunikationshilfen:</p> <p>Erkennen Sie das „aktuelle Problem“ an, vermitteln Sie Verständnis und suchen Sie gemeinsam nach Lösungen.</p> <p>Grundaussage: Hilfe ist möglich!</p>	
	<p>mögliche Fragen & Hilfe für Angehörige</p> <p>Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?</p> <p>Haben Sie sich direkte Gedanken der Umsetzung des Suizides gemacht?</p> <p>Sind die Gedanken beiseitegeschoben? Haben Sie Vorbereitungen bzgl. eines Todes getroffen?</p> <p>Und umgekehrt: Gibt es etwas was Sie vom Suizid abhält?</p> <p>Hilfe für Angehörige</p> <p>KISS - Selbsthilfegruppe für Angehörige nach Suizid Kassel Kontakt und Anmeldung - Telefon: (0561) 81644-222 Gospetrefree: Jeden zweiten Montag im Monat (20 Uhr) KISS Selbsthilfepunkt, Treppenstr. 4, 34117 Kassel</p> <p>Bundesverband Angehöriger von Suizid "AGUS" www.agus-selbsthilfe.de</p>	<p>Hilfe für Profis</p> <p>Gerontopsychiatrisches Zentrum im Klinikum Kassel Münchebergstr. 41 - 43, 34125 Kassel Institutsambulanz: (0561) 980-2213 - Beratung: (0561) 980-28 65</p> <p>Klinikum KS Konsiliar- u. Krisendienst für Psychiatrie und Psychoonkologie Montag - Freitag 8:00 - 14:00 Uhr, Telefon: (0561) 980-2212</p> <p>Gerontopsychiatrisches Zentrum der Vitos Klinik für Psychiatrie/ Psychotherapie Bad Endrad (Merkhausen) Landgraf Philipp-Strasse 9, 34308 Bad Endrad - Telefon: 056249 - 600</p> <p>Vitos psychiatrische Ambulanz und Tagesklinik Kassel Karlshausenstraße 3, 34117 Kassel - Telefon: (0561) - 310070</p> <p>Diakoniewerk Kassel - psychologische Beratung Wilhelmstrasse 14, 34117 Kassel - Telefon: (0561) 709 74 - 250 Offene Beratung: Montag 10:00 - 11:30 & Mittwoch 16:00 - 17:30</p> <p>Telefonseelsorge Nordhessen: 0800 - 111 0 111 und 0800 - 111 0 222</p> <p>Sozialpsychiatrischer Dienst Kassel Telefon: (0561) 787 - 5300</p> <p>Hospizverein Kassel e.V./ Ambulantes Hospiz/Palliativberatungsdienst Die Freiheit 2, 34117 Kassel - Tel: (0561) 7004-162 Geschäftszeiten: Mo. bis Do. 9 - 12; Di. 13 - 16:30</p>	<p>Ich will nicht mehr! Hilfe im Umgang mit lebensmüden und suizidalen Menschen im Alter</p> <p>Fakten</p> <p>Anzeichen</p> <p>Hilfe beim Umgang</p> <p>Fragen an Kunden</p> <p>Hilfe für Angehörige</p> <p>Hilfe für Profis</p> <p>UNIKASSEL VERSITÄT</p> <p>ein Projekt von Studierenden der Uni Kassel & Prof. Dr. Lindner</p>

„Notfallblatt für die Kitteltasche“ für Professionelle der ambulanten Altenpflege in Kassel

zid im Alter, zu diagnostischen Fragen („Erkennen“), zum Abschätzen der Suizidalität, zum Handeln (Beratung, therapeutischen Strategien und Haltungen) und zu konkreten Hilfsangeboten für alte Menschen.

3. Hilfen für Angehörige sollten verstärkt werden: einerseits durch Schulungen von professionellen Pflegepersonen im Umgang mit Trauerprozessen körperlich kranker oder am Lebensende stehender Patientinnen und Patienten, andererseits aber auch durch direkte Hilfen für Angehörige alter suizidaler Menschen.

Es wurde ein „Notfallblatt für die Kitteltasche“ entwickelt und den Institutionen vorgestellt, das in einer ersten Evaluation von den Professionellen der ambulanten Altenpflege positiv aufgenommen wurde.

5.5.2 Suizidpräventive Aktivitäten der Deutschen Depressionshilfe mit besonderem Fokus auf Ältere

Einzelne regionale „Bündnisse gegen Depression“ richten als erste und niederschwellige Anlaufstellen Angebote durch Beratungsstellen zu Depression im Alter für Betroffene und Angehörige aus. Hinzu kommen verschiedene Selbsthilfe-/Gruppenangebote (siehe Infokasten „Unterstützungsangebote für Ältere“). Das Bündnis gegen Depression ist im universellen Präventionsbereich sehr engagiert. So teilte das Saarländische Bündnis mit, Diskussionen zu „Selbstbestimmung im Alter“, zu „Depression und Alter“ und zur „Akzeptanz suizidalen Verhaltens im Alter“ in der Gesellschaft zu führen.

Unterstützungsangebote für Ältere am Beispiel der Deutschen Depressionshilfe

Deutsche Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de/start)

Gründung: 2008

Zielsetzung: Die gesundheitliche Situation depressiver Menschen verbessern.

Tochterorganisation: „Deutsches Bündnis gegen Depression“

Zielsetzung: Entwicklung und Förderung regionaler „Bündnisse gegen Depression“ im gesamten Bundesgebiet mit begleitender Öffentlichkeitsarbeit.

Projekte: Online-Diskussionsforum Depression, das Aktionsnetz Depression am Arbeitsplatz, das Psychiatriekonsil, das Infotelefon Depression, das psychosoziale Coaching von Langzeitarbeitslosen.

In den einzelnen regionalen Bündnissen gegen Depression gibt es z. T. Beratungsstellen zu Depression im Alter für Betroffene und Angehörige als erste und niederschwellige Anlaufstelle sowie verschiedene Selbsthilfe-/Gruppenangebote (Gesprächskreise, Chor für Menschen mit Depression, Demenz und alle Interessierten, z. B. Erlangen www.dreycedern.de/depression-im-alter/veranstaltungen-depression-im-alter).

Einschränkung: Ein Teil der älteren Menschen wird wegen dieser Fokussierung auf Depression von den Angeboten jedoch nicht erreicht, da Suizidalität im Alter auch außerhalb des Kontextes von Depression erscheint.

5.5.3 Statistische Angaben der Telefonseelsorge zur Nutzung ihres Dienstes durch Ältere im Kontext der Suizidalität

Die Bundesstatistik aller Telefonseelsorgestellen dokumentierte für den Zeitraum 01.01.–10.10.2018 altersspezifische Angaben zur Suizidalität ihrer Anrufer: Demnach waren 9 % der Anrufer über 70 Jahre alt. Dies entspricht nicht dem Anteil dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung und zeigt, dass die Telefonseelsorge insgesamt seltener von alten Menschen kontaktiert wird. Dieser Trend zeigt sich besonders hinsichtlich der Suizidalität der Anrufer. Von den Personen, die über Suizidgedanken sprachen, waren nur 9 % über 70 Jahre alt (Suizidabsichten: 6 %, frühere Suizidversuche: 7 %).

Dagegen macht die Gruppe der 50–59-Jährigen einen wesentlich größeren Anteil der suizidalen Anrufer aus.

5.5.4 Aktivitäten der AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Die Arbeitsgruppe ist ein deutschlandweit agierendes Forum, das mit Vertretern anderer Institutionen, Verbänden und Arbeitsgruppen im Austausch ist. Eine Vielfalt von Themen, Initiativen und Perspektiven wurde in den Arbeitstreffen der AG vorgestellt und diskutiert. Gäste waren in den letzten Jahren (siehe Anhang – Tabelle A5.1)

Datum	Organisation/Thema	Name
2020	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie DGGG	Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
2020	Ev. Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit (EAfA) der EKD: „Hochaltrigkeit und Suizidalität in der Gemeindefarbeit“	Christine Schöps, Pfrin.
2019	BundesseniorenInnenvertreter des Deutschen Berufsverbands für soziale Arbeit e.V.	Friedrich Maus
2018	Arbeitsgemeinschaft deutscher Apothekenkammern und Bundesapothekerkammer	Dr. Daniela Bussick
2015	Frankfurter Netzwerk zur Suizidprävention (FRANS)	Dr. Thomas Götz
2013	Diakonie-Projekt „Lebenslinien – Krisenbewältigung im Alter“, Münster	Dr. Claudia Wernik-Hübner
2013	Stadtverwaltung München Projekt „Aufi – Auswege finden bei psychischen Krisen im Alter“	Katja Schlüter
2010	„Umgang mit dem Thema Suizid in Einrichtungen zur stationären Altenhilfe“	Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius
2008	„Der begleitete Übergang in den Ruhestand als Präventionsmaßnahme in der ambulanten sozialen Altenhilfe unter dem Aspekt Isolation und Desolation im Alter“	Tanja Schmelter
2008	Bildungshaus Diakonie, Karlsruhe Integration von Angeboten der Suizidprävention in Fort- und Weiterbildungsprogramme der Altenhilfe	Cornelia Grünkorn

Anhang – Tabelle A5.1: Netzwerkarbeit AG „Alte Menschen“ NaSPro.

Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“:

- Die Broschüre und das Faltblatt „Wenn das Altwerden zur Last wird“¹⁰ in deutscher, englischer und französischer Sprache. Diese Informationsschrift wendet sich an Personen, die das Thema des Suizids und der Suizidprävention nicht unbeteiligt lässt und die sich informieren wollen, an Menschen, die sich mit Gedanken an Selbsttötung tragen oder sich in einer Lebenskrise befinden, an Angehörige und an Personen, die haupt- oder ehrenamtlich mit alten Menschen arbeiten.
- Die Materialien „Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (Schneider et al. 2011) vermitteln in einer Zusammenstellung von Folien Kenntnisse über die Häufigkeit und die Ursachen des Alterssuizids, über die Möglichkeiten rechtzeitiger Gefährdungserkennung, der Prävention und der konkreten Hilfe. Informationen über ethische, religiöse und juristische Aspekte der Suizidalität sowie Adressen, wie und wo man Hilfe findet, sind angefügt. Einen 2015 aktualisierten Foliensatz hält der Mabuse-Verlag online für die Käuferinnen und Käufer der Materialien bereit.
- In dem Buch „Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen“ (Lindner et al. 2014) werden die aktuellen Forschungsergebnisse und klinischen Erfahrungen rund um das Thema Suizidgefährdung und -prävention im Alter ausführlich dargestellt und analysiert. Das Buch richtet sich an Pflegendе, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, andere Professionelle und an Ehrenamtliche, die mit älteren Menschen arbeiten.
- In Zusammenarbeit mit der ABDA entstand zum Weltsuizidpräventionstag 2020 ein Gesprächsleitfaden zum Umgang mit suizidalen Patientinnen und

Patienten in der Apotheke. Unter dem Titel „Suizidale Menschen in der Apotheke – Warnzeichen erkennen und reagieren“ soll er Apothekenmitarbeiterinnen und Apothekenmitarbeiter für mögliche Hinweise auf suizidale Absichten ihrer Patienten sensibilisieren, Möglichkeiten der Gesprächsführung aufzeigen und Hinweise zum weiteren Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten geben.^{11,12}

Das Engagement der AG „Alte Menschen“ in den Bereichen der Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfepolitik findet auf verschiedenen Feldern statt, besonders in Zusammenarbeit mit regionalen, landes- und bundesweiten Aktivitäten zur Suizidprävention im Alter. Angesichts der öffentlichen Debatte um den assistierten Suizid setzte sich die AG „Alte Menschen“ in einem intensiven Diskussionsprozess mit einem breiten Kanon an Positionen intensiv auseinander, verfasste und beteiligte sich an Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und des NaSPro und führte im Rahmen der Bundestagsdebatten zum Thema 2015 in Kooperation eine intensive Pressearbeit durch. Dabei lag der Schwerpunkt der Tätigkeit in der wissenschaftlichen Information der Entscheidungsträger, unter anderem durch das Memorandum „Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“ (AG „Alte Menschen“ 2015).¹³

5.5.5 Online-Befragung „Suizidalität bei älteren Menschen im geriatrischen Kontext. Eine empirische Untersuchung“¹⁴

Ziel:

Befragung von Geriaterinnen und Geriatern zur Suizidalität in der Geriatrie, zu Problemen in ihrer Diagnostik und Therapie und zu Verbesserungsvorschlägen zur Suizidprävention.

10 Die Broschüre ist in der aktualisierten 6. Auflage von 2019 abrufbar unter: www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird/96012 (16.09.2020)

11 www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen (Stichwort „Weitere Arbeitshilfen“)

12 www.naspro.de/dl/2020-09-09-Leitfaden-Suizidale-Menschen-in-der-Apotheke.pdf

13 www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf (16.09.2020)

14 Gruber 2019

Methodik und Stichprobe:

Ein ca. 20-minütiger Online-Fragebogen wurde über den Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. an professionelle Mitarbeitende in geriatrischen Einrichtungen verschickt. An der Umfrage nahmen 55 Personen, 34 Frauen und 21 Männer, teil. 39,2% von ihnen arbeiteten in leitenden Positionen als Chef- und Oberärztinnen bzw. Chef- und Oberärzte und 60,8% waren Assistentenärztinnen und Assistenzärzte, Psychologinnen und Psychologen oder gehörten weiteren therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen an.

Ergebnisse:

Knapp die Hälfte der befragten Mitarbeitenden in der Geriatrie wird mindestens ein- bis zweimal im Monat mit der Lebensmüdigkeit von Patientinnen und Patienten konfrontiert, 30% von ihnen ebenso häufig mit latenter Suizidalität, knapp 15% mit akuter Suizidalität. Mit der konkreten Bitte um Sterbehilfe wurden 35,2% der Befragten ein- bis fünfmal in den letzten 12 Monaten konfrontiert. Während ihrer Zeit in der Geriatrie wurden 17% der Befragten über fünfzehnmal mit Suizidversu-

chen konfrontiert und über die Hälfte (54,8%) zwischen ein- und fünfzehnmal. Einen vollendeten Suizid (ein- bis dreimal) erlebten 43% der Befragten.

Obwohl sich 64% von der Suizidalität ihrer Patientinnen und Patienten belastet fühlen, nehmen nur wenige Professionelle die kollegiale Hilfe von anderen Professionellen an, die mehr Kontakt mit Suizidalen und mehr Expertise in der Handhabung der Suizidalität haben. Supervision wird zwar als ein hilfreiches Instrument zur Arbeit mit suizidalen Patientinnen und Patienten angesehen, jedoch nur von 25,9% der Befragten genutzt. In der eigenen Einschätzung des Wissensstandes sehen Ärztinnen und Ärzte sich deutlich schlechter informiert als Psychologinnen und Psychologen. Gründe dafür lassen sich schon im Ausbildungs-(Studien-)Curriculum der einzelnen Berufsgruppen finden: Der gefundene Unterschied verdeutlicht die Wichtigkeit psychologischer und psychosomatischer Inhalte in Bezug auf (Alters-)Suizidalität vor allem für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für alle anderen geriatrischen Berufsgruppen, bereits im Studium und in der Ausbildung.

6 Suizidprävention in der medizinischen Versorgung

Barbara Schneider¹, Uwe Sperling², Lisa Eilert³, Daniela Hery⁴, Ulrich Preuß⁵, Jörg Schmidt⁶, Friedrich M. Wurst⁷, Wiebke M. Webers⁸, Nadine Glasow⁹, Ines Heinz¹⁰, Anne Elsner¹¹, Kathrin Klipker¹², Ulrich Krüger¹³, Manfred Wolfersdorf¹⁴

- 1 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 Dr., Universitätsmedizin Mannheim, Geriatisches Zentrum
- 3 M.Sc., LVR-Klinikum Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 4 Rechtsanwältin, LLM (Medizinrecht), Mainz
- 5 Prof. Dr., Klinikdirektor Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn
- 6 M.A., AGUS e. V., Bayreuth
- 7 PD Dr., Universität Basel und privatärztliche Praxis Traunstein
- 8 LVR-Klinik, Bonn
- 9 Dr., universalRAUM GmbH, Dresden
- 10 Dipl.-Psych. Deutsches Bündnis gegen Depression, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig
- 11 M.Sc., Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig
- 12 Dr. Dipl.-Psych., Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Berlin
- 13 Dipl.-Supervisor, Aktion Psychisch Kranke, Bonn
- 14 Prof. Dr. Dr. h.c., Universität Bayreuth, ehemals Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, privatärztliche Praxis

ZUSAMMENFASSUNG In der medizinischen Versorgung ist Suizidprävention ein komplexes Thema. Sie muss zum einen auf verschiedene strukturelle Bereiche zielen und zum anderen auf verschiedene Risikogruppen. Diese umfassen insbesondere psychisch kranke Menschen, vor allem mit Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie, Menschen mit psychosozialen Krisen, aber auch Menschen mit körperlichen Erkrankungen. In der Suizidprävention bildet sich die gesamte Problematik psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Diagnostik (Assessment), Krisenintervention und Therapie psychischer Störung von Krankheitswert, von Hilfe-, Unterstützungs- und Begleitungsbedarf einschließlich Nachsorge und Postvention sowie der Vernetzung aller Versorgungsstrukturen ab. Vor diesem Hintergrund wurden Empfehlungen für weitere effiziente Maßnahmen der Suizidprävention im Bereich der medizinischen Versorgung herausgearbeitet: Als wichtigste Maßnahme wurde die kontinuierliche Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, in dem die Facetten der Suizidprävention im medizinischen Bereich erfasst sind, identifiziert. Als weitere wichtige Maßnahmen werden für Mitarbeitende aller Berufsgruppen der medizinischen und psychosozialen Versorgung eine verstärkte und regelmäßige qualifizierte Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidalität und Suizidprävention sowie die (Weiter-) Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen als dringend notwendig erachtet. Zudem müssen Nachsorge und Postvention sowie die Vernetzung der einzelnen Versorgungsstrukturen eng aufeinander abgestimmt und sichergestellt werden. Die Finanzierung aller suizidpräventiven Maßnahmen muss gewährleistet sein.

SCHLÜSSELWÖRTER *Fort- und Weiterbildung, Leitlinien, Vernetzung, Nationales Suizidpräventionsprogramm*

ABSTRACT Suicide prevention in medical care is a complex issue. Suicide prevention must target different structural areas as well as different risk groups. Risk groups include, in particular, mentally ill people, especially with depression, dependence disorders and schizophrenia, people with psychosocial issues, and also people with physical illnesses. Suicide prevention reflects the entire problem of psychiatric-psychotherapeutic and psychosocial diagnostics (assessments), crisis intervention and therapy of mental disorders, the need for help, support and accompaniment, including aftercare and postvention, as well as the networking of all care structures. In this context, recommendations for further efficient measures of suicide prevention in the field of medical care were elaborated: The most important measure identified was the continuous promotion of the National Suicide Prevention Programme for Germany, which covers the facets of suicide prevention in the medical sector. Other important measures considered urgently necessary for all professional groups in medical and psychosocial care were increased and regular qualified further training and education on the topic of suicidality and suicide prevention as well as the (further) development and regular updating of guidelines, standards and recommendations. In addition, aftercare and postvention as well as the networking of the individual care structures must be closely coordinated and ensured. The financing of all suicide prevention measures should be granted.

KEY WORDS *Training, guidelines, networking, National Suicide Prevention Programme*

Einleitung und Fragestellung

Die Teilprojektgruppe „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“ widmet sich der Suizidprävention im Bereich der stationären und ambulanten Behandlung einschließlich ihrer komplementären Einrichtungen sowie der Akut- und Notfallversorgung und erarbeitet nachhaltige Verbesserungsmöglichkeiten, u. a. im Bereich der Versorgungsstrukturen und der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ausdrücklich eingeschlossen ist die Berücksichtigung der Situation von Angehörigen. Medizin umfasst die Vorbeugung, das Erkennen, die Behandlung und Leidensminderung sowie die Nachsorge von Krankheiten oder Verletzungen. Die Versorgung von Krankheiten und Verletzungen von der Diagnostik bis zur Therapie und Rehabilitation ist in Deutschland strukturell in ambulante (einschließlich Home-Treatment), teilstationäre, stationäre und rehabilitative Behandlung eingeteilt.

In der Medizin sind Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben und Ausbildungen, Qualifikationen und Zusatzqualifikationen tätig. In Deutschland sind dies insbesondere:

- Ärztinnen und Ärzte einschließlich Fachärztinnen und Fachärzten verschiedener Fachrichtungen
- (Fach-)Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger
- Medizinische Fachangestellte
- Sanitäterinnen und Sanitäter
- Psychologinnen und Psychologen
- Psychologische und Psychiatrische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Bewegungs- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- (Fach-)Apothekerinnen und Apotheker

Im Bereich der medizinischen Versorgung sind zudem Personen mit weiteren Qualifikationen beschäftigt, z. B. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter, Leiterinnen und Leiter von Selbsthilfegruppen, Zahnärztin-

nen und Zahnärzte, Zahnmedizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im medizinisch-technischen Dienst, Hebammen und (Notfall-)Seelsorgende. Darüber hinaus sind beispielsweise Juristinnen und Juristen und Personen mit anderen beruflichen Qualifikationen als gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer in die medizinische Versorgung involviert, ohne selbst Diagnostik und Therapie durchzuführen.

Der Begriff „medizinische Versorgung“ soll hier als „Spektrum-Begriff“ verstanden werden, nicht als Beschränkung auf die engere, z. B. intensivmedizinische Versorgung von Menschen nach suizidaler Intoxikation, Strangulations- oder anderen Selbsttötungsversuchen. Er zielt ab auf die breite Spannweite („Spektrum“) suizidaler Verhaltensweisen und die darauf bezogenen suizidpräventiven Aktivitäten.

Wo begegnet uns Suizidalität im Bereich der medizinischen Versorgung?

Suizidalität spielt in der gesamten medizinischen Versorgung eine Rolle, aber besonders häufig begegnet sie uns in internistischen und chirurgischen Notaufnahmen, in der Intensivmedizin und in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. In der ambulanten Versorgung kommt den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern als langjährigen Haus- und Familienärztinnen und Familienärzte besondere Bedeutung in der Diagnostik und im Umgang mit Suizidalität zu. Sie sind neben allen anderen in der Medizin Tätigen sogenannte „Gatekeeper“ (Zalsman et al., 2016).

Das Gesundheitswesen spielt eine wesentliche Rolle bei der Suizidprävention (World Health Organization, 2014). Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, insbesondere Depression, alkoholbezogene Störungen und Schizophrenie, ist mit dem höchsten Suizidrisiko assoziiert. Neben psychischen Erkrankungen sind auch frühere Suizidversuche und schwere körperliche

Erkrankungen bedeutsame Risikofaktoren für Suizid (Hawton et al., 2015; Olfson et al., 2017).

Suizidprävention im Bereich der medizinischen Versorgung findet hauptsächlich als indizierte und selektive Suizidprävention statt. Die Teilprojektgruppe (TPG)

„Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“ ist im Unterschied zu anderen TPG nicht auf spezifische Risikosituationen oder Fragestellungen fokussiert, sondern auf die medizinische Versorgung in ihrer ganzen Breite ausgerichtet. Dadurch können sich Überschneidungen mit den Fragestellungen anderer TPG ergeben.

6.1 Aktueller Stand der Suizidprävention in der medizinischen Versorgung

6.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidprävention in der medizinischen Versorgung

6.1.1.1 Quantitative Problemlagen

Das Gesundheitswesen spielt eine wesentliche Rolle bei der Suizidprävention (World Health Organization, 2014). Mit dem höchsten Suizidrisiko ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung assoziiert, jedoch kann nicht aus Suizidalität auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung geschlossen werden (Schneider, 2003; World Health Organization, 2014).

Der Begriff des Risikofaktors ist zwar hinsichtlich der Berechnung (Kraemer et al., 1997), nicht jedoch hinsichtlich der Bedeutung einheitlich definiert. Risikofaktoren für Suizid geben die epidemiologische Evidenz wieder, mit der Angehörige einer definierten Gruppe oder Trägerinnen und Träger eines bestimmten Merkmals durch Suizid sterben könnten. Als Risikofaktoren gelten alle Faktoren, deren Vorliegen für die jeweilige Gruppe oder für das Merkmal signifikant höher liegen als in einer Vergleichsgruppe, in der Regel der Gesamtbevölkerung. Risikofaktoren beziehen sich immer auf eine untersuchte Gruppe von Personen, über die einzelnen Personen dieser Gruppe können jedoch keine Aussagen getroffen werden. Die WHO legt ihrem Bericht (World Health Organization, 2014) ein sehr weit

gefasstes Verständnis von Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen zugrunde: der Gesellschaft, der Kommune, der Beziehungen und des Individuums. Die Kenntnis dieser Risikofaktoren (Tabelle 6.1) ermöglicht die Definition bestimmter Interventionsbereiche. Risikogruppen umfassen definierte Gruppen, während Risikofaktoren sich nur auf einen einzelnen Faktor beziehen. Zu den adressierten Risikogruppen gehören vor allem psychisch Kranke, die sich in ambulanter oder stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befinden, sowie auch spezifische Gruppen somatisch erkrankter Patientinnen und Patienten.

Bei beinahe allen psychischen Erkrankungen ist das Suizidrisiko deutlich erhöht, insbesondere jedoch bei affektiven Erkrankungen (Depression, bipolare Störung), Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Schizophrenie (Harris and Barraclough, 1997, 1998; Wilcox, Conner & Caine, 2004). Von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen versterben 4% durch Suizid (Bostwick & Pankratz, 2000), bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeit sind es 7% (Schneider, 2009), bei Patientinnen und Patienten mit bipolaren Störungen 8% (Hawton Sutton, Haw, Sinclair & Harriss, 2005b; Nordentoft, Mortensen, & Pedersen, 2011) und bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie 5% (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005). Patientinnen und Patienten, die an mehr als einer psychischen Erkrankung (Komorbidität) leiden, haben ein besonders stark erhöhtes Suizidrisiko (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003).

Psychische Erkrankungen	• Affektive Störungen (Depression, bipolare affektive Erkrankung, Dysthymia)
	• Stoffgebundene (von illegalen und legalen Substanzen) und nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen
	• Schizophrene Psychosen
	• Essstörungen (insbesondere Anorexia nervosa)
	• Persönlichkeitsstörungen
	• Anpassungs- und Belastungsstörungen
Anamnestische Variablen	• Suizid in der Familienanamnese, früherer Suizidversuch
Somatische Erkrankungen und deren Folgen	• Onkologische Erkrankungen
	• Chronische somatische Erkrankungen
	• Lebensbedrohliche und -limitierende Diagnosen
	• Körperliche Funktionseinschränkungen
	• Anhaltende Schmerzen
	• Negative soziale Folgen der Erkrankung (Partnerschaft, Finanzen, Teilhabe etc.)
Soziale Faktoren	• Familiäre Situation
	• Berufs- und Arbeitssituation
	• Migration inkl. Flucht
	• Kultur und Religion
	• Wohnsituation
Personale Faktoren	• LGBTQ (lesbian, gay, bisexuell, transgender, queer)
	• Männliches Geschlecht
	• Höheres Lebensalter

Tabelle 6.1: Risikofaktoren für Suizid

Die vorliegenden Metaanalysen zeigen, dass an affektiven Störungen (unipolare Depressionen und bipolare Störungen) Erkrankte ein etwa 20-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben (Crump, Sundquist, Sundquist & Winkleby, 2014). Je nach untersuchter Population leiden 25 bis 80 % aller durch Suizid Verstorbenen an einer affektiven Störung, wobei der Anteil bei älteren Menschen deutlich höher ist (Schneider, 2003). Sowohl bei unipolaren als auch bei bipolaren Störungen wurden Faktoren wie

Hoffnungslosigkeit und männliches Geschlecht als Risikofaktoren für Suizid identifiziert (Hawton, Casanas, Haw & Saunders, 2013; Hawton et al., 2005b). Aus Deutschland liegen wenige epidemiologische Daten vor (z. B. Schneider, Müller & Philipp, 2001a; Schneider, Philipp & Müller, 2001b; Schneider et al., 2006).

Alle Suchterkrankungen – einschließlich Spielsucht (Bischof et al., 2015) – gehen mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität einher. Bei 25 bis 50 % aller

durch Suizid Verstorbenen liegen Suchterkrankungen vor (Schneider, 2009). Bei Personen mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit besteht ein fast 6-fach erhöhtes Suizidrisiko, wobei das Suizidrisiko bei Frauen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit sogar bis 17-fach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist (Wilcox et al., 2004). Diese Ergebnisse werden durch neue Studien bestätigt (Wilcox et al., 2004; Poorolajal, Haghtalab, Farhadi & Darvishi, 2016). Patientinnen und Patienten, die an einer weiteren psychischen Störung leiden, haben ein besonders stark erhöhtes Suizidrisiko (Conner, Beautrais & Conwell, 2003). Besonders erwähnenswert ist, dass – im Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen – bei Alkoholabhängigkeit das Suizidrisiko während des gesamten Krankheitsverlaufs gleichmäßig erhöht bleibt (Inskip, Harris & Barraclough, 1998). Auch bei Alkohol-erkrankungen sind verschiedene Faktoren mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert, vor allem mittleres und höheres Lebensalter und männliches Geschlecht (siehe Schneider, 2009). Nikotinkonsum geht ebenfalls mit einem erhöhten Suizidrisiko einher (Li et al., 2012; Poorolajal and Darvishi, 2016). Aus Deutschland liegen Daten zum Zusammenhang von Suchterkrankungen und Suizid vor (Schneider et al., 2005; Schneider et al., 2009a; Schneider et al., 2009b; Schneider et al., 2014).

Bei **25 bis 50 %**
aller durch Suizid Verstorbenen
liegen Suchterkrankungen vor.

An Schizophrenie Erkrankte nehmen sich ungefähr zehnmal häufiger als andere Menschen das Leben. Besonders hoch ist das Suizidrisiko in den ersten Jahren der Erkrankung und bei Menschen, die im Alter von unter 30 Jahren an Schizophrenie erkrankt sind (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair & Deeks, 2005a; Wolfersdorf & Felber, 1995; Bronisch, 2020). Nach neueren Untersuchungen ist bei Persönlichkeitsstörungen das Suizidrisiko um das 12-fache bei Männern und das 16-fache bei Frauen gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Schneider, 2003).

Aus den genannten Risikogruppen und -konstellationen ergibt sich die Notwendigkeit des Erkennens und Behandeln von Suizidalität und, dass Maßnahmen vor allem zur Verbesserung der Diagnostik und Behandlung depressiv kranker Menschen, Suchtkranker und junger Psychosekranker (Registrierung und Management von psychischen Erkrankungen) ergriffen werden müssen (d.h. indizierte Suizidprävention). Auch im klinischen Kontext dominieren bei den Suiziden weit mehr die Männer als die Frauen. Bei der Sichtung der Literatur zum suizidalen Verhalten im psychiatrischen Kontext fällt auf, dass vor allem die depressive Erkrankung die meiste Erwähnung findet. Die Gefährdung von Schizophrenen ist besonders hoch im Zeitraum des Behandlungsbeginns sowie nach einer zweiten oder dritten Wiedererkrankung.

Auch unter den beschützenden Bedingungen einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie nehmen sich – trotz einer optimalen Behandlung, Pflege und Fürsorge – Menschen das Leben. International wurde seit Anfang der 50er-Jahre der sogenannte „Inpatient Suicide“ (siehe Wolfersdorf, 1989) gebräuchlich. Dabei ist der Status der Patientin und des Patienten in Therapie entscheidend, nicht der Ort der suizidalen Handlung.

Obwohl der Anteil an stationärer Behandlungsbedürftigkeit wegen Suizidalität in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit rund 20% hoch ist, bleibt der Kliniksuiizid insgesamt ein seltenes, aber höchst verstörendes Ereignis. Nach Schätzungen liegt der Anteil der Kliniksuizide an der Suizidzahl der Allgemeinbevölkerung bei 5 bis 8% (Martelli, Awad & Hardy, 2010; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011). Nach einem Peak in den 80er-Jahren (280/100.000) blieben in Deutschland die Kliniksuizidraten bis Mitte der 90er-Jahre stabil (200/100.000), darauf folgte eine rapide Abnahme (Keller & Wolfersdorf, 1995). Dies könnte mit den Neukonzeptionen der Kliniken, aber auch mit einer Beruhigung der aus der Psychiatrie-Enquete- bzw. -Reformzeit und der Anti-Psychiatrie-Zeit stammenden Verunsicherung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Strategien zusammenhängen.

Bei Kliniksuiziden ist das Geschlechtsverhältnis in etwa ausgeglichen. Die häufigsten Diagnosen bei durch Sui-

zid Verstorbenen während der stationären Behandlung sind Schizophrenien und depressive Störungen (Inoue et al., 2017; Proulx, Lesage & Grunberg, 1997). In Deutschland stellten junge schizophrene Männer im Zeitraum von 1970 bis 1999 mit ungefähr der Hälfte den größten Anteil, bis 2005 ging ihr Anteil jedoch auf ungefähr ein Drittel zurück (Keller & Wolfersdorf, 1995). Umgekehrt stieg im selben Zeitraum der Anteil der Kliniksuzide in Verbindung mit einer Depression von ungefähr 30% auf 45% an. Suchterkrankungen kommen bei Patientinnen und Patienten, die sich während der stationären Behandlung suizidieren, nur selten vor. Bei Suchterkrankungen ereignen sich Suizide später im Erkrankungsverlauf als bei anderen psychischen Erkrankungen und meist bei Patientinnen und Patienten, die sich außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems befinden.

Im Bereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung fanden sich bei bis zu 74% der Studienteilnehmenden Suizidgedanken im ambulanten Assessment (Spangenberg, Forkmann & Glaesmer, 2015).

Neben psychischen Erkrankungen sind auch körperliche Erkrankungen wie bösartige Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz, HIV und neurologische Erkrankungen einschließlich Hirninfarkten und Schädelhirntraumen Risikofaktoren für Suizid (Du et al. 2020; Erlangsen et al., 2020; Liu et al., 2017; Schneider, 2003; Jia, Mehlum & Qin, 2012; Madsen et al., 2018; Eriksson, Glader, Norrving & Asplund, 2015). Bei bösartigen Tumorerkrankungen ist das Suizidrisiko besonders in der Zeit nach der Diagnosestellung und bei Auftreten von Metastasen erhöht (Fang et al., 2012). Zu nennen sind auch diejenigen, die notfallmäßig nach einem Suizidversuch zur Behandlung ihrer körperlichen Verletzungen aufgenommen werden.

Natürlich müssen im Bereich der medizinischen Versorgung auch weitere Risikofaktoren berücksichtigt werden (Bachmann, 2018). Dazu gehören u. a. Traumen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, Verlust Nahestehender, mangelnde soziale Unterstützung, Vereinsamung und Beziehungskonflikte. Aus der Migrationsforschung weiß man bisher, dass die Gefährdung von

Menschen mit Migrationserfahrung durch verschiedene Faktoren, wie eine psychische Erkrankung oder die sozioökonomische Situation im Einwanderungsland, beeinflusst wird. Zudem zeigen Angehörige der LGBTQ-Gruppe eine erhöhte Gefährdung für suizidales Verhalten. Allerdings ist die Datenlage in diesem Bereich in Deutschland weiterhin unzureichend.

6.1.1.2 Qualitative Problemlagen

Die qualitativen Problemlagen der Suizidprävention in Deutschland im Bereich der medizinischen Versorgung, zu denen zum Teil auch Antworten aus einer eigenen Umfrage in 507 Kliniken eingingen (Ergebnisse und Erläuterung der Umfrage: siehe Anhang – 6.4.2), lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung im ambulanten und stationären Bereich hat das Thema Suizidalität seit den 60er- und 70er-Jahren (siehe Kliniksuzidforschung) erkannt und Strategien des Umganges und der Diagnostik (Assessment) entwickelt. Im stationären psychiatrischen Bereich gibt es zwischenzeitlich eine Reihe von Untersuchungen und auch daraus abgeleitete Empfehlungen zur Diagnostik von Suizidalität und zum Umgang mit suizidgefährdeten Gruppen, insbesondere mit den traditionell suizidgefährdeten, schwer depressiv kranken Menschen und den als neue Gruppe identifizierten jungen schizophrenen Männern. Leider gibt es bis heute keine vereinheitlichten Empfehlungen, „Standard Operation Procedures“ (SOP) und keine Leitlinie zur Suizidprävention in Deutschland. In unserer Umfrage zeigte sich, dass ein Bedarf an formalisierten Arbeitshilfen, d. h. wie in Leitlinien und Empfehlungen enthalten, besteht (siehe Anhang – Abbildung A6.1).
2. Suizidalität wird vermehrt als Thema in allen Feldern, in denen Menschen (in diagnostischer, therapeutischer, fürsorglicher, notfallmäßiger, präventiver, gesundheitspolitischer, versorgungspolitischer Funktion u. a.) mit anderen Menschen in hilfsbedürftigen Situationen zu tun haben, wahrgenommen. Dies zeigte auch unsere Umfrage (siehe Anhang –

Tabelle A6.3). Es ist offensichtlich, dass die in der Medizin Tätigen einen nicht ausreichend gedeckten Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Suizidprävention haben (siehe Anhang – Abbildung A6.1). Dieser Bedarf muss möglichst schnell gedeckt werden. Sowohl in der medizinischen und psychologischen sowie in der pflegerischen Ausbildung bzw. in Studiengängen fehlen Suizidalität und Suizidprävention als regelmäßige und standardisierte Unterrichtsinhalte. Dabei muss auch das Thema „Angehörige und deren psychische Belastung nach Suizid bzw. Suizidversuch eines Familienmitgliedes“ einbezogen werden.

3. Angehörige nach Suizid oder bei Suizidalität eines Nahestehenden sind nicht per se psychisch krank. Jedoch ist es Voraussetzung für eine Finanzierung von Beratung und Intervention durch die Kostenträger, dass eine psychiatrische Diagnose vorliegt. Vom suizidalen Verhalten eines Familienmitglieds sind in erster Linie die übrige Familie selbst, Partnerinnen und Partner und Kinder, dann engste Bekannte und Freundinnen und Freunde und im Falle eines Suizides während einer stationären oder ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung das pflegerisch-therapeutische Personal einschließlich Klinikleitung betroffen. Die Anzahl der von einem Suizid Betroffenen wurde nach Shneidman mit sechs Personen angegeben, wobei neuere Überlegungen von mehr als 40 ausgehen (z.B. Wurst et al., 2013; Berman, 2011). Professionelle reagieren beim Suizid einer Anvertrauten bzw. eines Anvertrauten wie Angehörige: Schuldgefühle, Trauer und Ärger, Angst vor Konsequenzen, psychosomatische Reaktionen. Ein Problem dabei ist, dass diese traumatisierten Angehörigen sowie betroffene Professionelle, um fachliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können, eine psychiatrische Diagnose brauchen.
4. Der gesamte Bereich der somatischen Erkrankungen, vor allem aus dem neurologischen und onkologischen Bereich, kann mit erhöhter suizidaler Gefährdung einhergehen, vor allem, wenn eine Komorbidität mit psychischer Symptomatik vorliegt. Dabei müssen die psychosozialen Folgen krankheitsbedingter Symptome wie Immobilität, chronische Schmerzen, Impotenz und andere Funktionseinschränkungen berücksichtigt werden. Dieses Feld ist bisher hinsichtlich Forschung und Versorgung unbefriedigend bearbeitet, sowohl von der jeweiligen somatischen wie auch von der psychiatrischen Seite her. Gute Ansätze von Palliativmedizin und Onkologie in Zusammenarbeit mit Psychiatrie/ Psychotherapie/ Psychosomatik/ Suizidologie gibt es, z.B. durch psychiatrisch-psychotherapeutische Liaisondienste oder eigene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem besteht in der somatischen Medizin ein deutlicher Bedarf an Fort- und Weiterbildung in suizidologischen Fragen.
5. Obwohl im Bereich von Krankenhäusern und Altenheimen zunehmend bauliche Maßnahmen zur Suizidprävention berücksichtigt werden, ist dies noch lange nicht flächendeckend der Fall (Glasow, 2011).
6. Wenngleich besondere Risikogruppen (z.B. homosexuelle Männer und Frauen, Häftlinge, Menschen mit Migrationshintergrund, z.B. Geflüchtete, alte und ältere Menschen) zunehmend benannt und beforscht und in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden, ist dennoch deren Suizidrisiko nicht gesunken. In diesem Zusammenhang ist der Anstieg der Suizide ab den 50er-Lebensjahren zu nennen, der beide Geschlechter, insbesondere aber die Männer, betrifft. Eine ausführliche Diskussion hierzu findet sich im Kapitel „Alte Menschen“.
7. Im Public Health Bereich gibt es vereinzelte Initiativen: So ist das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, das seit nunmehr fast 20 Jahren existiert, weitestgehend auf ehrenamtliche Tätigkeiten angewiesen. Dasselbe gilt für viele Kriseninterventionseinrichtungen in Deutschland, die wirtschaftlich nicht ausreichend abgesichert sind, obwohl sie sich um ein gesellschaftlich relevantes Problem kümmern.
8. Derzeit besteht ein lebhafter Diskurs im Spannungsfeld von Schutz- und Autonomiegedanken. Am Beispiel der Diskussion um Zwangsbehandlung bei psychischer Erkrankung oder der Diskussion um die Suizidbeihilfe, insbesondere dem sogenannten ärzt-

lich assistierten Suizid als Behandlungsalternative, wird deutlich, dass Selbstbestimmung mit einer Angebotsstruktur einhergehen muss. Eine positive Beschreibung von Schutzmaßnahmen, selbstverständlich i. R. der Selbstbestimmung eines Menschen, ist notwendig.

9. Vom Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) und von regionalen und überregionalen Organisationen, die sich mit Suizidgefährdung beschäftigen, z. B. im Rahmen einer Depression, wurde in den letzten 20 Jahren Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Reduktion von Suizidraten und Behandlung von besonders suizidgefährdeten Gruppen durchgeführt. Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen und insbesondere von Suizidgefährdeten bzw. Suizidalität ist trotz dieser Aktivitäten bis heute nur unzureichend vorangekommen.

Jedoch müssen weiterhin differentielle Subgruppen mit erhöhter suizidaler Gefährdung, vor allem bei Komorbidität von somatischer und psychischer Erkrankung (z.B. im Bereich der Onkologie, der chronischen neurologischen Erkrankungen mit psychischer Beeinträchtigung, beispielsweise durch Depressivität oder mit traumatischer Symptomatik), besondere Aufmerk-

samkeit erfahren. Jede existenzielle Bedrohung, jede psychische oder somatische Erkrankung mit dem auch häufig folgenden psychosozialen Abstieg führt näher an Suizidalität heran. Unzureichendes oder gar fehlendes Erkennen von suizidaler Gefährdung verstärkt das Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, nichts verändern zu können, und verschiebt die Perspektive in Richtung Suizid im Sinne der Beendigung der nicht mehr akzeptablen, nicht mehr lebbar und nicht mehr ertragbaren Situation.

6.1.2 Relevante Akteurinnen und Akteure in der Suizidprävention

Abbildung 6.1 zeigt eine Zusammenstellung der im Bereich der medizinischen Versorgung relevanten Akteurinnen und Akteure. Ergänzungen müssen hier wahrscheinlich vorgenommen werden, zumal gerade in der Suizidprävention und insgesamt in der psychosozialen Arbeit mit psychisch belasteten, in Krisen befindlichen und i. e. S. psychisch kranken Menschen das Spektrum der Angebote von der professionellen medizinischen Seite über andere professionelle Helfergruppen bis hin zu nichtprofessionellen und ehrenamtlichen Gruppen reicht.

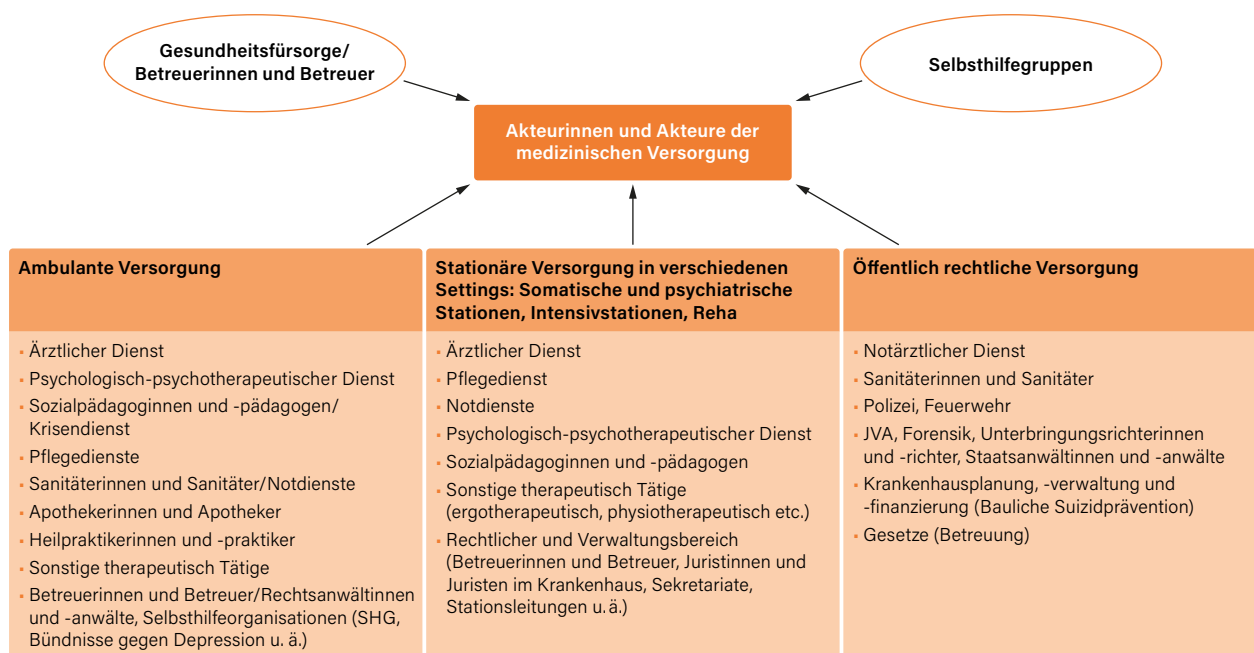


Abbildung 6.1: Relevante Akteurinnen und Akteure

Die hier aufgelisteten Akteurinnen und Akteure lassen sich wie folgt gliedern: zum einen nach ihrer Zugehörigkeit zur Gesundheitsfürsorge einschließlich zu Selbsthilfeorganisationen, zum anderen nach ihrer Zugehörigkeit zum ambulanten oder stationären Versorgungsbereich sowie nach ihrer Zugehörigkeit zur öffentlichen und rechtlichen Versorgung. Denn in der Suizidprävention kommt eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Helfenden hinzu aus (Notfall-)Sanitäterinnen und -Sanitätern, Feuerwehrleuten und Polizei, Notfallseelsorgenden, zudem von Personen aus dem Bereich der Justiz wie Unterbringungsrichterinnen und Unterbringungsrichtern, Staatsanwältinnen und Staatsanwälten, gesetzlich Betreuenden und Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten sowie auch die Krankenhausverwaltungen und Mitarbeitende von Gesundheits- und Arbeitsämtern.

Übergeordnet, außerhalb der Versorgung im ambulanten und stationären Bereich, gibt es im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), einer Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS), eine Arbeitsgruppe „Medizinische Versorgung“, deren Fokus die Suizidprävention bei psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen ist. Darüber hinaus ist seit 40 Jahren die „AG Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“ in diesem Bereich tätig (Wurst et al., 2011).

6.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im Bereich der medizinischen Versorgung

Die Darstellung der folgenden Aktivitäten umfasst nicht diejenigen, die ausschließlich zum Bereich der Suizidprävention bei älteren Menschen, in der Palliativmedizin und im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich, in den Bereich der Krisenintervention und in den baulichen Bereich gehören. Diese Aktivitäten werden in den Berichten der jeweiligen TPG aufgeführt.

a) Veranstaltungen

Jährlich werden eine wissenschaftliche Frühjahrstagung der DGS (2019: Günzburg, 08.–10.03.2019), eine Herbsttagung der DGS (2019: Regensburg, 11.–13.10.2019) und eine Tagung der AG Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus (2019: Göppingen, 04.11.2019) durchgeführt. Darüber hinaus gibt es Kongresse, Fort- und Weiterbildungen, in deren Programm auch regelmäßig oder unregelmäßig Fort- und Weiterbildungen zur Suizidprävention beinhaltet sind, z. B. beim DGPPN-Kongress.

Außerdem gibt es einrichtungsinterne Fort- und Weiterbildungen, die nicht nach extern kommuniziert werden. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass solche Fort- und Weiterbildungen einschließlich der Supervision in Ausbildung befindlicher Kolleginnen und Kollegen in der alltäglichen klinischen Arbeit stattfinden.

b) Forschungsprojekte

Forschungsprojekte, die eine Förderung durch das BMG im Rahmen der im April 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit zur Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen zur Verfügung gestellten Mittel erhalten (2017–2020, siehe Beispiele in Tabelle 6.2).

Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken: Additiv zu den baulichen Aspekten werden auch nicht-bauliche Suizidpräventionskonzepte untersucht und in einen Empfehlungskatalog überführt.

Suizid und Sucht – Suizidprävention bei Suchterkrankungen – Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Fortbildungs- und Vernetzungsmaßnahmen für Mitarbeitende in der Suchtkrankenhilfe.

Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen (NEST) – mit dem Ziel, dass die an der Betreuung und Behandlung suizidgefährdeter Personen beteiligten Institutionen enger vernetzt und unterschiedliche Hilfsangebote auf- und ausgebaut werden.

Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenzbasierter Maßnahmen (FraPPE), das Suizidpräventionsmaßnahmen und Maßnahmen nach Durchführung eines Suizidversuches inklusive eines speziellen modularen Therapieprogramms enthält.

Projekt: Suizid – Prävention – Risiko – Management – Allianz Düsseldorf Neuss (SUPRIMA), das auf eine Qualifizierung von professionellen Gatekeepern in den primären, sekundären und tertiären psychiatrischen Versorgungsebenen der Region Düsseldorf/Neuss durch Entwicklung und Implementierung einer interaktiven elektronischen Wissensvermittlung (E-Learning) in Kombination mit vertiefenden Workshops zum Erkennen und Behandeln von Suizidalität abzielt.

Poststationäre Suizidprävention: Ein spezielles Setting nach der Entlassung soll dazu führen, dass Suizidalität bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer affektiven Störung reduziert wird mit Erhebung von Daten zu möglichen Einflussfaktoren.

Tabelle 6.2: Auswahl durch das BMG geförderter Projekte (2017–2020)

6.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen

Eine deutschsprachige Leitlinie „Suizidprävention“ gibt es bisher noch nicht. 2021 wurde eine finanzielle Förderung bei Innovationsfond für eine Leitlinie zur Suizidprävention unter Federführung der DGPPN beantragt. Jedoch gibt es in Deutschland im klinischen Bereich eine Reihe von Richtlinien und Behandlungsempfehlungen, die das Thema Suizidalität und Suizidprävention (mit-)behandeln. Dazu zählen:

- Empfehlung der AG Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus (Wurst et al., 2011)

- Standards „Suizidalität“ verschiedener Kliniken, z. B. der LVR-Klinik Köln und der LVR-Klinik Essen
- SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität (Schneider & Wolfersdorf, 2018)
- Nationale Versorgungsleitlinie Depression (DGPPN et al., 2012)
- Leitfaden nach einem Suizid (Wurst et al., 2011; Grupp & Müller, 2019)
- erweiterte und aktualisierte Fassung der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kap. 18 Todeswünsche¹⁵
- S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“¹⁶
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen¹⁷
- S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“¹⁸
- S3-Leitlinie „Schizophrenie“¹⁹
- S3-Leitlinie „Metamphetamin-bezogene Störungen“²⁰
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen²¹
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung²²

Um die in Deutschland durchgeführten und international veröffentlichten Originalarbeiten zur Versorgungsforschung im medizinischen einschließlich psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zu erfassen, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt (Suchterms für Literaturrecherche siehe Anhang – 6.4.2). Im Ergebnis wurde deutlich, dass es nur wenige Veröffentlichungen zum Aspekt der medizinischen Versorgung suizidaler Menschen in Deutschland gibt – im Gegensatz zur Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen zu anderen Themen der Suizidologie. Die Resultate internationaler Studien sind nur begrenzt auf das deutsche Versorgungssystem übertragbar.

15 www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin

16 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-023I_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf

17 www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/05/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_20190402.pdf

18 www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html

19 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

20 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024I_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf

21 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

22 www.awmf.org/leitlinien/detail/II/155-001.html

6.2 Hemmnisse

6.2.1 Analyse der hemmenden Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention in der medizinischen Versorgung entgegenstehen

Suizidprävention im medizinisch-psychozialen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld findet heute auf einem deutlich höheren Niveau statt als noch vor 40 Jahren, als in den 70er- und 80er-Jahren Suizidalität als Forschungsthema und Suizidprävention als Thema von Public Health im Rahmen von Gesundheitsfürsorge entdeckt und formuliert wurde. Dabei spielen Vernetzung, Fortbildung, Information der Allgemeinbevölkerung und finanzielle Ausstattung bei der Suizidprävention eine wichtige Rolle. Heute beschäftigt Suizidalität einerseits die neurobiologische, die genetische oder auch die bildgebende Forschung, allerdings bis jetzt ohne durchschlagende Umsetzbarkeit in die praktische Versorgungsrealität. Heute stehen Fragen nach 1) Hochrisikogruppen, 2) neuen Risikogruppen, 3) Assessment-Verfahren im ambulanten und klinischen Bereich, 4) Vermeidung von Folgeereignissen z. B. bei An-

und Zugehörigen nach Suizid eines Nahestehenden, 5) psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und psychosozialen Therapie- und Präventionsansätzen und 6) Rezidivvermeidung im Vordergrund wegen ihrer Alltagsrelevanz in der Suizidprävention bzw. Behandlung von Menschen nach Suizidversuch bzw. mit Suizid und deren Angehörigen. Auf der Ebene von Public Health muss vermieden werden, dass ärztlich assistierter Suizid konkret zur Behandlungsalternative bei suizidalen, psychisch oder schwer körperlich kranken Menschen wird.

Damit bildet sich in der Suizidprävention die gesamte Problematik psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Diagnostik (Assessment), Krisenintervention und Therapie von psychischer Störung von Krankheitswert und von Hilfe, Unterstützung und Begleitung bei existenziellen und Beziehungskrisen einschließlich Nachsorge, Langzeitbegleitung und -prävention ab.

Abbildung 6.2 zeigt eine ausführliche Übersicht aller Hemmnisse und Problemfelder im Bereich der medizinischen Versorgung. Zusammenfassend sind Hemmnisse in folgenden großen Feldern zu finden:

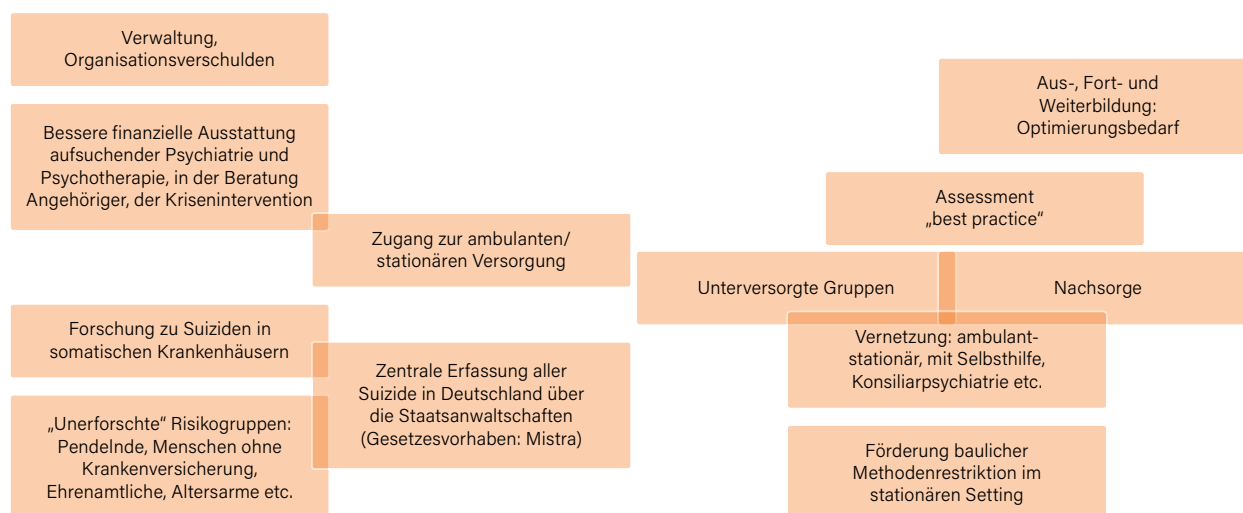


Abbildung 6.2: Hemmnisse und Problemfelder

1. **Unzureichende Kenntnis** von bekannten und „neueren“ Risikogruppen in den verschiedenen, mit suizidalen Menschen befassten Berufsgruppen. Damit sind suizidologisch und suizidpräventiv wichtige Gruppen nicht im Fokus des Assessments bei Routineabläufen. Das gilt z. B. für Menschen in Fluchtsituationen, mit Entwurzelung, mit existenzieller Bedrohung, mit Verlust der kulturellen, religiösen oder auch finanziellen Grundlage, für Menschen in Einengungssituationen (z. B. Haft), für homosexuelle Männer und Frauen, neben den klassischen Hochrisikogruppen (depressiv Kranke, Suchtkranke oder junge, schizophrene Männer) und alten Menschen. Das bedeutet personellen und zeitlichen Aufwand bei knapp bemessenen Ressourcen, aber auch Weiter- und Fortbildungsbedarf, denn zu jeder Grundqualifikation im medizinischen Versorgungssystem gehört auch das Wissen um Suizidalität. Beispielsweise sind Suizidalität und Suizidprävention im Curriculum der Kranken- und Gesundheitspflegeausbildung verankerte Themen, der Umfang dieser Thematik obliegt jedoch den einzelnen Krankenpflegeschulen.

Wer einen Suizidversuch durchführt, geht häufig innerhalb von

24 Stunden

wieder nach Hause, hat keine Weiterbehandlung und somit keine Hilfe.

2. Ambulante und stationäre Notfallversorgung und

Nachsorge: Die Fürsorge für Menschen nach suizidalen Krisen, nach Suizidversuch und auch die Beratung und Behandlung von Nahestehenden von durch Suizid Verstorbenen und von Angehörigen von Suizidgefährdeten sind unbefriedigend gelöste Themen der Prävention. Man muss davon ausgehen, dass insbesondere Männer in und nach suizidalen Krisen auch in Deutschland nur unzureichend weiterbehandelt werden. In einer neueren Unter-

suchung aus Österreich findet man eine geringere fach- und allgemeinärztliche Versorgung von Männern nach Suizidversuch als bei Frauen (Niederkrotenthaler, Mittendorfer-Rutz, Thurner, Endel & Klimek, 2020). Wer einen Suizidversuch durchführt, geht häufig innerhalb von 24 Stunden wieder nach Hause, hat keine Weiterbehandlung und somit keine Hilfe; auch die Angehörigen haben keine adäquate Hilfe (Eigen- und Fremdstigmatisierung). Wer soll für die Nahestehenden diese therapeutische psychosoziale Arbeit in einem adäquaten Zeitrahmen anbieten? Immerhin gibt es für Angehörige nach einem Suizid Selbsthilfeorganisationen wie z. B. Angehörige um Suizid e.V. (AGUS) oder die Inanspruchnahme von Familienberatungsstellen für Angehörige von Suizidgefährdeten. Ein Problem für Hinterbliebene nach Suizid eines Angehörigen, aber auch für Angehörige von Suizidgefährdeten, ist für eine längere Behandlung die für eine Kostenübernahme durch die Kostenträger notwendige Psychiatrisierung/Medikalisierung durch eine zuzuweisende Diagnose, meist aus dem F-Kapitel für psychische Störungen der ICD. Trauer ist aber keine „Krankheit“. Hier sind Finanzierungsfragen zu klären. Zudem ist auch inhaltlich eine adäquate Beratung und Behandlung der Nahestehenden zu definieren.

3. **Vernetzung ambulant-stationär:** Bekannt ist die mangelnde Vernetzung von ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten, aber auch von somatischer Versorgung im Allgemeinkrankenhaus, z. B. von Menschen nach Suizidversuch und Nachsorge im ambulanten Bereich. Keine Patientin und kein Patient darf ohne Weiterbetreuungsangebot entlassen werden. Jedoch fehlen oft Hinweise auf Beratungsstellen. Kontakte mit weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden selten eingeleitet, wobei einer der wesentlichen Gründe für die Übergangsschwierigkeiten bei psychisch Kranken die deutliche Verdünnung der Kommunikation und fachlichen Versorgung im ambulanten Bereich ist. Der Übergang von (teil-)stationärer

zu ambulanter Behandlung und Begleitung ist gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen schwierig. Erinnerung sei an die rezidivierenden und anhaltenden Verläufe von Suchtkrankheiten, Schizophrenie oder Depression, die oft einer lebenslangen Begleitung bedürfen.

4. **Stigmatisierung:** Es gibt die Stigmatisierung im Sinne einer „Verurteilung“ von Hinterbliebenen von durch Suizid Verstorbenen, die mit sozialem Rückzug des Umfeldes, mit Schuldzuweisungen und Meidung einhergeht. Die Aufklärung zum Tabuthema Suizidalität hat zwar deutlich zugenommen, hier gibt es aber weiterhin Vorurteile, die ausgeräumt werden müssen, um Nachfolgeerkrankungen und Traumatisierungen bei Angehörigen zu vermeiden.
5. **Migration und Sprache:** Ein großes Problem in der Krisenintervention mit Migrantinnen und Migranten ist das Verständigungsproblem. Nicht nur, dass das Thema Suizidalität oder auch Depression tabuisiert sein kann, eine psychotherapeutische Arbeit (Diagnostik, Krisenintervention) ist meist nur mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern möglich. Dadurch entstehen Kosten, deren Übernahme durch Behörden, Krankenhäuser und Krankenkassen sich oft schwierig gestaltet.
6. **Unterversorgte Gruppen:** Dabei gibt es auch Gruppen von suizidalen Menschen, die schwer oder kaum erreichbar und ansprechbar für psychosoziale, medizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe sind. So wird die Gruppe der älteren und alten Männer nur wenig erreicht. Die epidemiologischen Daten – Suizidzahlen und -raten der letzten Jahrzehnte – zeigen das Überwiegen der Männer in den westlichen Ländern und ebenso weit verbreitet die höchsten Suizidraten bei den hochbetagten Männern. Auch die Suizidrate der Frauen steigt in Deutschland mit dem Alter an, wenn auch nicht im selben Ausmaß. Bei den Suizidversuchen dominieren umgekehrt jüngere Menschen, und hier unternehmen deutlich mehr Frauen als Männer Suizidversuche. Die Erklärungsansätze und die da-

raus abgeleiteten Präventionsansätze für beide fast weltweit konstanten Beobachtungen – alte Männer als Hochrisikogruppe, das sogenannte „ungarische Muster“, mit hoher Anzahl der Suizidversuche bei jungen Menschen – sind vielfältig und unbefriedigend. Die Frage ist deswegen, da die Männergruppe wegen ihres weitgehend fehlenden Hilfesuchverhaltens eine besonders schwer zu erreichende Gruppe darstellt: Wer erreicht diese Menschen? Plakativ ausgedrückt: Männer gehen nicht zur Hausärztin oder zum Hausarzt, nicht in eine Selbsthilfegruppe und rufen auch nicht in der Telefonseelsorge oder in der Psychiatrischen Institutsambulanz an. Das Problem „Männersuizid“ und vor allem „Suizid älterer und alter Männer“ ist ein zentrales Problem der medizinischen Versorgung (Lindner, 2006; Wolfersdorf, Möller-Leimkühler & Winkler, 2010). Nur der Hausarzt kennt seine älteren und alten, evtl. verwitweten, vereinsamten, alkoholmissbrauchenden, an Kniearthrose leidenden, im 4. Stock eines Hauses ohne Aufzug lebenden Männer, deren Kinder räumlich weit entfernt berufstätig sind. Vereinsamung, körperliche Erkrankung und Einschränkung, ungünstige psychosoziale Rahmenbedingungen, kaum Kontaktmöglichkeiten sind die Probleme. Unsere reine „Komm-Struktur“ in Deutschland behindert eine adäquate ambulante und stationäre Versorgung. Wie unter 2. schon angemerkt, müssen bei den unterversorgten Gruppen auch Menschen erwähnt werden, die Suizidversuche begangen haben, Menschen, deren Angehörige sich suizidiert oder Suizidversuche begangen haben. So gibt es beispielsweise im Regelversorgungssystem keine therapeutischen Gruppen für Angehörige, insbesondere keine Gruppen von Kindern von durch Suizid Verstorbenen und von Suizidgefährdeten.

7. **Ärztlich assistierter Suizid bei psychisch Kranken:** Die gesellschaftliche Debatte um den assistierten Suizid entwickelte sich in den letzten Jahren. Das aktuelle Bemühen um eine gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid birgt die Gefahr, dass Suizidprävention bei Menschen in Lebenskrisen und/oder psychischen Erkrankungen vergessen wird.

6.3 Auswahl der wichtigsten konkreten Maßnahmen

Auf dem Hintergrund unserer obigen Überlegungen und der praktischen Erfahrungen wurden Empfehlungen für weitere effiziente Maßnahmen der Suizidprävention im Bereich der medizinischen Versorgung herausgearbeitet. Als wichtigste Maßnahmen wurden identifiziert:

1. die kontinuierliche Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland,
2. Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidalität und Suizidprävention,
3. (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen,
4. Verbesserung der Nachsorge und der Postvention, insbesondere in der Notfallversorgung und die Vernetzung der einzelnen Bereiche.

Darüber hinaus müssen weitere Maßnahmen erwähnt werden, die für die Suizidprävention im Bereich der medizinischen Versorgung wichtig sind. Dazu gehören:

- Enttabuisierung der Suizidthematik und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen durch Öffentlichkeitsarbeit
- Etablierung von Notrufnummern, insbesondere einer bundesweit einheitlichen Notrufnummer, und sonstige, niedrigschwellig erreichbare Hilfen für Menschen in Krisen
- Zielgruppenspezifische Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität im stationären, teilstationären, ambulanten und stationsäquivalenten Bereich sowie deren Vernetzung
- Implementierung neuer, digitaler Versorgungsangebote
- Psychotherapeutische Krisenintervention und langfristige Psychotherapie – insbesondere aufsuchende psychotherapeutische Behandlung bei älteren und immobilen Menschen
- Versorgung Angehöriger von Suizidalen, auch nach Suizidversuch und nach Suizid (im Sinne der Postvention)

In Abbildung 6.3 sind einige konkrete, notwendige nächste Arbeitsschritte formuliert.

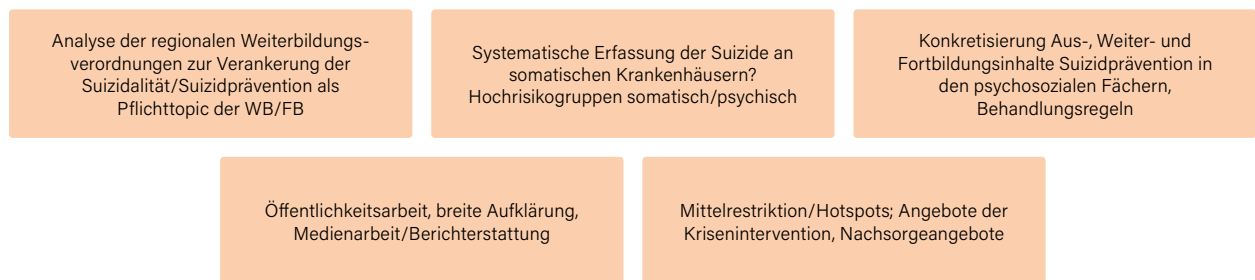


Abbildung 6.3: Nächste Arbeitsschritte

6.3.1 Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)

Seit fast zwanzig Jahren besteht in Deutschland das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), eine Initiative der Deutschen Gesell-

schaft für Suizidprävention (DGS). In den Arbeitsgruppen des NaSPro arbeiten Expertinnen und Experten der Suizidprävention gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus fachlich-thematischen Bereichen an Präventionsstrategien und deren Umsetzung. Eine zentrale Aufgabe, die das NaSPro wahrnehmen muss, ist die Vernetzung medizinischer und psychosozialer Ar-

beitsgruppen und Organisationen im Bereich der Suizidprävention. Außerdem wird durch das NaSPro die Integration externer Expertisen zur Suizidprävention außerhalb des medizinischen Bereichs sichergestellt. Dies begründet die Notwendigkeit der vorrangigen Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms. Die Organisation innerhalb dieses Netzwerks, insbesondere aber die Koordination der Arbeitsgruppen des NaSPro, erfordert eine professionelle zentrale, vernetzende, koordinierende und moderierende Stelle, die auch Verwaltungsaufgaben übernimmt. Dazu benötigt das NaSPro eine gesicherte Finanzierung. Die wissenschaftliche Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen ist notwendig und muss finanziell und personell sichergestellt werden.

Im Bereich der medizinischen Versorgung sollten Projekte mit dem vorrangigen Ziel der Implementierung suizidpräventiver Maßnahmen in der Prävention, dem Erkennen, der Behandlung, der Leidensminderung und der Nachsorge unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen und innerhalb der jeweiligen Versorgungsbereiche gefördert werden. Des Weiteren muss die wissenschaftliche Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen finanziell unterstützt werden.

6.3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Thema „Suizidalität“ ist ein wichtiges in der deutschsprachigen Aus-, Fort- und Weiterbildung und in der Krisenintervention und Notfallpsychiatrie geworden, da ein sicherer, qualifizierter Umgang mit Betroffenen durch Professionelle nur durch aktuelles und sachgemäßes Wissen zum Thema Suizidalität gewährleistet werden kann. So sollte Suizidalität und Suizidprävention in die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflegerinnen und Altenpfleger, der Ärztinnen und Ärzte sowie aller anderen Berufsgruppen im medizinisch-psychosozialen Feld fester Bestandteil sein. Fort- und Weiterbildung für alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams zum Thema Suizidalität und Suizidprävention sollte regelmäßig stattfinden, unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen beruflichen Belastungssituationen und Bedürfnisse. Verschiedene Formen des E-Learning

sollten selbstverständlich in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Einsatz kommen.

Die Implementierung von Intervention, Supervision, interdisziplinären Konferenzen, Suizid- und Mortalitätskonferenzen in und zwischen Kliniken und psychiatrischen Ambulanzen bzw. Praxen, CIRS-Meldungen und „Besonderen Vorkommnissen“ kann zudem die Kompetenz in allen Berufsgruppen zu Suizidalität und Suizidprävention verbessern.

Jedoch muss eine Finanzierung all dieser Maßnahmen sichergestellt sein.

6.3.3 (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen

Bei Suizidalität ist die Einleitung adäquater medizinischer Maßnahmen von hoher Relevanz und wirkt sich unmittelbar auf die suizidalitätsbezogene Morbidität und Mortalität aus. Sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich werden von Kliniken teilweise eigene Standards und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Suizidalität entwickelt, sodass es inzwischen eine Vielzahl unterschiedlicher Empfehlungen zum Umgang mit Suizidalität bzw. nach einem Suizidversuch oder Suizid gibt. All diesen Empfehlungen und Standards liegen jedoch weder wissenschaftliche Evidenz noch ein Konsens von Fachexperten einschließlich von Betroffenen oder Angehörigen zugrunde.

Daraus ergibt sich unmittelbar die Notwendigkeit einer wissenschaftlich fundierten, deutschsprachigen Leitlinie für den Umgang mit Suizidalität und Suizidprävention einschließlich Postvention in den unterschiedlichen ambulanten wie klinischen Versorgungsfeldern zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Eine dezidierte S3-Leitlinie zum Umgang mit suizidalem Verhalten gibt den beteiligten Akteurinnen und Akteuren der verschiedenen Sektoren eine klare Handlungsanweisung auf dem Boden der vorhandenen Evidenz, führt zu einer deutlich besseren Wissensvermittlung und verbessert letztlich die Versorgung von ca. 200.000 Patientinnen

und Patienten in der Bundesrepublik direkt. In Zusammenarbeit der DGPPN wurde die finanzielle Förderung einer S3-Leitlinie bereits beantragt. Zudem müssen bereits bestehende Leitlinien, die Suizidprävention beinhalten, diesbezüglich fortlaufend aktualisiert und um fehlende Empfehlungen ergänzt werden. Zukünftige Leitlinien für psychiatrische Krankheitsbilder müssen das Thema Suizidprävention obligat beinhalten. Dazu würde sich auch empfehlen, eine bundesweite Informationsstelle für mit suizidalen Menschen arbeitende Ärztinnen und Ärzte und (Psycho-)Therapeutinnen und (Psycho-)Therapeuten einzurichten.

6.3.4 Vernetzung, Verbesserung der Nachsorge und Postvention

Für Suizidgefährdete und für Menschen nach einem Suizidversuch müssen Konsil- und Liaisondienste grundsätzlich implementiert sein und deren Finanzierung muss sichergestellt werden. Bei Komorbidität von

seelischen und körperlichen Erkrankungen müssen psychiatrisch-psychotherapeutische und somatische Behandlungsangebote und differenzierte Therapieangebote, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, entwickelt werden und für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Nachsorge nach stationärer Behandlung bei Suizidalität muss sichergestellt sein. Die Kontinuität der Versorgung an den Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen sowie zwischen einzelnen Berufsgruppen muss durch ein gut funktionierendes multiprofessionelles Entlassmanagement (siehe §11 Abs. 4 SGB V) gewährleistet werden. Zudem muss die Finanzierung aller im Bereich der Nachsorge und Vernetzung vorhandenen Behandlungsbedarfe sichergestellt sein. Der Zugang zu psychiatrischen Institutsambulanzen in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in der Region im Rahmen der Notfallpsychiatrie muss direkt und ohne Zeitaufschub möglich sein.

6.4 Anhang

6.4.1 Erläuterung der durchgeführten Umfrage

Wir führten eine Befragung von Kliniken, Verbänden und Institutionen durch. Angeschrieben wurden per E-Mail alle psychiatrischen Kliniken sowie alle Krankenhäuser mit mindestens 200 Betten (n=507), die im Klinikverzeichnis des Statistischen Bundesamtes aufgeführt sind. Es bestand sowohl die Möglichkeit, den Fragebogen elektronisch auszufüllen, als auch in Papierform zu beantworten.

Institution	Zahl der Antworten (n = 258)
Psychiatrische Kliniken	87
„Krankenhaus“	31
„Therapiezentren“	6
Vereinigung/Verband/Gesellschaft	54
Berufliche Kammern	14
Ärztliche Praxis	5
Psychotherapeutische Praxis	16
Gesundheitsamt/Sozial-psychiatrischer Dienst	10
Justizvollzug	4
Beratungsstellen	3
Andere	28

Anhang – Tabelle A6.1: Institutszugehörigkeit der Befragten

Die antwortenden Institutionen sind in Anhang – Tabelle A6.1 aufgeführt. Auffällig ist, dass viele berufspolitisch aktive Organisationen an der Umfrage teilnahmen. Bei den Kliniken antworteten vor allem die angeschriebenen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, kaum jedoch Krankenhäuser mit ausschließlich somatischen Fachabteilungen. Bemerkens-

wert ist, dass viele Fragen von ca. 15% der Teilnehmer jeweils nicht beantwortet wurden. Die Berufsgruppen, die den Fragebogen beantworteten, sind in Anhang – Tabelle A6.2 aufgeführt. Dabei war auffällig, dass auch hier vor allem die im psychosozialen Bereich Tätigen antworteten.

Berufsgruppenzugehörigkeit	Zahl (n = 477)
Psychologin und Psychologe	74
„Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“	89
Ärztin und Arzt (inkl. aller Fachärztinnen und Fachärzte)	132
Pflege/MFA	63
Apothekerin und Apotheker	2
Sozialarbeiterin/(Sozial-)Pädagogin und Sozialarbeiter/(Sozial-)Pädagoge	48
Weitere Therapeutin und Therapeut und andere	69

Anhang – Tabelle A6.2: Berufsgruppenzugehörigkeit der Befragten (Freitextangaben mit Mehrfachnennungen möglich)

Es berichteten 195 (75,6%) der Befragten, dass ihre Institution bereits mit Suizidalität konfrontiert wurde. 40 (15,5%) der Befragten beantworteten die Frage nicht. Mehr als zwei Drittel teilten mit, dass das Thema Suizidalität und Suizidprävention „relevant“ oder „äußerst relevant“ für ihre Organisation sei (Anhang – Tabelle A6.3). Bereits implementierte Fortbildung/Weiterbildung zum Thema Suizidalität und Suizidprävention in ihrer Organisation zu haben, gaben 172 (66,7%) an; 41 (15,9%) machten hierzu keine Angaben. Mehr als 60% aller Befragten schätzten den Wissenstand zum Thema Suizidalität und Suizidprävention in ihrem Verband/ihrer Institution etc. als gut oder sehr gut ein (Anhang – Tabelle A6.4). Dies heißt jedoch, dass 36% den Wissenstand als schlecht einstufen oder die Frage nicht beantworten konnten oder wollten. In der

Relevanz	Häufigkeit (n = 258)	
überhaupt nicht relevant	0	
nicht relevant	11	4,3 %
kaum relevant	14	5,4 %
etwas relevant	18	7,0 %
relevant	48	18,6 %
äußerst relevant	131	50,8 %
nicht beantwortet	36	14,0 %

Anhang – Tabelle A6.3: Relevanz des Themas Suizidalität und Suizidprävention für die jeweilige eigene Organisation

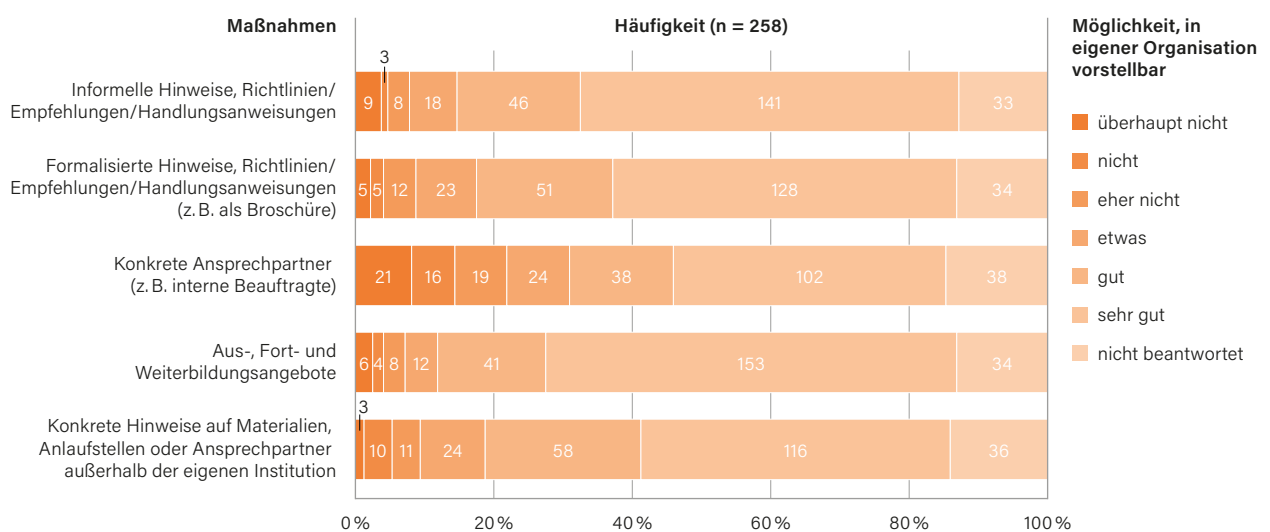
orientierenden statistischen Analyse zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen vorhandener Fort- und Weiterbildung und subjektivem Wissensstand der Befragten ($p < 0,001$; Chi²-Test nach Pearson). Dies lässt darauf schließen, dass bei Fortbildung auch der Wissensstand zur Thematik verbessert wird.

Anhang – Abbildung A6.1 und Anhang – Tabelle A6.5 zeigen Verbesserungsvorschläge für die eigene Organisation und im Allgemeinen. Einige der Teilnehmenden, die bei den Fragen keine Angaben gemacht hatten, ga-

Relevanz	Häufigkeit (n = 258)	
sehr schlecht	1	0,4 %
schlecht	2	9,3 %
gut	96	37,2 %
sehr gut	68	26,4 %
nicht beantwortet	69	26,7 %

Anhang – Tabelle A6.4: Einschätzung des Wissensstands zum Thema Relevanz des Themas Suizidalität und Suizidprävention für die jeweilige eigene Organisation

ben im Freitext an, dass innerhalb ihrer Organisation bereits alle möglichen bzw. ihrer Einschätzung nach nötigen Maßnahmen vorhanden seien („wir haben das schon alles“). Etwa 70% können sich in ihrer Organisation die Implementierung von formellen als auch informellen Empfehlungen und Handlungsanweisungen, von Weiterbildungsangeboten und von Hinweisen auf externe Hilfsmöglichkeiten vorstellen (Anhang – Tabelle A6.5). Dies lässt die Interpretation zu, dass im medizinischen Bereich Tätige gerne auf kurzgefasste, klare und konkrete Anleitungen zum eigenen Handeln im Umgang mit Suizidalität zurückgreifen würden.



Anhang – Abbildung A6.1: Vorstellung der Möglichkeit, dass die eigene Organisation Maßnahmen und Programme zu Suizidalität und Suizidprävention implementieren könnte

Vorschläge	Anzahl der Nennungen (n = 99)
Infos/Broschüren (in Praxen) auslegen	8
Bessere Ausstattung der Kliniken	1
Vernetzung	7
Fortbildungen – Pflege, Ärztinnen und Ärzte etc.	23
Bauliche Suizidprävention in Abstimmung mit Klinikpersonal	1
Mehr Personal	3
Mehr Psychotherapeuten in Kliniken	2
Juristen bei Fortbildung	3
Zentrale Suizidpräventionsanlaufstelle	1
Einsamkeitsbeauftragte	1
Enttabuisierung/Öffentlichkeitsarbeit	15
Verbesserte Nachsorge	3
Fortbildungen für Umfeld (z. B. Lehrerin und Lehrer/Eltern)	5
Generelles Screening bei Risikogruppen	1
Regionale Zielsetzungen	2
Konkretere Leitfäden/Screenings: Einstufung der Suizidalität	9
Verbesserung der ambulanten Krisenintervention/akute Psychotherapie	11
Mehr Forschung	1
Achtsamkeitsansätze ab der Grundschule	1
Notfallkärtchen (Visitenkartengröße) mit Notkontakten	1

Anhang – Tabelle A6.5: Vorschläge und Verbesserungen zur Suizidprävention

6.4.2 Suchkriterien

Suchkriterien für narratives Review: MEDLINE (MESH-Kriterien): (Suicidal[All Fields] OR suicide[All Fields] OR suicide*[All Fields] OR suicides[All Fields] Sort by: Best Match) AND („Psychotherapy“[Mesh] OR „Psychoanalysis“[Mesh] OR „Psychiatry“[Mesh] Sort by: Best Match) OR Disease“[Mesh] OR „Patient Care“[Mesh]) AND German*; Filter: 2014 bis 2018).

7 Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung

Klaus Maria Perrar¹, Kathleen Boström², Kerstin Kremeike³, Urs Münch⁴, Reinhard Lindner⁵, Barbara Schneider⁶, Raymond Voltz⁷

Unter Mitarbeit von: Winfried Hardinghaus⁸, Lukas Radbruch⁹, Claudia Bausewein¹⁰

- 1 Dr., Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin
- 2 M.Sc., Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin
- 3 Dr., Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin
- 4 Dipl.-Psych., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- 5 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 6 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 7 Prof. Dr., Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinik Köln
- 8 Prof. Dr., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
- 9 Prof. Dr., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- 10 Prof. Dr., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

ZUSAMMENFASSUNG Versorgende sind in der Hospiz- und Palliativversorgung regelmäßig mit Todeswünschen konfrontiert (8 bis 22%). Todeswünsche umfassen ein Kontinuum von der Akzeptanz des eigenen Todes über ein mentales „Vorsorgen“ für eine antizipierte Situation bis hin zu der (sub-)akuten Absicht, das Leben enden zu lassen. Sie unterliegen im Verlauf in Intensität und Permanenz beträchtlichen Schwankungen.

Expertinnen und Experten der Hospiz- und Palliativversorgung sowie des Nationalen Suizidpräventionsprogramms führten eine systematische Literaturrecherche (Medline) durch und luden 113 klinische Expertinnen und Experten der Hospiz- und Palliativversorgung zur Online-Umfrage ein. Gefundene Ergebnisse wurden in einer Gruppendiskussion kontextualisiert.

Die Literaturrecherche ergab keine einschlägige Publikation. An der Umfrage nahmen 70 (62%) Expertinnen und Experten teil, die zwar Veröffentlichungen nannten, jedoch kaum konkrete Best-Practice-Modelle. Jedoch wurden zahlreiche Hemmnisse benannt. In der Diskussion wurde Verbesserungspotenzial in Ausbildung, Forschung und weiterer Verbreitung der Hospiz- und Palliativversorgung genannt.

Als suizidpräventive Maßnahme wurde die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung identifiziert. Als förderlich werden ein Kommunikationstraining im Umgang mit geäußerten Todeswünschen sowie die Etablierung hospizlicher und palliativer Themen innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramms angesehen. Angesichts vieler offener Fragen wird ein Ausbau der Forschung zu wesentlichen Fragen des Todeswunsches und der Suizidalität in der Hospiz- und Palliativversorgung empfohlen. Nicht zuletzt bedarf es der Einbettung in einen gesellschaftlichen Kontext wie die Entwicklung einer bürgerschaftlichen Sorgeskultur für Menschen am Lebensende.

SCHLÜSSELWÖRTER Hospiz- und Palliativversorgung, Todeswunsch, Schulungen

ABSTRACT Providers are regularly confronted with death wishes in hospice and palliative care (8% to 22%). The wish to hasten death encompasses a continuum from the acceptance of one's own death to a mental "provision" for an anticipated situation to the (sub-)acute intention to let life end. They are subject to considerable fluctuations in intensity and permanence during the course.

Experts in hospice and palliative care and the National Suicide Prevention Program conducted a systematic literature search (medline) and invited 113 clinical experts in hospice and palliative care to participate in an online survey. Results found were contextualized in a group discussion.

The literature search yielded no specific publication. Seventy (62%) experts participated in the survey, citing publications but few specific best practice models. However, numerous obstacles were named. In the discussion, potential for improvement in education, research, and further dissemination of hospice and palliative care was mentioned.

The need for further expansion of hospice and palliative care was identified as a suicide prevention measure. Communication training in dealing with expressed wishes to hasten death is seen as beneficial, as is the establishment of hospice and palliative issues within the National Suicide Prevention Program. In light of many unanswered questions, expansion of research on key issues related to wishes to hasten death and suicidality in hospice and palliative care is recommended. Last but not least, it needs to be embedded in a societal context such as the development of a community culture of care for people at the end of life.

KEY WORDS *hospice and palliative care, wish to hasten death, training*

7.1 Aktueller Stand der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung

7.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Hospizliche und palliative Versorgungsstrukturen beinhalten Angebote der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung. Sie stehen ambulant oder stationär zur Verfügung, wobei die Vernetzung und die Berücksichtigung von Schnittstellen in den sektorenübergreifenden Konzepten eine besondere Rolle spielen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2002). Der palliativmedizinische Ansatz erstreckt sich prinzipiell über alle Abschnitte nicht heilbarer, lebensbedrohlicher Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, und beginnt oft mit der Diagnose einer solchen Erkrankung. Nach der S3-Leitlinie Palliativmedizin soll „allen Patienten (...) nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019, S. 48). Ein zentrales Merkmal dieser Disziplin ist jedoch die Behandlung und Betreuung von Menschen am Lebensende. In der aktuellen Diskussion beziehungsweise Forschung liegt der Fokus des Beginns der palliativen Versorgung auf den letzten 12–24 Monaten vor dem Versterben.

7.1.1.1 Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste sind ehrenamtliche Gruppen von eigens befähigten Hospizmitarbeitenden, geleitet durch eine hauptamtliche Hospizkoordination. Diese Dienste können an ein Krankenhaus angegliedert sein. Ambulante Hospizdienste übernehmen häufig Koordinations- und Steuerungsaufgaben in regionalen Netzwerken.

7.1.1.2 Stationäres Hospiz

Ist ein Sterben zu Hause nicht möglich, kann die Aufnahme in einem stationären Hospiz als spezialisierte Pflegeeinrichtung erfolgen. Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet, die weit fortgeschritten ist, progredient verläuft und bei der eine infauste und „finale“ Prognose mit sehr begrenzter Lebenszeit besteht.

7.1.1.3 Allgemeine Palliativversorgung

Die allgemeine Palliativversorgung wird durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonen geleistet, die palliativmedizinisch basisqualifiziert sind. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung steht Palliativpatientinnen und -patienten mit einer niedrigen bis mittleren Versorgungsnotwendigkeit zur Verfügung. Hausärztinnen und Hausärzte, sonstige niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Pflegedienste mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeiten mit anderen Leistungserbringern der ambulanten Palliativversorgung, z. B. Hospizdiensten und Apotheken, zusammen. Neben einer entsprechenden Qualifikation sind Hausbesuche und eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbar-

keit Grundvoraussetzungen. Auch die stationäre Altenpflege ist Teil der ambulanten Palliativversorgung. Die allgemeine stationäre Palliativversorgung erfolgt auf Stationen und Einheiten in Krankenhäusern, in denen Patientinnen und Patienten betreut werden, die keiner spezialisierten Palliativversorgung bedürfen. Unterstützt werden die Teams dieser Stationen oft durch einen Palliativmedizinischen Dienst.

7.1.1.4 Spezialisierte Palliativversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfolgt in der Regel durch ein speziell qualifiziertes, multiprofessionelles Team. Es werden besonders aufwendige Palliativpatientinnen und -patienten mit komplexen Symptomen versorgt, für deren Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und/oder besondere Koordinationsleistungen erforderlich sind. Die Entität der Grunderkrankung steht nicht im Vordergrund. Erfüllen die Patientinnen und Patienten die Voraussetzungen, haben sie nach § 37b Sozialgesetzbuch V einen gesetzlichen Anspruch auf eine ambulante spezialisierte Palliativversorgung – unabhängig davon, ob sie zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen beziehungsweise der Eingliederungshilfe leben.

7.1.1.5 Epidemiologie von Suizidalität und Todeswünschen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Trotz der umfassenden Diskussion um den (ärztlich) assistierten Suizid liegen kaum verlässliche Zahlen zu dessen Größenordnung im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung vor. Einen Anhaltspunkt bietet hier die S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und -patienten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014). Darin wird von 33 Studien berichtet, die sich mit dem

Thema Suizidalität, hauptsächlich bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, beschäftigen. In diesen Studien traten bei durchschnittlich 14,7 % (SD=10,2) der Patientinnen und Patienten Suizidgedanken auf. Die berichtete Häufigkeit von Suizidversuchen lag im Schnitt bei 5,6 % (SD=9,7). Mit durchschnittlich 21,1 % (SD=18,7) wurde der Wunsch nach beschleunigter Herbeiführung des Lebensendes (desire for hastened death) häufiger berichtet. Das standardisierte Suizidrisiko bezogen auf die Häufigkeit von Suiziden lag durchschnittlich bei $M = 1,9$ (SD=1,0) (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014).

In den allermeisten Studien aus dem Feld der Hospiz- und Palliativversorgung wird jedoch nicht von Suizidalität gesprochen, sondern der Begriff „Todeswunsch“ in einer mehr oder minder breiten Auslegung verwendet. Todeswünsche können im Verlauf einer schweren (onkologischen) Erkrankung in ihrem Auftreten, ihrer Intensität und Permanenz beträchtlichen Schwankungen unterliegen. Man kann Todeswünsche anhand eines Kontinuums steigenden suizidalen Handlungsdrucks konzeptualisieren: Todeswünsche reichen von der Akzeptanz des eigenen Todes über ein mentales „Vorsorgen“ für eine antizipierte, zukünftige Situation bis hin zu der (sub-)akuten Absicht, das Leben enden zu lassen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Ein Todeswunsch kann auch ohne den direkten Wunsch, das Leben schneller zu beenden oder das Lebensende herbeiführen zu wollen, geäußert werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019). Unter Suizidalität werden nach Lindner (2006) „alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, seien sie bewusst oder unbewusst (und damit in ihrer Bedeutung dem Subjekt primär nicht zugänglich), die auf Selbsterstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind“ umfasst. Insofern können Todeswünsche nicht prinzipiell mit Suizidalität gleichgesetzt werden, da sie eben auch ohne den Wunsch nach Herbeiführung oder Beschleunigung des Lebensendes auftreten können und damit nicht suizidal gemeint sind. Sie können jedoch bei einigen Patientinnen und Patienten ein erstes

Anzeichen von Suizidalität darstellen (Kremeike et al., 2019). Kritisch anzumerken bleibt auch, dass die im psychiatrischen Kontext bewährte Definition der Suizidalität in ihrem weiten Verständnis nahelegt, auch Abbrüche einer lebenserhaltenden Therapie oder den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken am Lebensende unter Suizidalität einzuordnen.

Ähnlich wie für Suizidalität wird die Prävalenz für Todeswünsche ebenfalls mit einer großen Spannweite von 8–22% angegeben (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019). So gaben laut einer Studie mit 377 teilnehmenden onkologischen Patientinnen und Patienten 69,5% an, keinen Todeswunsch zu haben, 18,3% äußerten gelegentliche diesbezügliche Gedanken und 12,2% nannten einen ernsthaften Todeswunsch (Chochinov et al., 1995).

Schweizer Daten ermöglichen vorsichtige Aussagen zu den Krankheitsbildern von Menschen, die sich ohne oder mit Assistenz suizidieren, beziehungsweise wie die Möglichkeit einer Suizidassistenz sich auf die Anzahl nicht assistierter Suizide auswirkt. Zahlen des Bundesamtes für Statistik im Rahmen der Todesursachenstatistik in der Schweiz zeigen keinen Rückgang der Suizide in den Jahren 2003 bis 2014, dagegen steigt die Anzahl der erfassten assistierten Suizide im selben Zeitraum deutlich an (BFS, 2016). Die beiden Gruppen unterschieden sich sowohl in der Altersverteilung als auch in den zugrundeliegenden Erkrankungen. Die Interpretation dieser Zahlen legt nahe, dass es sich bei den Personen, die sich ohne Assistenz suizidiert haben, und den Personen, die sich begleitet suizidiert haben, um offensichtlich unterschiedlich zu betrachtende Gruppen handelt.

7.1.1.6 Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Todeswunsches beziehungsweise für einen Suizid werden bei onkologischen Patientinnen und Patienten unzureichend beherrschte Symptome wie Schmerzen, Depression,

Hoffnungslosigkeit, Ängste (vor Kontroll- bzw. Autonomieverlust), schlechte Prognose, nicht lokalisierbarer Krebs, kurze Zeit seit Erfahren der Diagnose sowie bestimmte Krebslokalisationen (z.B. Kopf und Hals, gastrointestinal, urogenital) berichtet (Rodin et al., 2007; Spoletini et al., 2011). In der Regel unterliegt ein Todeswunsch im Verlauf einer Krebserkrankung beträchtlichen Schwankungen und kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. So kann der Todeswunsch verbunden sein mit einer (sub-)akuten Absicht, das Leben enden zu lassen, oder aber eher hypothetischer Natur im Sinne des „Vorsorgens“ für eine antizipierte, zukünftige Situation (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019).

Todeswünsche können individuell verschiedene Funktionen haben, die mit diesen Symptomen in Zusammenhang stehen, etwa die Rückgewinnung von Kontrolle oder der Ausdruck des eigenen Leids (Kremeike et al., 2019). Zudem scheint es so, dass neben onkologischen Erkrankungen auch bestimmte andere Diagnosen mit einer erhöhten Suizidalität einhergehen, so wurde etwa bei MS-Patientinnen und -patienten ein erhöhtes Risiko für Suizidalität festgestellt (Strupp et al., 2016). Auch der Anteil der neurologischen Grunderkrankungen bei den Menschen, die assistierten Suizid beziehungsweise Tötung auf Verlangen in europäischen Nachbarländern wie Belgien und der Schweiz in Anspruch nehmen, ist gemessen an ihrem relativen Anteil an den Erkrankungen überproportional hoch (Gauthier et al., 2014).

7.1.2 Darstellung der in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten Akteurinnen und Akteure

Über lokale Hospiz- und Palliativnetzwerke sowie lokale Träger von Einrichtungen hinaus stellen vor allem der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) die relevanten Akteurinnen und Akteure im Feld dar. Vertreterinnen und Vertreter beider Verbände waren in unterschiedlicher Form an der Teilprojektgruppe beteiligt.

7.1.2.1 Deutscher Hospiz- und PalliativVerband

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband ist seit 1992 die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung sowie zahlreicher Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland. Gründungsmitglieder waren engagierte Ehrenamtliche und Hauptamtliche verschiedener Professionen sowie Vertreter örtlicher Hospizvereine und stationärer Hospize. Als Dachverband der Landesverbände in den 16 Bundesländern und weiterer überregionaler Organisationen der Hospiz- und Palliativarbeit sowie als selbstverständlicher Partner im Gesundheitswesen und in der Politik steht er heute für über 1.250 Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen, in denen sich mehr als 120.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren (DHPV, 2019).

7.1.2.2 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2019) steht als wissenschaftliche Fachgesellschaft für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung: 5.800 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

Die im Juli 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu fördern.

Die DGP sieht die Hilfe zum Suizid nicht als Teil der Palliativversorgung und nicht als ärztliche Aufgabe. Eine Tötung auf Verlangen lehnt sie ab (Nauck et al., 2014; Radbruch et al., 2019; DGP 2020a, b).

7.1.2.3 Weitere Akteurinnen und Akteure

Zu weiteren Akteurinnen und Akteuren in der Hospiz- und Palliativversorgung gehören Wohlfahrtsverbände wie der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland. Ein zusammen mit dem DHPV im Frühjahr 2020 herausgegebenes Qualitätshandbuch „Qualität sorgsam gestalten – Bundesrahmenhandbuch stationäre Hospize“ äußert sich nicht zu Aspekten der Suizidprävention oder zum Umgang mit Todeswünschen.²³

7.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im jeweiligen Segment

7.1.3.1 S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Die im August 2019 veröffentlichte erweiterte Version der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen oder Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung befasst sich in einem eigenen Kapitel explizit mit dem Phänomen Todeswunsch. An der Erstellung waren unter anderem auch führende Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Suizidologie beteiligt. Von der Gruppe wurden 19 Schlüsselempfehlungen formuliert, die von 67 Fachgesellschaften und Organisationen konsentiert wurden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019).

7.1.3.2 Umfrage zu Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

In einer vom 16.07.2015 bis zum 31.08.2015 durchgeführten Untersuchung (bereinigte Rücklaufquote 36,9%; 1.811 gültige Fragebogen) wurden die Mitglieder der DGP zu ihren Einstellungen zu und Erfahrungen

²³ www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/fachthemen/gesundheit/bundesrahmenhandbuch/brh_hospiz_2020_feb_final.pdf

mit ärztlich assistiertem Suizid befragt (Jansky et al., 2017). Hierbei zeigte sich vor allem bei den nichtärztlichen Berufsgruppen eine teilweise Unklarheit in der Unterscheidung zwischen Tötung auf Verlangen, ärztlich assistiertem Suizid oder Therapien am Lebensende. Die Teilnehmenden betonten die „Ambivalenz und Vieldeutigkeit von Sterbewünschen“, die häufig mit Depression und Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht wurden (Jansky et al., 2017). Die Mehrheit der Befragten war der Ansicht, dass „Sterbewünsche bei gelingender Palliativversorgung abnehmen“, wenn auch nicht „jeder Sterbewunsch“ durch diese „aufgehoben“ würde (Jansky et al., 2017). Die befragten Ärztinnen und Ärzte lehnten „mehrheitlich eine eigene Beteiligung an einem ärztlich assistierten Suizid“ ab, nur ein kleiner Teil hatte dies bereits getan (Jansky et al., 2017). Mehrheitlich wurde die Beihilfe zum Suizid als nicht der Palliativmedizin zugehörig angesehen. Allerdings gaben nicht wenige Mitglieder der DGP an, dass sich innerhalb der vorangegangenen zehn Jahre ihre Meinung „von eher ablehnend gegenüber ÄAS zu eher zustimmend“ verändert habe (Jansky et al., 2017).

7.1.3.3 Forschungen zum Todeswunsch

Einer der Forschungsschwerpunkte des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln befasst sich mit dem Thema „Todeswunsch“ (Projektleitung: Prof. Dr. R. Voltz, Dr. K. Kreimeike; Fördernde Institution: Bundesministerium für Bildung und Forschung). Vor kurzem wurde ein im Mai 2017 begonnenes Schulungsprojekt (Optimierung des Umgangs mit Todeswünschen in der Palliativversorgung) abgeschlossen, in dem Versorgenden mehr Sicherheit im Umgang mit möglichen Todeswünschen vermittelt werden soll. Ein im Rahmen der Schulungskonzeption entworfener semi-strukturierter Gesprächsleitfaden soll Versorgende im Umgang mit geäußerten Todeswünschen sicherer machen.

Diese Intervention soll einen Rahmen für offene Gespräche bieten und eine Basis für die Stärkung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Versorgenden und

Patientinnen bzw. Patienten, in der schwierige Themen angesprochen werden können. Generell sollen dadurch die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit einem Todeswunsch und die Kommunikations- und Handlungskompetenz von Versorgenden verbessert werden.

7.1.3.4 Endlich. Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Ein Konzept für Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 9 bis 13

Lehrkräfte aller weiterführenden Schulformen, haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende aus dem palliativen und hospizlichen Bereich sowie aus psychosozialen Teams werden bundesweit in Schulungen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren befähigt, gemeinsam einen präventiven Projektunterricht mit dem Titel „Endlich. Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Ein Konzept für Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 9 bis 13“ in den weiterführenden Schulen durchzuführen. Die Evaluation der anonymen Schülerbefragung ergab, dass sich die Jugendlichen explizit eine Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid wünschten. Auch die praktische Erfahrung hat gezeigt, dass bei der Behandlung der Themen Sterben, Tod und Trauer immer wieder unter anderem Suizid von den Jugendlichen angesprochen wurde und wird. Daher werden die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zusätzlich im Umgang mit Suizid und Krisen sowie im Umgang mit trauernden Schülerinnen und Schülern geschult. Erfahrungen haben gezeigt, dass sowohl die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als auch die Schülerinnen und Schüler, die lernen konnten, woran man eine Suizidgefährdung erkennt und wie man damit umgehen kann, gestärkt aus der Schulung hervorgingen. Das vom Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln 2009 initiierte Projekt wurde bisher in zehn Bundesländern durch ca. 600 geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Schulen umgesetzt. Das Projekt verfügt über eine Online-Befragungsplattform und ein begleitendes Schulungshandbuch (Nolden et al., 2018).²⁴ Gefördert wurde das Projekt vom DHPV, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und

24 www.dhpv.de/themen_hospizlernen.html

Jugend und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

7.1.3.5 Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Am 24.02.2021 hat die DGP ein Papier zu Eckpunkten zu einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention veröffentlicht.²⁵

Die zentralen Forderungen lauten:

- Offene und breite gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Vorstellungen über den Umgang am Lebensende sowie die Beseitigung von bestehenden Informationsdefiziten in der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende sowie zur Suizidprävention. Das Bundesministerium für Gesundheit soll hierzu einen öffentlichen Diskurs initiieren.
- Stärkung der Suizidprävention durch niedrigschwellige Angebote zur Suizidprävention sowie Ausbau und Förderung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Begleitende Forschung zum assistierten Suizid und zu Umständen, die zu Suizidwünschen führen.
- Konsequente Verankerung von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen im Gesundheitswesen und in der Suizidprävention zum Umgang mit Sterbewünschen und den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung.
- Qualitätssicherung der bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention.

7.1.3.6 DHPV-Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“

Vor dem Hintergrund der Entscheidung des BVerfG hat der DHPV im Februar 2021 einen Dialogprozess mit seinen Mitgliedsorganisationen auf der Landesebene sowie den überregionalen Organisationen des DHPV gestartet. Im Ergebnis dieser Auseinandersetzung ist das Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“ entstanden, das der DHPV seinen Mitgliedsorganisationen zur Verfügung stellt und dazu einlädt, es als Grundlage für die weitere Diskussion und den internen Dialogprozess zu nutzen.²⁶

7.1.3.7 YouTube Reihe Palliativ&

In der YouTube Reihe Palliativ& des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln werden in knapp einstündigen Beiträgen u.a. rechtliche, ethische, soziologische, theologische und hospizliche Aspekte des assistierten Suizids dargestellt. Darüber hinaus stehen dort Aufzeichnungen von Symposien zum Umgang mit Todeswünschen beziehungsweise zu Aspekten des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit zur Verfügung.

7.1.3.8 Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Entstanden ist das deutsche Charta-Projekt vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative, der sich 18 Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Israel, Italien, Litauen, Kroatien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn) angeschlossen haben. Mit dem Ziel, die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern, sollten fünf Bereiche fokussiert und in ihrer Entwicklung gefördert werden: Aus-, Fort- und Wei-

25 www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf

26 www.dhpv.de/news/dialogpapier_hospizliche-haltung-grenzsituationen.html

terbildung, Forschung, Politik, Qualitätsmanagement, allgemeine Zugänglichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln. In Deutschland übernahmen die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) die Trägerschaft für den nationalen Charta-Prozess, unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung sowie die Deutsche Krebshilfe. In den Charta-Prozess, der in der Zeit von September 2008 bis September 2010 stattfand, waren mehr als 150 Expertinnen und Experten in fünf Arbeitsgruppen, rund 50 Vertreterinnen und Vertreter des Runden Tisches, die Steuerungsgruppe der drei Träger sowie eine Geschäftsstelle eingebunden. Gleichzeitig konnte Mitte Dezember 2009 eine Website unter www.charta-zur-betreuung-sterbender.de für den Austausch mit der Öffentlichkeit frei geschaltet werden. Auf der Grundlage der ausführlichen Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurde in einer zweiten Phase des Prozesses im Jahr 2010 die vorliegende Charta entwickelt und am Runden Tisch den beteiligten Institutionen zur Diskussion gestellt und im Konsens verabschiedet. Im Mai 2021 wurde die Charta von 2.406 Organisationen und Institutionen sowie 28.022 Einzelpersonen unterstützt (DGP et al., 2021).

7.1.4 Zusammenstellung aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien sowie wissenschaftliche Erhebungen im Rahmen der TPG

7.1.4.1 Aktuelle Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien

Explizite, aktuelle Richtlinien, Guidelines oder Behandlungsempfehlungen zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung sind nicht bekannt. Auch wenn ein Todeswunsch, wie zuvor ausgeführt, nicht mit Suizidalität gleichzusetzen ist, so kann er doch mit zunehmendem Handlungsdruck in diese übergehen. So können die Empfehlungen des Kapitels „Todeswunsch“

der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019) einen suizidpräventiven Beitrag leisten. Es bleibt jedoch zukünftigen Untersuchungen vorbehalten, diese Hypothese zu bestätigen.

7.1.4.2 Nationale Strategie für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen

Aufbauend auf den Charta-Prozess wurde im Oktober 2016 die Nationale Strategie für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen aus einer Allianz von mehr als 50 Organisationen, die wesentliche Entscheidungsträger im Gesundheitswesen repräsentieren, mit zahlreichen Handlungsempfehlungen konsentiert (DGP et al. 2016).

Die Handlungsempfehlungen basieren auf dem Anspruch auf bestmögliche Lebensqualität und dem damit verbundenen besonderen Bedarf an Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und der ihnen Nahestehenden. Sie berücksichtigen zugleich die besonderen Herausforderungen, denen sich die Gesellschaft für die individuelle Unterstützung und das Miteinander in der Begegnung mit den Phänomenen Sterben, Tod und Trauer stellen muss.

Die Empfehlungen beruhen auf drei grundsätzlichen Zielen, deren Umsetzung in einer nationalen Strategie angestrebt wird:

- einer in ganz Deutschland bedarfsgerechten, für alle Betroffenen zugänglichen Hospiz- und Palliativversorgung mit hoher Qualität,
- einer in ganz Deutschland gesicherten Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, anderen Wohnformen sowie in der häuslichen Umgebung und
- einer auf wissenschaftlicher Grundlage und Qualitätssicherung beruhenden Hospiz- und Palliativversorgung zum Wohle der Betroffenen.

Als wesentlich für die Suizidprävention wird als Ziel in den Handlungsfeldern 1–3 gesellschaftspolitische Herausforderungen, Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation benannt: „Vertrauen in ein Gesundheits- und Sozialwesen, das die Rahmenbedingungen für ein würdiges Leben und ein Sterben unter würdigen Bedingungen als wichtiges Ziel im Blick hat, benötigt eine bedingungslose Verlässlichkeit bis zuletzt. Diese Letztverlässlichkeit stellt eine wesentliche Grundlage dar, durch eine Perspektive der Fürsorge und des humanen Miteinanders ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen und Angeboten organisierter Beihilfe zum Suizid angemessen zu begegnen. Diese Perspektive muss in den verschiedenen Bereichen und von den unterschiedlichen Berufsgrup-

pen gemeinsam umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte (DGP et al., 2016):

- Allgemeine Verfügbarkeit der Versorgungs-, Beratungs- und Begleitungssysteme (Zugangsgerechtigkeit),
- Förderung des nachbarschaftlichen Miteinanders und sozialen Engagements,
- Maßnahmen zur Prävention von und zum Umgang mit Leiden sowie Verfügbarkeit von umfassenden Möglichkeiten zur Leidenslinderung am Lebensende, die alle Dimensionen des Leidens beachten,
- Respekt vor Autonomie und Achtung der Würde von schwerstkranken und sterbenden Menschen, insbesondere bei professionellen Handlungen und bei Entscheidungsfindungen/-prozessen.

7.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung entgegenstehen

7.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung entgegenstehen

Die TPG „Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung“ widmete sich systematisch der Analyse des Ist-Zustandes der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich der Seelsorge in unterschiedlichen Institutionen. Dazu gehörte auch die Betrachtung der Prävention des assistierten Suizids. Zur bestmöglichen Synthese aller aktuell vorliegen-

den Evidenz und Expertise wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, welcher aus drei aufeinander aufbauenden Schritten besteht.

Schritt 1: Systematische Literaturrecherche

Um abgeschlossene Studien zu Suizidpräventionsprogrammen zu identifizieren, wurde anhand einer breiten, aber sensiblen Suchstrategie eine systematische Literaturrecherche²⁷ in der Datenbank Medline (via Ovid) ohne zeitliche Begrenzung durchgeführt. Titel und Abstracts wurden von einem Autor (KMP) gesichtet. Die Suchstrategie ist in Tabelle 7.1 dargestellt.

²⁷ Die Autorinnen und Autoren bedanken sich herzlich bei Frau Dr. med. Anne Pralong für die Durchführung der Literaturrecherche.

Suchstrategie:	
1.	(„hasten* death“ or „hasten* dying“ or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp.
2.	exp Suicide, Attempted/ or exp Suicidal Ideation/ or exp Suicide/
3.	suicid*.mp.
4.	2 or 3
5.	exp Hospices/
6.	exp Palliative Care/
7.	5 or 6
8.	4 and 7
9.	1 or 8
10.	exp SECONDARY PREVENTION/ or exp PRIMARY PREVENTION/ or exp TERTIARY PREVENTION/
11.	(prevent* or control).mp.
12.	10 or 11
13.	9 and 12
14.	exp animals/ not humans.sh.
15.	13 not 14
16.	exp child/ not adult.sh.
17.	15 not 16
18.	(erratum or editorial).pt.
19.	17 not 18

Tabelle 7.1: Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
 Datenbank: Medline über Ovid; Zeitraum: 1946–Jan. 2019
 Trefferzahl: 353

Schritt 2: Online-Umfrage an Expertinnen und Experten

Zusätzlich zur verfügbaren Evidenz in der Literatur wurden die Kenntnisse und die Einstellungen von Expertin-

nen und Experten aus der Hospiz- und Palliativversorgung in einer Online-Umfrage erfasst. Dabei standen fünf Aspekte der Suizidprävention im Fokus: Relevante Veröffentlichungen zum Thema, empfohlene Maßnahmen, Best-Practice-Modelle, strukturelle Barrieren in der Umsetzung sowie kollegiale und institutionsübergreifende Vernetzung.

Zur Rekrutierung des Samples wurde aus bereits bestehenden Kontakten eines zeitgleich laufenden Forschungsprojekts zum Umgang mit Todeswünschen (Kremeike et al., 2018) mittels Purposeful Sampling eine deutschsprachige Stichprobe derer ausgewählt, welche sich in ihrer Selbsteinschätzung als praktisch in der Versorgung tätig bezeichneten. Diese wurde ergänzt um weitere deutschsprachige, der TPG bekannte Expertinnen und Experten. Die so identifizierten Personen erhielten eine Einladungsmail mit Informationen zu Inhalt und Ablauf sowie einem Link zu einer Online-Umfrage.

Für die Umfrage wurde auf dem Onlineportal Survey-Monkey ein Fragebogen mit soziodemographischen und inhaltlichen Fragen (jeweils zwei zu den fünf Zielfragen wichtiger Aspekte von Suizidprävention) mit Freitext-Antwort-Optionen eingestellt, siehe dazu Tabelle 7.2. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die so gewonnenen Freitexte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Schritt 3: Gruppendiskussion der Expertinnen und Experten der TPG

Im dritten Schritt wurden die Expertinnen und Experten der TPG zu einer moderierten Gruppendiskussion eingeladen, um die Ergebnisse der vorherigen Schritte vorzustellen, einzuordnen sowie auf gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Ebene zu kontextualisieren. An dieser Diskussion nahmen Vertreter der TPG (Zentrum für Palliativmedizin Köln und DGP) sowie Vertreterinnen und Vertreter des Lenkungsausschusses teil. Vertreterinnen und Vertreter des DHPV haben die Ergebnisdarstellung kommentiert.

- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?
- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten empfehlen Sie?
- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung empfehlen Sie?
- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?
- Wo sehen Sie strukturelle Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung?
- Wie könnten diese strukturellen Barrieren Ihrer Ansicht nach überwunden werden?
- Welche Akteurinnen und Akteure (in der Palliativ- und Hospizversorgung) können Ihrer Meinung nach Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beisteuern?
- Wie sollten Ihrer Meinung nach diese Akteurinnen und Akteure in der Palliativ- und Hospizversorgung zur Umsetzung einer Suizidprävention national oder international miteinander vernetzt werden?

Tabelle 7.2: Fragen der Online-Umfrage zu Veröffentlichungen, Maßnahmen, Best-Practice-Modellen, strukturellen Barrieren und Akteurinnen und Akteuren der Suizidprävention

Schritt 4: Beteiligung weiterer, im Feld relevanter Personen

Relevante Personen des Feldes, die an der TPG nicht beteiligt waren, konnten Rückmeldungen zu diesem Bericht geben beziehungsweise eine relevante Expertin konnte zusätzlich interviewt werden.

7.2.2 Ergebnisse

Schritt 1: Systematische Literaturrecherche

Im Rahmen der im Januar 2019 durchgeführten systematischen Literaturrecherche in der Datenbank Medline (via Ovid) konnten für den Zeitraum von 1946 bis 2019 insgesamt 353 Veröffentlichungen identifiziert werden. Nach Durchlaufen des Titel-Abstract-Screenings stellte sich von diesen Treffern jedoch keiner als

verwertbar zur Beantwortung der Frage nach der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland heraus.

Schritt 2: Online-Umfrage bei Expertinnen und Experten

Im Zeitraum vom 06.07.2018 bis zum 31.07.2018 wurden n = 113 Personen mit Expertise in der Suizidprävention und/oder Hospiz- und Palliativversorgung eingeladen (Vertreterinnen und Vertreter von DHPV, DGP oder Wohlfahrtsorganisationen und insbesondere an der Entwicklung des Kapitels Todeswunsch der S3-Leitlinie Palliativmedizin bei nicht heilbaren Krebskranken sowie des DEDIPOM-Projektes beteiligte Expertinnen und Experten), an einer Online-Befragung teilzunehmen. Davon beantworteten 70 (62%) den Fragebogen. Für Details zur Stichprobe siehe Tabelle 7.3.

Stichprobenbeschreibung und demographische Daten	
Gesamtstichprobe (n, %)	70 (100)
Alter	
Alter (Mittelwert, Min–Max)	51,93 (30–89)
keine Angabe (n, %)	15 (21,4)
Geschlecht	
weiblich (n, %)	36 (61)
männlich (n, %)	20 (33,9)
anderes (n, %)	3 (4,3)
keine Angabe (n, %)	12 (17,1)
Berufsgruppen	
Krankenschwester/Pflegefachkraft (n, %)	14 (26,2)
Ärzt*in (n, %)	12 (22,6)
Hospiz-Koordinator*in (n, %)	8 (15,1)
Seelsorger*in (n, %)	8 (15,1)
Psycholog*in (n, %)	5 (9,4)
Sonstige (n, %)	4 (5,7)
Jurist*in	2 (3,8)
Sozialarbeiter*in (n, %)	2 (3,8)
Forscher*in (n, %)	1 (1,9)
Manager*in (n, %)	1 (1,9)
keine Angabe (n, %)	17 (24,3)
Generelle Berufserfahrung	
in Jahren (M, Min–Max)	24,4 (4–54)
keine Angabe (n, %)	15 (21,4)
Umgang mit Suizidalität	
Ja (n, %)	18 (30,5)
Nein (n, %)	41 (69,5)
in Jahren (M, Min–Max)	17,2 (2–39)
keine Angabe (n, %)	11 (15,7)

Stichprobenbeschreibung und demographische Daten	
Theoretische/wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Suizidalität	
Ja (n, %)	29 (49,1)
Nein (n, %)	30 (50,8)
in Jahren (M, Min–Max)	16 (2–50)
keine Angabe (n, %)	11 (15,7)
Umgang mit Palliativpatient*innen	
Ja (n, %)	56 (80)
Nein (n, %)	3 (4,9)
keine Angabe (n, %)	11 (15,7)

Tabelle 7.3: Stichprobenbeschreibung. Doppelnennungen waren möglich.

Ergebnisse zu Fragen 1 und 2: Veröffentlichungen

- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Veröffentlichungen (Studien, Reviews, Übersichtsarbeiten) zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?

Die Fragen nach bekannten Veröffentlichungen zur Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten beziehungsweise Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung beantworteten 27 beziehungsweise 24 der Teilnehmenden, 43 beziehungsweise 46 machten keine Angaben. Dabei wurden neben Zuordnungen auch Forschungsartikel und Vorträge sowie Handbücher und Leitlinien genannt, die in Tabelle 7.4 aufgeführt sind. Die aufgeführten Artikel beziehen sich alle auf einen Todes- beziehungsweise Sterbewunsch.

Veröffentlichungen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen und Quellenarten	22 (81,4%)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „wenige“ • „viele“ • „Vorträge“, „Bücher“, „Weiterbildungen“
Forschungsartikel und Vorträge	6 (22,2%)	<ul style="list-style-type: none"> • Monforte-Royo (2017) • EAPC White Paper • Montoforte-Royo et al. (2012) • Galuschko et al. (2015) • Chochinov (1995)
Handbücher und Leitlinien	7 (25,9%)	<ul style="list-style-type: none"> • Chris Paul • AGUS • Bericht des Schweizer Bundesrats • Lehrbuch Palliative Care • Leitlinie zum Umgang mit Todeswünschen der UK Köln
Veröffentlichungen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen und Quellenarten	19 (79,2%)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „viele“ • „Fachliteratur“, „Kongresse“, „Datenbanken“
Forschungsartikel und Vorträge	4 (16,7%)	<ul style="list-style-type: none"> • Galuschko et al. (2015) • Chochinov (1995) • Ohnsorge (2014)
Handbücher und Leitlinien	5 (20,8%)	<ul style="list-style-type: none"> • Chris Paul • AGUS • Mary Vachon • Leitlinie zu Todeswünschen der UK Köln • Studie zu Achtsamkeitstraining

Tabelle 7.4: Veröffentlichungen zur Suizidprävention

Ergebnisse zu Fragen 3 und 4: Empfohlene Maßnahmen

- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten empfehlen Sie?
- Welche Maßnahmen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung empfehlen Sie?

Von den Expertinnen und Experten beantworteten 27 (39%) die Fragen nach Maßnahmen zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung durch Nennung konkreter Empfehlungen, 43 (61%) machten keine Angabe.

Empfohlene Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten

Die empfohlenen Maßnahmen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten umfassten Kommunikationsangebote (n = 19 Nennungen), therapeutische Angebote sowie Ziele (n = 14) und Personal (n = 4). Zu Kommunikationsangeboten beschrieben die Expertinnen und Experten zum einen Fragen der Haltung, welche achtsam, behutsam, empathisch, offen, würdeorientiert und respektvoll sein sollte. Zum anderen wurde die Themenwahl in der suizidpräventiven Kommunikation angesprochen: Todeswünsche sollten proaktiv erfragt werden und neben einer umfassenden Aufklärung über die Möglichkeiten der Palliativmedizin als Alternative zum Suizid sollten vor allem spirituelle und existenzielle Fragen besprochen werden. Die Struktur der Kommunikation war die letzte Kategorie, sie sollte vor allem durch Zuhören und Nachfragen geprägt sein. Ein teilnehmender Forscher fasst seine empfohlenen Maßnahmen so zusammen:

„Genaue Beobachtungen der Stimmungslage und ihrer Schwankungen, aufmerksames Zuhören, behutsames Nachfragen bei indirekten oder direkten Äußerungen,

Angebot von Gesprächen beziehungsweise Empfehlung bestimmter, hochkompetenter Gesprächspersonen.“

Innerhalb der Kategorie Therapeutische Angebote und Ziele wurden als Kategorien vor allem die (medikamentöse) Reduktion der Symptomschwere angebracht, ebenso wie psychotherapeutische/psychiatrische Angebote und in vereinzelt Fällen andere Angebote, so etwa Seelsorge oder komplementäre Therapien.

Die Expertinnen und Experten legten zudem viel Wert auf suizidpräventive Eigenschaften des Personals. Eine adäquate Qualifikation und Schulung des Personals zum Thema Suizidprävention wurde ebenso benannt wie die Wichtigkeit der Kontinuität des Personals und der Interdisziplinarität der palliativen Teams.

Empfohlene Maßnahmen zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Zur Suizidprävention bei Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativversorgung nannten die Expertinnen und Experten insgesamt vier Kategorien: Externe Unterstützung (n = 24), Interner Austausch (n = 12), Ressourcenmanagement (n = 14) und Haltung (n = 5). Unter externer Unterstützung war eine wichtige Maßnahme die Supervision in Team- oder Einzelsettings. Auch Fortbildungen und Schulungen wurden hierunter genannt, ebenso wie Mentoring. Die Expertinnen und Experten betonten auch die Wichtigkeit des Internen Austauschs im Sinne regelmäßiger kollegialer Intervention, ethischer Diskussionen und des Nutzens der gegebenen Multiprofessionalität. Auch ein adäquates Ressourcenmanagement auf der Ebene der Mitarbeitendenführung (z. B. im Sinne einer durchdachten Personalauswahl), aber auch des Teams (z. B. im Sinne eines angemessenen Betreuungsschlüssels) und des Individuums (z. B. im Sinne der Selbstfürsorge) wurden benannt. Eine weitere übergreifende Kategorie stellte die Haltung dar, welche durch Teamgeist, Wertschätzung, Empathie, Offenheit, Vertrauen und Respekt geprägt sein sollte.

Ergebnisse zu Fragen 5 und 6: Best-Practice-Modelle

- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten kennen Sie?
- Welche Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung kennen Sie?

Die Angaben der 19 beziehungsweise 16 (27 % beziehungsweise 23 %) Expertinnen und Experten, die die Frage nach Best-Practice-Modellen zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten beantworteten, bezogen sich auf konkrete Modelle oder Verweise auf Instanzen, welche spezielle Empfehlungen herausgeben. Es machten 51 beziehungsweise 54 Expertinnen und Experten keine Angaben. Die angegebenen Best-Practice-Modelle sind in Tabelle 7.5 aufgeführt.

Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen	12 (50 %)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „verschiedene“
Verweise auf Instanzen	7 (29,2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) • Bündnis gegen Depression • European Association for Palliative Care (EAPC) • International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) • World Health Organization • „Leitfäden“
Verweise auf konkrete Modelle	5 (20,8 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) • Einrichtungskonzept der Inneren Mission München • „Schweiz“ • Chochinov (1995)
Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention bei Professionellen in der Hospiz- und Palliativversorgung		
Antwortkategorie	n (%)	Antwort
Zuordnungen	13 (72,2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • „keine“ • „verschiedene“
Konkrete Inhalte von Modellen	2 (11,1 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Würdeorientierung • Authentizität
Verweise auf konkrete Modelle	3 (16,7 %)	<ul style="list-style-type: none"> • CALM • Müllers „Wie viel Tod verträgt ein Team?“ • Chochinov (1995), Chochinov et al. (2002)

Tabelle 7.5: Best-Practice-Modelle

Ergebnisse zu Fragen 7 und 8: Strukturelle Barrieren

- Wo sehen Sie strukturelle Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung?
- Wie könnten diese strukturellen Barrieren Ihrer Ansicht nach überwunden werden?

Die ausführlichsten Freitext-Antworten gaben die Expertinnen und Experten auf die Frage nach strukturellen Barrieren und Möglichkeiten, diese zu überwinden. Die Ergebnisse finden sich gegenübergestellt in Abbildung 7.1.



Abbildung 7.1: Strukturelle Barrieren und Möglichkeiten der Überwindung

Strukturelle Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung

Die 23 (32,9%) Expertinnen und Experten, die die Frage nach strukturellen Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung beantworteten, bezogen sich auf Ressourcenmangel (n=16), Problematische Schwerpunktsetzung im Versorgungskonzept (n=5), Ausbildungsbezogene Barrieren (n=8), Persönliche Grenzen (n=4), Hierarchische Barrieren (n=2), Rechtliche Barrieren (n=2) und Gesellschaftliche Tabuisierung (n=6). Es machten 47 (67,1%) Teilnehmende keine Angabe. Besonders der Mangel an Ressourcen und seine Folgen wurden von den Expertinnen und Experten immer wieder genannt: Es fehle an Geld, Zeit und Personal, um sich angemessen der Suizidprävention widmen zu können. Diese Kategorie korrespondierte direkt mit der Barriere der problematischen Schwerpunktsetzung in der Versorgung,

in der die Fokussierung auf bürokratische Vorgaben, quantifizierende Evaluation und medizinische/pflegerische Details bemängelt wurde. Dies führe zu einer Vernachlässigung einer ganzheitlichen Versorgung. Weiterhin wurden von den Expertinnen und Experten Mängel in der Ausbildung als Barrieren identifiziert, so etwa fehlendes Fachwissen zum Thema Suizidprävention, das Fehlen von Selbstreflexion und ethischen Überlegungen in Ausbildungsprogrammen und eine starke Varianz des Ausbildungsniveaus. Auch auf individueller Ebene der Persönlichen Grenzen wurden Barrieren identifiziert, etwa die eigenen Ängste oder zu stark ausgeprägte „Helfersynndrome“ von Versorgenden. Das „Vorhandensein rigider vertikaler Hierarchien“ wurde ebenso als Barriere genannt. Der zum Zeitpunkt der Befragung noch rechtskräftige § 217 StGB und dessen unterschiedliche rechtliche Auslegung wurde als verunsichernd für die Kommunikation beschrieben wie die

Bewertung von Todeswünschen als Suizidgefährdung. Diese Kategorien korrespondierten mit der der Gesellschaftlichen Tabuisierung, in der Expertinnen und Experten die bestehenden Hemmungen, das Thema Suizidalität im Kontext von Hospiz- und Palliativversorgung anzusprechen, ebenso beklagten wie eine Tendenz zur „Psychiatisierung“ von Todeswünschen sowie eine fehlende gesellschaftliche Akzeptanz.

Überwindung struktureller Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung

Es machten 22 (31,4%) Expertinnen und Experten Vorschläge zur Überwindung struktureller Barrieren in der Umsetzung der Suizidprävention in der Palliativ- und Hospizversorgung, 48 (68,6%) machten keine Angaben. Die Vorschläge ließen sich in folgende Kategorien einordnen: Ausbau von Ressourcen (n=9), Aus-, Fort- und Weiterbildung (n=12), Enttabuisierung (n=4), Verbesserte Kommunikation (n=3) und Verbesserte Vernetzung (n=4). Der Ausbau von Ressourcen müsse dabei auf allen Ebenen stattfinden: räumlich, finanziell, personell und materiell, z. B. durch mehr Hospize und die vermehrte Bereitstellung von Notfallbetten. Eine Verbesserung des Ausbildungs- und Fortbildungsangebots müsse eine Sensibilisierung und Aufklärung für das Thema Suizidprävention beinhalten, ebenso wie vermehrte Schulungen, Supervision, Ethikberatung. Sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf rechtlicher Ebene müsse eine Enttabuisierung stattfinden, z. B. durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, die in manchen Forderungen auch mit einer Entkriminalisierung von ärztlich assistiertem Suizid einhergehen solle. Als grundlegend erachteten viele der Expertinnen und Experten eine verbesserte Kommunikation, die vor allem im Team geschehen solle und an die sich eine verbesserte Vernetzung auch mit der Bevölkerung anschließen.

Ergebnisse zu Fragen 9 und 10: Vernetzung

- Welche Akteurinnen und Akteure (in der Palliativ- und Hospizversorgung) können Ihrer Meinung nach Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beisteuern?
- Wie sollten Ihrer Meinung nach diese Akteurinnen und Akteure in der Palliativ- und Hospizversorgung zur Umsetzung einer Suizidprävention national oder international miteinander vernetzt werden?

Akteurinnen und Akteure der Palliativ- und Hospizversorgung, deren Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beiträgt

Von den Expertinnen und Experten nannten 24 (34,3%; 46 [65,7 %] machten keine Angabe) neun verschiedene Gruppen von Akteurinnen und Akteuren der Palliativ- und Hospizversorgung, deren Expertise zur Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung beitrage: Psychologinnen und Psychologen/Psychiaterinnen und Psychiater (insbesondere Psychosomatik und Psychoonkologie), Palliativmedizinerinnen und -mediziner, Fachpflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Ehrenamtliche, Neurologinnen und Neurologen, Sozialdienst, Angehörige, Ethikberatung. In n=9 Aussagen wurde betont, dass alle Mitarbeitenden in der hospizlichen und palliativen Versorgung eine entscheidende Rolle spielen.

Arten und Weisen der Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren der Palliativ- und Hospizversorgung zur Verbesserung der Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Angaben der 19 (27,1%) Expertinnen und Experten, die diese Frage beantworteten, ließen sich in sechs Kategorien zusammenfassen: International agierende Plattformen (n=9), regionale und persönliche Vernetzung (n=5), Berufsorganisationen (n=3), phasenübergreifende Vernetzungskonzepte (n=4), das proaktive Schaffen von Voraussetzungen (n=3) und Online-Vernetzung (n=3). Insbesondere internationale Plattformen, wie Fachkongresse/-Konferenzen, Tagungen, Workshops und AGs, wurden als wertvoll zur Schaffung fachlicher Infrastruktur benannt. Gleichzeitig wurde auch die regionale Vernetzung in Form von Arbeitsgruppen, regionalen Visiten, persönlicher Begegnung und politischer Tätigkeit hervorgehoben. In einer verbindenden Position zwischen übergreifend und persönlich stehen dabei Berufsorganisationen, wo die Expertinnen und Experten etwa die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) oder die European Association of Palliative Care (EAPC) als relevant nann-

ten. Für Vernetzung voraussetzend sei der langfristige Aufbau von Vernetzungskonzepten, etwa innerhalb der Konzeptplanung, Therapieplanung, Führung und Forschung. In Zeiten zunehmender Digitalisierung wurde auch das Potenzial von Online-Vernetzung hervorgehoben, etwa durch Internetplattformen und den Ausbau von Internetauftritten.

Schritt 3: Gruppendiskussion der Expertinnen und Experten der TPG

Sechs Expertinnen und Experten der TPG folgten der Einladung zur Gruppendiskussion, welche am 03.04.2019 in Berlin stattfand. Den Teilnehmenden wurden im Rahmen einer moderierten Diskussion die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche sowie die Daten der Online-Umfrage vorgestellt und sie wurden zu folgenden übergreifenden Themen befragt:

1. Wie stellt sich der Ist-, Problem- und Lösungsstatus in der Suizidprävention dar?
2. Was fehlt in dem Feld und wer ist gegebenenfalls unzureichend versorgt?
3. Was können Strategievorgaben für Parlament und Bundesregierung sein?

Die besprochenen Inhalte wurden von einer unabhängigen Beisitzerin protokolliert. Das so entstandene Protokoll wurde inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Äußerungen der Teilnehmenden ließen sich in drei Kategorien darstellen:

Inhaltliche Präzisierung

Der Fokus müsse auf Suizidprävention im palliativen Setting und am Lebensende (im Sinne der geschätzten letzten sechs bis zwölf Monate des Lebens) liegen, da Suizidgedanken dann präsenter seien. Dies begründe sich in Angst vor den Folgen der Erkrankung (etwa in Abhängigkeit von verschiedenen Diagnosen, z. B. Tumor-entitäten), vor der Belastung anderer sowie vor Autonomie- und Selbstverlust. Eine frühe Intervention sei hier

sinnvoll, da eine erhöhte Suizidalität bei verschiedenen Diagnosen empirisch gut belegt sei. Auf die Frage, was suizidpräventiv wirken könne, wurde zunächst diskutiert, was Suizidprävention in dieser Situation eigentlich bedeute. Suizidprävention in der palliativen Situation könne nicht darauf abzielen, Gedanken an Suizid zu verhindern, sondern die Handlungsneigung zu verringern. Gesprächsangebote und würdewahrende Kommunikation könnten, neben dem Bestehen eines sozialen Netzes, helfen, Gefährdete zu erkennen und ihnen Möglichkeiten des Umgangs mit Suizidalität anzubieten. Suizidprävention müsse ein Angebot für alle sein, dessen Ablehnung Versorgende jedoch akzeptieren müssten.

Es schlossen sich Fragen nach Suizidprävention bei (trauernden) Zugehörigen sowie haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden der Palliativversorgung an. Diese seien oftmals schwerer durch gezielte Maßnahmen zu erreichen, etwa durch persönliche Hürden (fehlende Kommunikation zwischen Sterbenden und Zugehörigen, fehlendes Vertrauen in therapeutische Maßnahmen), kulturelle (Tabuisierung des Themas Suizid z. B. in muslimischen Familien) oder institutionelle Hindernisse (fehlende Schulungen zum Thema vor allem bei ehrenamtlich Mitarbeitenden, schlechtere Erreichbarkeit von Zugehörigen in ambulanten Settings, fehlende finanzielle Unterstützung in der Trauerphase ohne eigene psychiatrische Diagnose).

Gesellschaftliche Perspektive

Die Teilnehmenden sahen die Notwendigkeit der Einordnung von Suizidprävention in das bestehende gesellschaftliche Spannungsfeld: Einerseits werde mehr und offener über Suizidalität im letzten Lebensjahr gesprochen und die Selbstbestimmung bis zum Lebensende gelte als hohes Gut. Andererseits gebe es auch viel Verdrängung und die wirkliche Auseinandersetzung mit Sterben bleibe oft aus. Dies gehe einher mit einem Wandel im Lebensumfeld während der letzten Jahrzehnte; das Lebensende wird weniger innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes verlebt, Einpersonenhaushalte nehmen zu. Dies begünstige Einsamkeit und Isolation als Risikofaktoren für Suizidalität.

Die organisierte Suizidprävention habe daher einen schwierigen Stand. Dieser äußere sich nicht nur in der gesellschaftlichen Debatte um Selbstbestimmung am Lebensende, sondern auch in der konkreten Organisation von Versorgungsstrukturen. Gerade im ambulanten Setting fehlten etwa Gelder, um ausreichende psychotherapeutische Betreuung zu gewährleisten.

Politische Strategie

Wenn von Suizidprävention in palliativen Settings gesprochen werde, so müsse auch Stellung gegenüber den Möglichkeiten zum assistierten Suizid genommen werden. Hier gelte ebenfalls, dass nicht jeder (assistierte) Suizid verhindert werden könne. Man müsse stattdessen den Handlungsdruck senken. Dies erfordere vor allem einen genaueren Blick, differenziertere Berichterstattung und eine bessere Aufklärung für Patientinnen und Patienten.

Auf der Ebene der Patientinnen und Patienten müsse unterschieden werden zwischen den Menschen, die

assistierten Suizid als Weg aus einer unerträglichen Situation sehen, und denen, die ihn aus Angst vor einer zukünftigen Situation in Erwägung ziehen. Hier gelte es, suizidpräventiv anzusetzen: Oftmals fehle das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und es werde von falschen Annahmen über die Versorgungssituation in Deutschland ausgegangen. Nicht nur werde in den Krankenhäusern selbst die Thematik ungern angesprochen, auch die gesellschaftliche Debatte und die mediale Berichterstattung darüber erschweren die Situation: Die Narration um schwere Erkrankungen verlaufe oft anhand von Metaphern des Kampfes, welche Schuldzuweisungen begünstige. Hier gelte es eher, den Begriff der „Letztverlässlichkeit“ wieder zu stärken. Daneben sei die Medienberichterstattung teilweise einseitig und es würden keine aktuellen Daten verwendet. Wie auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2020) und die Charta zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (DGP et al., 2016) fordern die Teilnehmenden der Gruppendiskussion mehr gesellschaftsöffentliche Information. Denn die offene Diskussion selbst könne möglicherweise bereits suizidpräventiv wirken.

7.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

7.3.1 Zusammenstellung aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der für Deutschland relevanten Veröffentlichungen über weitere effiziente Maßnahmen zur Suizidprävention

Im Wesentlichen wurden diese Punkte bereits zuvor dargestellt. Neben einer zufriedenstellenden Behandlung leidvoller Symptome wurden in der Online-Befragung vor

allem Angebote zur Kommunikation mit den Betroffenen als wesentliche Maßnahmen genannt. Dies sollte multiprofessionell geschehen und das Personal sollte ausreichend geschult und qualifiziert werden. Zu den externen Unterstützungsangeboten zählen Supervisionen, Fortbildungen, Mentoring und ein persönliches sowie teambezogenes Management der eigenen Ressourcen (Achtsamkeitstraining, Burnout-Prophylaxe, interkollegiale Unterstützung, effiziente Mitarbeiterführung).

Gute Trauerbegleitung mit Zugehörigen kann ebenfalls suizidpräventiv wirken (z. B. trauerspezifische Präventionsprogramme gemäß kognitiver Verhaltenstherapie).

Der DHPV und die DGP erreichen über ihre multiprofessionelle Struktur und die große Einbindung von Ehrenamtlichen einen großen Personenkreis. Dies führt zunehmend zu einer Bereitschaft, sich mit dem Thema „Tod und Sterben“ auseinanderzusetzen, und zur Verbreitung des Wissens um die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Angebote unterscheiden sich jedoch zwischen den Regionen deutlich.

7.3.2 Bewertung, Priorisierung und Begründung der ausgewählten Strategien und Maßnahmen

In Anbetracht der Häufigkeit und Unbeständigkeit von Todeswünschen bei Patientinnen und Patienten mit schweren und nicht heilbaren Erkrankungen scheint zunächst kein klares Bild darüber zu bestehen, an welchen Punkten die Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung gut ansetzen könnte. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur Verfassungswidrigkeit des § 217 Strafgesetzbuch betont, kann oder sollte vor dem Hintergrund des persönlichen Rechts auf Selbstbestimmung jeder Person nicht jeder Suizid in diesem Setting verhindert werden. Doch könnte – bei einem breiten Verständnis von Todeswünschen als ein Kontinuum mit steigendem suizidalen Handlungsdruck – versucht werden, diesen Handlungsdruck zu verringern. Hierzu können beitragen:

- Fortbildung und fachinterne diskursive Meinungsbildung in der Palliativversorgung und im Hospizbereich
- Kooperation und Koordination von Praxis und Forschung
- Auf- und Ausbau einer Sorgeskultur
- Öffentlichkeitsarbeit
- Ansprechen von Todeswünschen im Hospiz- und Palliativbereich
- Ausbau der Hospizbewegung und Palliativversorgung
- Forschung zu Suizidalität im Hospiz- und Palliativbereich

- Zusammenarbeit Suizidprävention und Palliativmedizin auf institutionellem Sektor

Der Deutsche Ethikrat sieht im Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit und in der damit verbundenen Reduktion von Ängsten vor unerträglichen Schmerzen, Einsamkeit und Fremdbestimmung im Sterbeprozess eine Möglichkeit der Suizidprävention: „Eine gute palliative Versorgung, die für alle Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung erreichbar ist, lindert Not, kann Angst und Verzweiflung überwinden helfen und damit auf Fragen nach einer möglichen Unterstützung bei einer Selbsttötung lebensorientierte Antworten geben“ (Deutscher Ethikrat, 2014). Inwieweit diese Aussage zutrifft und ob die Verbesserung der palliativen und hospizlichen Versorgung zu einer Verminderung von Suiziden führt, muss allerdings weiterhin Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen bleiben.

Ob das aktive Ansprechen eines Todeswunsches das Suizidrisiko vermindert, bleibt weiterhin zu erforschen. Erste Ergebnisse der bisherigen Studien zeigen, dass eine Schulung das Hemmnis des Ansprechens von Todeswünschen (und gegebenenfalls von Suizidalität) reduziert und sich die Versorgenden sicherer im Umgang mit ihnen fühlen. Andere Maßnahmen entsprechen den allgemeinen Empfehlungen der Arbeit im Gesundheitsbereich und sind nicht spezifisch für die Suizidprävention zu sehen.

Durch Gesprächsangebote können Gefährdete erkannt werden. Wenn eine Suizidalität angesprochen wird, haben die Betroffenen mehr Möglichkeiten, damit umzugehen.

Bei den Rückmeldungen wurde die Verantwortung der Institutionen beziehungsweise der Leitungsebenen der einzelnen Einrichtungen für die Umsetzung von Maßnahmen betont (Top-down-Strukturen).

7.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

1. Wie durch die Ergebnisse unserer Umfrage unterstützt: Insbesondere weiterer Ausbau der hospizlichen und palliativen Versorgungsstruktur; den konkreten Effekt auf die Suizidprävention gilt es jedoch zu erforschen.
 - Frühzeitige Integration von Palliativmedizin in eine Behandlung zur Verbesserung der Suizidprävention
2. Kommunikationstraining im Umgang mit geäußerten Todeswünschen
 - Aufnahme in die einschlägigen Curricula zur Fort- und Weiterbildung
 - Flächendeckender Ausbau der spezialisierten Palliativversorgung
 - Angebote in der allgemeinen Palliativversorgung und für Hospizdienste
 - Weiterentwicklung des Trainings, z.B. durch digitale Methoden
3. Etablierung von hospizlicher und palliativer Versorgung innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramms
 - Einbezug psychiatrischer Expertise im letzten Lebensjahr
4. Ausbau der Forschung zu wesentlichen Fragen
 - des Todeswunsches und der Suizidalität in der Hospiz- und Palliativversorgung
 - der Merkmale und Besonderheiten von Suizidentinnen und Suizidenten in der Hospiz- und Palliativversorgung
 - der Wirksamkeit von spezifischen suizidpräventiven Maßnahmen in der Hospiz- und Palliativversorgung
5. Entwicklung einer bürgerschaftlichen Sorgeskultur
 - Thematisierung der letzten Lebenszeit
 - Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der Lebensqualität

8 Niedrigschwellige Suizidprävention

Reinhard Lindner¹, Arno Drinkmann², Georg Fiedler³, Hannah Müller-Pein⁴, Barbara Schneider⁵, Jürgen Schramm⁶, Julia Söhlke⁷, Katja Coser⁸, Martha Wahl⁹, Michael Witte¹⁰, Birgit Wagner¹¹

Unter Mitarbeit von: Elisabeth Brockmann¹², Donatella Di Foggia¹³, Lisa Eilert¹⁴, Bengican Gülegen¹⁵, Simone Hauptmann¹⁶, Leoni Lampe¹⁷, Fabian Lutz¹⁸, Caroline Pampus¹⁹

- 1 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 2 Prof. Dr., Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit
- 3 Dipl.-Psych., Ehem. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 4 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 5 Prof. Dr., M.Sc., MHBA, LVR-Klinik Köln, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 6 Dipl.-Psych., PECON · intakkt Psychological Solutions, Institut für individuelle psychologische Lösungen
- 7 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Psychologie
- 8 Fachärztin für Psychiatrie, AGUS e.V. Angehörige um Suizid
- 9 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Psychologie
- 10 Dipl.-Soz.päd., Dipl.-Soz., Berlin
- 11 Prof. Dr., MSB Medical School Berlin, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie
- 12 Dipl.-Soz.päd., AGUS e.V. Angehörige um Suizid (†)
- 13 B.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 14 M.Sc., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 15 Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fakultät für Humanmedizin
- 16 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 17 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 18 B.Sc., B.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 19 M.Sc., MSB Medical School Berlin, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie

ZUSAMMENFASSUNG Niedrigschwellige Suizidprävention umfasst professionelle, semi-professionelle sowie laiengestützte Angebote und dient dem barrierefreien Zugang für hilfesuchende Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Suizidalität mit dem Ziel der Reduktion von Suizidalität und der psychosozialen Unterstützung. Angebote der niedrigschwelligen Suizidprävention sollten für Betroffene leicht zugänglich, vertraulich, bestenfalls kostenfrei und ohne Wartezeit verfügbar sein. Ziel dieses Berichts ist es, die Probleme und Herausforderungen der niedrigschwelligen Suizidprävention vorzustellen, zu diskutieren und Möglichkeiten sowie Ansätze für den Umgang mit diesen Problemen aufzuzeigen. Ferner sollen ein Überblick über bereits bestehende Akteurinnen und Akteure der niedrigschwelligen Suizidprävention sowie Impulse für weitere Angebote gegeben werden. Zur Erfassung des Status quo der niedrigschwelligen Suizidprävention wurden eine quantitative und zwei qualitative Befragungen durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse der Befragungen zeigten, dass als häufigstes Problem die fehlende oder zeitlich begrenzte Finanzierung von Projekten zur Suizidprävention genannt wurde. Darüber hinaus wurden die schwierige Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen, Stigmatisierung und Tabuisierung von Suizidalität sowie die fehlende Vernetzung von Angeboten und Projekten thematisiert. Es wird deutlich, dass konkrete Maßnahmen zu einer Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention führen würden. Zentral sind hierbei vor allem eine Vernetzung der Akteurinnen und Akteure sowie eine zentrale Informationsstelle, Öffentlichkeitsarbeit sowie ein besonderer Fokus auf Risikogruppen (z. B. Männer). Weitere Vorschläge und Maßnahmen werden im Bericht vorgestellt und diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER *Krisenintervention, Suizidalität, Telefonseelsorge, Seelsorge, Krisendienste, niedrigschwellig*

ABSTRACT Low-threshold suicide prevention includes professional, semi-professional, and lay-supported services and serves to provide barrier-free access for persons seeking help with various forms of suicidality with the aim to reduce suicidality and to provide psychosocial support. Low-threshold suicide prevention should be easily accessible to those affected, confidential, free of charge, and available without long wait times for available appointments. The aim of this report is to present and discuss the problems and challenges of low-threshold suicide prevention and to identify possibilities and approaches to deal with these challenges. Furthermore, an overview will be given of already existing programs in low-threshold suicide prevention as well as impulses for further offers. To determine the status quo of low-threshold suicide prevention, one quantitative and two qualitative surveys were conducted and evaluated. The results of the studies showed that the most frequent problem cited was the lack of funding. In addition, the difficult accessibility of certain groups of people, stigmatization of suicidality, as well as the lack of networking of services and projects were addressed. Concrete measures could lead to an improvement in low-threshold suicide prevention. Central here are above all an improved networking of all prevention services as well as a central information office, public relations work and a special focus on risk groups (e.g. men). Further proposals and measures are presented and discussed in the report.

KEY WORDS *Crisis intervention, suicidality, telephone counseling, pastoral care, crisis services, low-threshold*

Einleitung

Niedrigschwelligkeit im psychosozialen Bereich: Niedrigschwellige Suizidprävention unterliegt keiner einheitlichen Definition. Dabei ist der Begriff der Niedrigschwelligkeit allgemein und auch im psychosozialen Bereich weit verbreitet. Der Duden definiert Niedrigschwelligkeit wie folgt: „nicht an [nur schwer erfüllbare] Vorbedingungen geknüpft; schnell und unbürokratisch zu erhalten“ (Dudenredaktion, 2019b). In der Sozialen Arbeit wird häufig von Niedrigschwelligkeit in Bezug auf Arbeits- oder Herangehensweisen psychosozialer Dienste gesprochen (Redemeyer & Block, 2011). Doch auch in diesem Feld ist weder die Verwendung einheitlich noch die Definition umfassend (Haas, 2017).

Niedrigschwelligkeit ist nicht nur als Attribut einer Akteurin oder eines Akteurs in einer Beziehung zu betrachten, sondern auch als ein interaktionelles Geschehen, zu dem beide Seiten, also auch diejenige Person, die ein psychosoziales Angebot in Anspruch nimmt, beitragen. Um die Thematik differenzierter zu betrachten, können zunächst die von Hartmann (2007) aufgestellten *Kriterien für Niedrigschwelligkeit* in Bezug auf soziale Hilfsangebote herangezogen werden (siehe Tabelle 8.1).

Die genannten Kriterien lassen sich auf jegliche Hilfsangebote im sozialen Bereich beziehen, so auch auf niedrigschwellige suizidpräventive Angebote. Anonymität und Vertraulichkeit sind bei einem hochsensiblen Thema wie Suizidalität beispielsweise besonders wichtig. Ebenso muss eine gewisse Offenheit der Helfenden vorhanden sein, damit Betroffene sich an sie wenden und ihnen gegenüber auch öffnen. Dies bedeutet z. B., dass Suizidalität als subjektiver Lösungsversuch in einer schwierigen Situation zu respektieren, anzunehmen und auszuhalten ist, um gemeinsam nach alternativen Möglichkeiten zu suchen. Hartmann (2007) erläutert aber auch, dass die Definition von Niedrigschwelligkeit stets neu an die jeweilige Zielgruppe und deren Bedürfnisse angepasst werden muss. Ob ein Angebot niedrigschwellig ist, kann nicht universell entschieden

werden, sondern ist auch abhängig von den inneren und äußeren Umständen einer Person. So kann z. B. die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik für eine Gruppe von Personen eine hohe Schwelle haben, nämlich dann, wenn die Personen Zwang und Willkür fürchten. Andere Personen aber können die stationär-psychiatrische Behandlung als niedrigschwellig und leicht zugänglich erleben, wenn sie den angebotenen Schutz, die Versorgung und die therapeutischen Maßnahmen als angenehm erleben können.

- | |
|--|
| 1. Offenheit |
| 2. Keine formalen Hürden |
| 3. Alltagsnähe |
| 4. Individuelle Settings sind möglich |
| 5. Flexible Zugangswege |
| 6. Die Nutzung des Angebots ist nicht stigmatisierend, der Ort ist positiv belegt |
| 7. Kombination von „Komm- und Gehstruktur“ |
| 8. Anonymität/Vertraulichkeit |
| 9. Freiwilligkeit und Auftragsorientierung |
| 10. Berücksichtigung einer angemessenen Informations- und Kommunikationsform |
| 11. Beachtung spezieller kultureller, religiöser oder weltanschaulicher Hintergründe |
| 12. Angebote unter einem Dach und in vertrauten Räumen |
| 13. Nutzerinnen- und nutzerfreundliche Öffnungszeiten |
| 14. Berücksichtigung biografischer Zeitfenster |
| 15. Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit zu anderen Angeboten |

Tabelle 8.1: Qualitätskriterien für Niedrigschwelligkeit (Hartmann, o.J., 2007)

Niedrigschwellige Suizidprävention beinhaltet noch weitere spezifische Aspekte: So setzt sie bei (noch) nicht suizidgefährdeten Personen bereits an, fördert wissenschaftlich basierte mediale Information und Kenntnisvermittlung, mit dem Ziel einer breiten Enttabuisierung von Suizid und Suizidalität in der Gesellschaft, um eine allgemeine Schwelle zu Hilfen und Unterstützung zu überwinden. Im englischen Sprachgebrauch wird „Niedrigschwelligkeit“ nicht wortwörtlich mit „low-threshold“, sondern häufiger mit „barrier free“ übersetzt, was die Überlegung nahelegt, auch im Deutschen von „Barrierefreiheit“ zu sprechen. Dadurch würde deutlicher gemacht, dass für suizidale Personen zahlreiche Hindernisse existieren, welche die Inanspruchnahme von Hilfe erschweren oder sogar für manche unmöglich machen. Goldsmith et al. (2002) zählen einige Barrieren der Suizidprävention auf. Darunter fallen beispielsweise Stigmatisierung und Diskriminierung, Hürden des Gesundheitssystems (z. B. Wartezeiten) oder auch psychische Barrieren der Betroffenen. Letztere können unter anderem die Angst vor Hospitalisierung sowie Medikation oder der Glauben, alle Probleme alleine lösen zu können, sein.

Definition niedrigschwellige Suizidprävention

Niedrigschwellige Hilfen bei Suizidalität sind professionelle, semiprofessionelle und laiengestützte Angebote. Sie können Menschen mit unterschiedlichen Formen von Suizidalität (sowohl suizidale Gedanken mit unterschiedlich ausgeprägtem Handlungsdruck als auch suizidales Verhalten) mit möglichst geringem Aufwand erreichen. Hierzu zählen auch präventive Angebote für Personen aus Risikogruppen für Suizidalität. Das Ziel der Hilfen ist die wirksame Unterstützung und folglich eine Reduktion der Suizidgefahr. Unter möglichst geringem Aufwand werden niedrige formale Hürden, wie beispielsweise eine minimale zeitliche Verzögerung, ein minimaler Kostenaufwand sowie eine maximal

leichte Erreichbarkeit (i. S. d. Zugänglichkeit), verstanden. Hinzu kommt auch die Berücksichtigung von Wünschen nach Anonymität gegenüber den Helfenden und den Trägern. Niedrigschwellige Suizidprävention berücksichtigt zudem psychische, soziale, kulturelle und körperliche Barrieren der Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer. Hierzu zählen besondere Ängste, paranoide Befürchtungen und negative Erfahrungen mit Professionellen des Gesundheitswesens. Zu den niedrigschwelligen suizidpräventiven Angeboten gehören Telefon-Hotlines und internetbasierte Angebote, beispielsweise E-Mail-Beratung, Chats oder Foren. Außerdem zählen dazu Einrichtungen wie lokale Krisendienste, Beratungsstellen, psychosoziale Zentren und Selbsthilfegruppen. Dabei sei erneut betont, dass niedrigschwellige Suizidprävention immer kontextabhängig ist, d. h. sowohl personen- als auch situationsspezifisch. Wie niedrigschwellig ein Angebot wahrgenommen wird, kann zwischen verschiedenen Personen und Personengruppen und auch in unterschiedlichen Lebenssituationen variieren. Gruppen, welche diesbezüglich unterschieden werden sollten, sind unter anderem Kinder, Jugendliche, alte Menschen, körperlich schwer kranke Menschen, geschlechtsspezifische Gruppen, Nicht-Deutschsprachige, Asylsuchende, Migrantinnen und Migranten, Angehörige nach Suizid, Strafgefangene oder bildungsferne Menschen.

Der vorliegende Bericht wurde von Mitgliedern der Teilprojektgruppe „Niedrigschwellige Suizidprävention“ in mehreren Arbeitsmeetings, Workshops und gemeinsamen Symposien mit Mitgliedern von Organisationen aus der niedrigschwelligen Suizidprävention erstellt. Die niedrigschwellige Suizidprävention zeichnet sich durch ein vielfältiges Netzwerk verschiedenster Berufsgruppen (z. B. Medizin, Pflege, Psychologie, Soziale Arbeit), Angebote (z. B. Krisendienste, psychiatrische Kliniken, Telefonseelsorge) und Formate (face-to-face, online, telefonisch) aus. In die Auswertung werden die Ergebnisse von qualitativen und quantitativen Befragungen einbezogen und deren Ergebnisse vorgestellt.

8.1 Aktueller Stand der niedrigschwelligen Suizidprävention

Der aktuelle Stand der niedrigschwelligen Suizidprävention wird zugleich mit der Analyse von vorherrschenden Problemen in diesem Segment der Suizidprävention erörtert.

8.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidalität im niedrigschwelligen Bereich

Die strukturellen, ressourcenbezogenen und finanziellen Problemlagen der niedrigschwelligen Suizidprävention werden anhand zweier qualitativer und einer quantitativen Erhebung vorgestellt, welche durch die Teilprojektgruppe „Niedrigschwellige Suizidprävention“ durchgeführt wurden.

8.1.1.1 Quantitative Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der niedrigschwelligen Suizidprävention

Zunächst wurden 404 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der niedrigschwelligen Suizidprävention nach ihrer Tätigkeit, den darin enthaltenen Problemlagen und möglichen, aus der Praxis generierten Lösungsoptionen, befragt (Tabelle 8.2).

Zunächst wurde ermittelt, dass es bestimmte Personengruppen sind, die selten niedrigschwellige Hilfen in Anspruch nehmen (Tabelle 8.3). Hierzu zählen besonders alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Geflüchtete, Suchtkranke und Männer.

Geschlecht = weiblich (n = 379)	255 (67,3%)
Alter in Jahren M (SD), Range (n = 380)	50,07 (10,95), 24–75
Kategorisierte Berufe (n = 381)	
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten/Psychologinnen und Psychologen	176 (46,2%)
Ärztinnen und Ärzte/Psychiaterinnen und Psychiater	11 (2,9%)
Psychosoziale Beraterinnen und Berater	60 (15,7%)
Geistliche/Seelsorgerinnen und Seelsorger	36 (9,4%)
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter/(Sozial-)Pädagoginnen und Pädagogen	82 (21,5%)
Ehrenamtliche	1 (0,3%)
Apothekerinnen und Apotheker	7 (1,8%)
Sonstige	8 (2,1%)

Tabelle 8.2: Demographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Alte Menschen	76 (18,8%)
Kinder und Jugendliche	100 (24,8%)
Migrantinnen und Migranten	82 (20,3%)
Frauen	8 (2,0%)
Männer	21 (5,2%)
Geflüchtete	126 (31,2%)
Suchtkranke	71 (17,2%)
Sonstige	16 (4,0%)

Tabelle 8.3: Personengruppen, die selten niedrigschwellige Hilfen in Anspruch nehmen (n = 404).

Zur Einschätzung, welche möglichen Ursachen oder Hindernisse Suizidgefährdete oder ihre Angehörigen davon abhalten, Hilfe in Anspruch zu nehmen, nannten

die befragten Teilnehmenden (n = 404) Scham, Angst vor Stigmatisierung, Vorurteile gegen Hilfsangebote und Therapie, Freiheitsentzug, und Informationsdefizite über das Hilfsangebot (Tabelle 8.4).

Als strukturelle Hindernisse bzw. Schwierigkeiten in ihrer Arbeit mit suizidalen Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen, wurden von den befragten Teilnehmenden am häufigsten ein Mangel an Therapieplätzen genannt, gefolgt von einem Mangel an fachärztlichen Ressourcen und schwerer Erreichbarkeit der Klientinnen und Klienten. Weiterhin berichteten die Teilnehmenden, dass rechtliche Unsicherheiten ein strukturelles Hindernis darstellten, und es zudem einen Mangel an öffentlichem Bewusstsein für die Problematik der Suizidalität in der Gesellschaft gibt. Als weitere Schwierigkeiten sahen die befragten Teilnehmenden in ihrer Arbeit mit suizidaler Klientel und deren Angehörigen vor allem den Mangel an finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen für die Arbeit.

Ursachen/Hindernisse, Hilfe in Anspruch zu nehmen	
Scham	65%
Angst vor Stigmatisierung	56%
Vorurteile gegen Hilfsangebote und Therapie	56%
Angst vor Freiheitsentzug	56%
Informationsdefizite über das Hilfsangebot	51%
Strukturelle Hindernisse	
Schwierigkeiten bei Weitervermittlung der Klientel:	
Mangel an Therapieplätzen	57%
Mangel an fachärztlichen Ressourcen	46%
Mangel an Bereitschaft der Klientel	29%
Personelle/finanzielle Hindernisse	
Mangel an finanziellen Ressourcen	24%
Mangel an personellen Ressourcen	36%
Mangel an zeitlichen Ressourcen/Mangel an Anleitungen	42%

Tabelle 8.4: Ursachen/Hindernisse, die der Verbesserung der Suizidprävention entgegenstehen.

8.1.1.2 Erfassung der niedrigschwelligen Suizidprävention in Deutschland

Um die erfahrungsbasierte Einschätzung von Tätigen in der niedrigschwelligen Suizidprävention systematisch und zugleich differenziert zu erfassen, wurden zwei Fokusgruppensymposien veranstaltet, die sich im Abstand von einem Jahr der Frage der Problemfelder und der Entwicklung besserer Strukturen niedrigschwelliger Suizidprävention widmeten. Diese sehr interaktive und diskursive Form der Untersuchung trug

dem Umstand Rechnung, dass niedrigschwellige Institutionen oftmals wissenschaftsfern, zugleich aber kommunikations- und austauschfreudig sind. Zu Gunsten einer strikten Generalisierbarkeit wurde somit ein Meinungsbild erstellt, das zwar nicht vollständig ist, aber Einblicke in die Einschätzungen der vor Ort tätigen Personen niedrigschwelliger Suizidprävention bietet. Abbildung 8.1 zeigt Kategorien niedrigschwelliger Suizidprävention in einer grafischen Darstellung, die die vielfältige Verknüpfung verschiedener Themenfelder visualisiert.

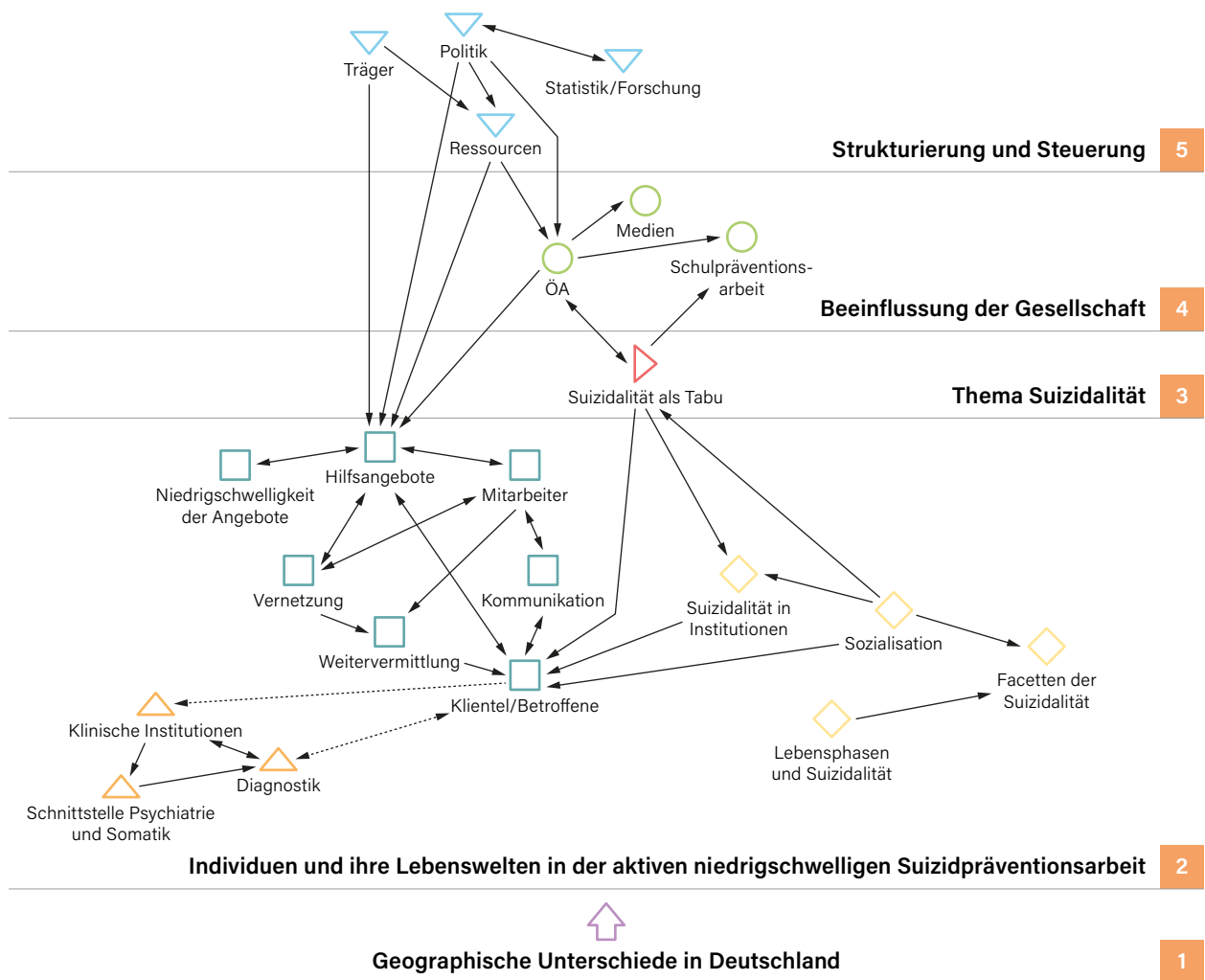


Abbildung 8.1: Kategorien der niedrigschwelligen Suizidprävention in Deutschland.

8.1.1.2.1 Strukturelle und steuernde Faktoren der niedrigschwelligen Suizidprävention

In einer ersten Studie wurden zunächst die strukturellen und steuernden Faktoren der niedrigschwelligen Suizidprävention benannt. Sie umschließen diejenigen Faktoren, die der niedrigschwelligen Suizidprävention einen organisationalen und direktiven Rahmen geben. Ohne diese Aspekte wäre die Durchführung der suizidpräventiven Arbeit nicht oder nur sehr schwer möglich. Neben Möglichkeitsräumen für die Suizidprävention werden durch diese Faktoren allerdings auch Grenzen geschaffen. Die **Politik**, so die Ansicht der teilnehmenden Personen, bestimmt maßgeblich mit, wie und in welchem Ausmaß niedrigschwellige Suizidprävention betrieben wird. Mit der Förderung von Projekten und dem Erlassen von Gesetzen nimmt die Bundesregierung Einfluss auf die Suizidprävention in Deutschland. Durch Entscheidungen, wie beispielsweise über das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) oder die polizeiliche Personalgestaltung in den Bundesländern, bestimmt die Politik zudem die aktive suizidpräventive Arbeit maßgeblich mit. Ebenso bedeutsam sind die **Träger**, welche Ressourcen zur Verfügung stellen, die dringend benötigt werden, um effektive Arbeit zu leisten. Darüber hinaus leisten manche Träger selbst niedrigschwellige Suizidprävention und sind damit nicht nur Geberin und Geber von Finanzmitteln. Als weiteres steuerndes Element wurde die Forschung identifiziert. Im **klinischen Bereich** forderten die teilnehmenden Psychiaterinnen und Psychiater der Fokusgruppen eine größere rechtliche Sicherheit und Aufklärung über Rechtsfragen. Weitere Verbesserungsideen der Teilnehmenden betreffen unter anderem Veränderungen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), in welches Suizidprävention als finanzierbare Leistung aufgenommen werden soll oder die Einrichtung einer bundesweiten Notrufnummer (z. B. 113) für Personen mit „Suizidgedanken und persönlichen Krisen“.

8.1.1.2.2 Ressourcen der niedrigschwelligen Suizidprävention

Das Thema finanzieller, personeller, zeitlicher und räumlicher Ressourcen hat in der niedrigschwelligen Suizidprävention eine hohe Relevanz. Das Vorhandensein und besonders das Fehlen dieser Ressourcen beeinflussen die suizidpräventive Arbeit im niedrigschwelligen Bereich in großem Ausmaß. Die Finanzierung von Einrichtungen und Projekten findet durch unterschiedliche Träger statt. Telefon- und Onlineseelsorgen werden häufig durch kirchliche und andere Träger der freien Wohlfahrtspflege finanziert. Da sie nicht im staatlichen Pflichtleistungskatalog aufgeführt sind, ist die Finanzierung oftmals unsicher. Teilweise bestehen Mischfinanzierungsmodelle, bei denen die Stellen der Hauptamtlichen beispielsweise zu 50% von kirchlichen oder örtlichen/kommunalen Trägern finanziert und zu 50% durch die Stellen vor Ort refinanziert werden müssen. Damit deutschlandweit Notfallseelsorge und -beratung (insbesondere bei der Telefonseelsorge) geleistet werden kann, sind die Einrichtungen zudem auf ehrenamtliche Mitarbeit angewiesen, da mit den bestehenden Mitteln nicht genügend hauptamtliche Stellen finanziert werden können. Aus diesem Grund wird ein Großteil der seelsorgerischen und beratenden Tätigkeiten in der niedrigschwelligen Suizidprävention von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geleistet.

Die Beratungsarbeit suizidaler Klientinnen und Klienten selbst wird als eine große psychische Belastung für Mitarbeitende empfunden. Umso wichtiger erscheint die Betreuung derjenigen, die suizidalen Menschen Hilfe bieten. Supervision ist eine gute Möglichkeit, Mitarbeitende sowohl zu entlasten als auch die Qualität ihrer Arbeit zu fördern. Sie wird in manchen, aber nicht allen Einrichtungen angeboten. Vor allem ehrenamtliche Mitarbeitende scheinen nicht ausreichende supervisorische Betreuung zu erhalten. Darüber hinaus können explizite Schulungen zum Thema „Umgang mit Suizidalität“ helfen, persönliche Belastungen zu ver-

mindern und gleichzeitig die Arbeit mit den Betroffenen zu verbessern. Im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit, die geleistet werden muss, um die eigene Einrichtung bekannt zu machen, werden personelle Mängel genannt. Oft müssen Beraterinnen und Berater diese Arbeit zusätzlich zur Arbeit mit Klienten leisten, obwohl sie diesbezüglich nicht ausgebildet sind. Eine Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit könnte die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden senken.

In Psychiatrien bestehen in der Regel keine akuten finanziellen Mängel, allerdings häufig Personalmangel. In den anderen Feldern, die auf Honorarkräfte zurückgreifen, besteht der Wunsch, diese besser zu bezahlen. An räumlichen Ressourcen fehlt es vor allem in Ballungsgebieten, in denen Räumlichkeiten sehr teuer sind. Als Lösung für viele dieser Probleme erhoffen sich die Teilnehmenden eine stärkere staatliche Unterstützung für die Einrichtungen, die niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland durchführen.

8.1.1.2.3 Aufklärungsarbeit als Teilbereich der niedrigschwelligen Suizidprävention

Enttabuisierung der Suizidalität: *Aufklärungsarbeit* enthält jene Aspekte der niedrigschwelligen Suizidprävention in Deutschland, die sich damit beschäftigen, das Thema Suizidalität ins Bewusstsein der Menschen zu rufen und besprechbar zu machen. Eines der größten Ziele ist es, das Thema Suizidalität zu enttabuisieren. Darüber hinaus sollen insbesondere niedrigschwellige Hilfsangebote bekannter gemacht und der individuelle, aber auch der gesellschaftliche Umgang mit Suizidalität positiv beeinflusst werden. Aufklärungsarbeit, Information und Vermittlung von Kenntnissen der niedrigschwelligen Suizidprävention umfassen dabei folgende drei Subkategorien: *Öffentlichkeitsarbeit, Medien und Schulpräventionsarbeit*. Der zentrale Mechanismus der Aufklärungsarbeit ist die Öffentlichkeitsarbeit, welche verschiedene Medien nutzt, um unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen. Ein häufig auftauchender Aspekt ist die niedrigschwellige Schulsuizidpräventionsarbeit, welche zum Ziel hat, das Thema Suizidalität schon in frühen Jahren zu enttabuisieren und jungen Betroffenen Hilfsmöglichkeiten an die Hand zu geben. Es stel-

len sich zwei große Aufgabenbereiche der Öffentlichkeitsarbeit in Verbindung mit Suizidprävention heraus. Zum einen sollte sie zum Ziel haben, Suizidalität zu enttabuisieren und besprechbar zu machen, da noch immer zu viele Menschen die Augen davor verschließen. Zum anderen ist es notwendig, Wissen über die bestehenden Hilfsangebote zu vermitteln, von denen die breite Bevölkerung nicht genug Kenntnis zu haben scheint. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Symposien nannten folgende Medien, welche für suizidpräventive Öffentlichkeitsarbeit in ihren Einrichtungen genutzt werden: Printmedien (z. B. Zeitungen, Flyer, Plakate, Postkarten), Onlinemedien (z. B. Social Media wie Facebook und Instagram, YouTube, Websites), Fernsehen, Radio und Sonstiges (z. B. Give-aways, wie Kugelschreiber oder Aktionskunst, Installationen). Die Medien der Öffentlichkeitsarbeit sollten dabei zielgruppenspezifisch gewählt werden: Die älteren Generationen nutzen eher Zeitungen und Zeitschriften oder Fernsehen und Radio, um sich über niedrigschwellige Angebote zu informieren. Die jungen Menschen lassen sich hingegen besser durch Onlinemedien oder Plakate und Postkarten erreichen. Nachteilig an Printmedien ist beispielsweise, dass die Aktualität der Informationen nicht dauerhaft ist. Telefonnummern und Ansprechpartnerinnen und -partnern von Hilfeeinrichtungen können sich ändern, beziehungsweise wechseln, sodass ausgelegte Flyer und Zeitschriften nicht mehr aktuell sind. Um dieses Problem gedruckter Informationsträger generell zu umgehen, können Onlinemedien, wie beispielsweise Websites, genutzt werden. Beispielhaft sei die Stadt Krefeld genannt, in der ein Psychosoziales Adressbuch als Online-Plattform besteht, in das sich alle Einrichtungen und Projekte eintragen und ihre Daten selbstständig aktualisieren können. Nach einem derartigen Vorbild könnte auch eine deutschlandweite Information zur niedrigschwelligen Suizidprävention erstellt werden.

8.1.1.2.4 Kommunikationskanäle in der niedrigschwelligen Suizidprävention

Gelingende Kommunikation zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Hilfesuchenden ist ein notwendiger Bestandteil für erfolgreiche suizidpräventive Arbeit.

Umso wichtiger ist es, zu erkennen, dass unterschiedliche Personengruppen unterschiedliche Arten der Kommunikation nutzen. Dabei geht es nicht nur um die Sprache an sich, welche beispielsweise bei Migrantinnen und Migranten oder kognitiv beeinträchtigten Personen häufig eine große Barriere ist, sondern auch um Kommunikationskanäle. Jugendliche beispielsweise nutzen vermehrt Onlineangebote, um in Kontakt mit niedrigschwelligen Angeboten zu kommen. Ältere Personen suchen bevorzugt das persönliche Gespräch oder nutzen telefonische Beratungen. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede der Nutzung von Kommunikationsformen sollten beachtet werden: Vermutlich nutzen Männer, im Vergleich zu Frauen, Beratungsangebote deutlich geringer, weil dort durch die überwiegend weiblichen Mitarbeiterinnen geschlechtsspezifisch einseitige Formen von Kontakt und Zuwendung angeboten wird. Perspektivisch ist es wohl sinnvoll, sich die unterschiedlichen Aspekte von Kommunikation in Bezug auf verschiedene Zielgruppen bewusst zu machen und die Arbeit mit Betroffenen entsprechend zu modifizieren.

8.1.1.2.5 Wen erreicht die niedrigschwellige Suizidprävention?

Die verschiedenen Felder niedrigschwelliger Suizidprävention erreichen unterschiedliche Zielgruppen: Telefon- und Onlineseelsorge erreicht folgende Personengruppen gut: Jugendliche, Mädchen, Frauen, Menschen mit psychischen Störungen, einsame Personen, Menschen aus der LGBT-Community, „westdeutsche Männer“²⁸ besser im Vergleich zu „ostdeutschen Männern“. Innerhalb der spezifischen Telefonseelsorge der Polizei werden eher Beamtinnen und Beamte über 45 Jahre erreicht. Weniger gut erreichte Personengruppen sind in der Telefon- und Onlineseelsorge: Jungen, Männer, alte Menschen, Migrantinnen und Migranten und „ostdeutsche Männer“. Im medizinisch-psychiatrisch-psychosomatischen Feld sind dies besonders onkologi-

sche Patientinnen und Patienten, anderweitig körperlich erkrankte und zugleich suizidale Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, mit Intoxikation oder im Delir, ältere (männliche) Personen nach Operationen, gerade wenn sie Zugang zu Waffen haben, Migrantinnen und Migranten, ältere, suizidale Frauen, die sich in Rehakliniken befinden, Heranwachsende (Alter: 17–18 Jahre) und Menschen mit geistiger Behinderung.

8.1.1.2.6 Vernetzung innerhalb der niedrigschwelligen Suizidprävention

Die gegenseitige Vernetzung von Institutionen der niedrigschwelligen Suizidprävention scheint in vielen Bereichen bereits gut zu funktionieren. Viele Telefonseelsorgestellen sind eng mit Krisendiensten und sozialpsychiatrischen Diensten verbunden. Die polizeilichen Suizidpräventionsdienste sind oftmals gut mit sozialarbeiterischen, psychologischen und medizinischen Diensten verknüpft (siehe Bericht der TPG „Suizidprävention im beruflichen Umfeld“). Außerdem gibt es zahlreiche Zusammenschlüsse verschiedener Protagonisten der Suizidprävention (z. B. Berliner Netzwerk zur Suizidprävention, Arbeitskreis Suizidprävention in Würzburg, Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention). Unter anderem sind in solchen Kooperationen Kliniken, sozialpsychiatrische Dienste, Seelsorge- und Beratungsstellen, Schulpsychologen, Senatsverwaltungen etc. vertreten. Dennoch gibt es ein solches enges und kooperatives Zusammenarbeiten nicht flächendeckend überall in Deutschland. Es besteht vielmehr auch ein Mangel an gegenseitigem Austausch und wechselseitiger Unterstützung. Ein weiteres Defizit wurde in Bezug auf den medizinisch-psychiatrischen Bereich deutlich. Die Vernetzung klinischer Institutionen mit niedrigschwelligen außerklinischen Angeboten ist oftmals weniger gelungen. Die Optimierung der Zusammenarbeit dieser Bereiche würde die gesamte Suizidprävention vermutlich um einiges stärken.

²⁸ Hinter den Bezeichnungen „westdeutsche“ und „ostdeutsche“ Männer verbergen sich Stereotypen, die im Kontext deutscher Geschichte kritisch betrachtet werden müssen. Sie wurden in diesen Bericht aufgenommen, da sie zum einen in den Diskussionen der Symposien der Teilprojektgruppe von mehreren Beteiligten unabhängig genannt wurden und zum anderen eine spezifische Problematik benennen, die eine Gruppe von Männern hat, sich im Gespräch mit anderen bedürftig zu zeigen und zu erleben sowie Hilfe und Unterstützung aus einem vertrauensvollen Gespräch mit zunächst unbekanntem Fachleuten zu gewinnen. Diese Problematik ist dann letztlich nicht geographisch auf Bewohner des Ostens Deutschlands beschränkt.

8.1.1.2.7 Niedrigschwellige Suizidprävention in medizinischen Institutionen

Suizidale Menschen erhalten niedrigschwellig Unterstützung in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Besondere Anlaufstellen mit leichtem Zugang sind dabei Hausärztinnen und Hausärzte, Krisenzentren, ärztliche Leitstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Tageskliniken, sowie psychiatrische und (psycho-)somatische Kliniken. Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass die Schwelle für die Aufnahme von weiterführenden Beratungen und Behandlungen bei Suizidalität und/oder nach einem Suizidversuch von einem einfühlsamen und zielgerichteten Kontakt abhängt, der auch eine dezidierte Planung und Anbahnung des nächsten Schrittes der Behandlung beinhalten kann (vgl. z.B. Fiedler et al. 1999, 2007, 2020). Die Art der klinischen Behandlung kann dabei stationär, tagesklinisch, ambulant oder auch nur mit einmaligem Kontakt stattfinden. Im Umgang mit dem Thema Suizidalität werden in somatischen Kliniken unter anderem Konsiliardienste beauftragt, die Schwere der Suizidalität einer Person zu beurteilen und einen ersten, klärenden und weiterleitenden Kontakt zu vermitteln. Dass hier im Kontakt zwischen Professionellen und Patientinnen und Patienten auch über die „Schwelle“ verhandelt wird, die zum nächsten Behandlungsschritt besteht, ist von eminent wichtiger Bedeutung.

Ein weiterer Aspekt niedrigschwelliger Suizidprävention liegt im Angebot von spezifischen Krisendiensten für medizinische Einrichtungen nach einem Suizid oder einem schweren Suizidversuch. Als Beispiel für eine organisierte Form von sogenannten Suizidkonferenzen seien hier die fünf Kriseninterventionsteams für Tageskliniken in der Nähe von Hildburghausen (Thüringen) genannt, welche satellitenartig aufgebaut und für den Fall eines Suizids oder eines schweren Suizidversuchs einsatzbereit sind. In einer anderen Klinik bilden drei Professionelle aus Medizin, Psychologie und Pflege einen Zusammenschluss zu einem Suizidkrisendienst. Dieser bietet im Fall eines Suizids/-versuchs auf Station Gesprächsangebote für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende an. Ziel ist es, Folgesuizide zu verhindern und die Bewältigung des Suizids zu erleich-

tern und die Arbeitsfähigkeit der Professionellen wieder herzustellen.

Gerade in somatischen Krankenhäusern ohne psychiatrische Fachabteilungen ist die Seelsorge ein wichtiger Bestandteil der niedrigschwelligen suizidpräventiven Arbeit, wobei hier auch eine Schwelle darin bestehen kann, dass nicht religiös orientierte Personen das Gespräch mit Seelsorgerinnen und Seelsorgern meiden oder ablehnen könnten. Trotz der weit verbreiteten Kenntnis über die Bedeutung einer zeitnahen und verbindlichen Vermittlung in nachfolgende Hilfesysteme sind immer noch ein Mangel an poststationären Angeboten beziehungsweise zu lange Wartezeiten auf eine ambulante Versorgung einerseits und Widerstände, weitere Hilfen in suizidalen Krisen aufzusuchen, andererseits klinischer Alltag.

8.1.2 Darstellung der relevanten Akteure in der niedrigschwelligen Suizidprävention

Die niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland zeichnet sich durch eine Vielfalt von Hilfsangeboten für suizidale Personen, deren Angehörigen und sonstige Betroffene aus. Die Hilfsangebote können sowohl im regulären Face-to-Face-Setting als auch im Online-Setting stattfinden. In Deutschland werden die meisten Angebote der niedrigschwelligen Suizidprävention durch kirchliche (z. B. Diözesen, Dekanate, Wohlfahrtsverbände, Diakonie, Caritas), kommunale oder staatliche Träger realisiert.

- *Klinisches Setting.* In einer akuten suizidalen Krise haben Menschen die Möglichkeit, den Polizeiruf 110 oder einen psychiatrischen oder allgemeinen medizinischen Notdienst anzurufen. Diese Dienste vermitteln häufig bei suizidalen Äußerungen, insbesondere nachts und an Sonn- und Feiertagen, ein Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt in der Aufnahme einer psychiatrischen Klinik. In hochakuten Situationen mit deutlicher Gefahr für das Leben der Personen kann auch eine Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer erfolgen. Die

Aufnahme in psychiatrische Kliniken ist i. d. R. rund um die Uhr möglich. Im Falle akuter Suizidalität und/oder nach einem Suizidversuch findet die Aufnahme oftmals auch zunächst über die zentralen Aufnahme-stationen der Krankenhäuser statt. Niedrigschwelligkeit in dieser Situation ist somit durch die klinische Versorgung in Deutschland gewährleistet: Jede und jeder muss, wenn notwendig, aufgenommen werden.

- *Krisendienste.* Weitere Strukturen, auf die Menschen in Krisen zurückgreifen können, sind lokale Krisendienste/Krisenzentren oder Krisenpensionen, die es inzwischen in vielen größeren deutschen Städten gibt. Krisendienste beraten kostenlos, anonym, vertraulich und kurzfristig vor Ort oder telefonisch, wodurch ihnen bei den häufig langen Wartezeiten niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine besondere Bedeutung zukommt. Krisenhilfe ist unterschiedlich organisiert; Beispiele sind der Arbeitskreis Leben in Baden-Württemberg. In Berlin gibt es beispielsweise in jedem Bezirk, also an neun Standorten, den sogenannten „Berliner Krisendienst“. Nachts steht ein telefonisch zu erreichender, überregionaler Bereitschaftsdienst auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung. Seltener bieten Krisenzentren, wie beispielsweise der Berliner Krisendienst, auch einen mobilen Kriseninterventionsdienst an. Aufsuchende Hilfe und Hausbesuche findet ansonsten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst statt, welchen es in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt gegenwärtig gibt.
- *Telefon- und Onlineseelsorgen.* Ähnlich wie die Krisendienste bieten auch die verschiedenen Einrichtungen der Telefon- und Onlineseelsorge bundesweit eine niedrigschwellige Telefonberatung, Mailberatung, Chatberatung, und Vor-Ort-Beratung an. Die Telefonseelsorge wird größtenteils von geschulten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen (Weber, 2006). Darüber hinaus gibt es spezialisierte Angebote, wie beispielsweise für suizidgefährdete junge Menschen das Caritas-Beratungsangebot „U25“ für Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren, das ebenfalls von ausgebildeten, ehrenamtlichen Peer-Beraterinnen und -Beratern unter 25 Jahren durchgeführt wird.
- *Nummer gegen Kummer e.V.* Der Verein richtet sich an Kinder und Jugendliche in Krisen sowie an deren Eltern und bietet anonyme Unterstützung per Telefon, Chat oder E-Mail. Nummer gegen Kummer e.V. wird vom Deutschen Kinderschutzbund unterstützt und engagiert sich zusätzlich in Projekten für pflegende Kinder und Jugendliche sowie in der Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- *Seelsorge.* Kirchliche (Polizei-)Seelsorgerinnen und Seelsorger betreuen mitunter Menschen in Krisen auf kommunaler Ebene, in Krankenhäusern und Betroffene aus dem Polizeidienst.
- *Sozialpsychiatrische Dienste.* Die sozialpsychiatrischen Dienste sind ein wichtiges Element der psychosozialen Versorgung in den einzelnen Bundesländern und werden daher je nach Standort durch verschiedene Stellen finanziert. Zu den Aufgaben zählen vor allem die Sicherstellung der Versorgung psychisch erkrankter Personen sowie die Vernetzung verschiedener psychosozialer Unterstützungsangebote (Ambulanzen, Kliniken, Tagesstätten etc.).
- *Angehörige nach Suizid.* Angehörige nach einem Suizid finden Unterstützung durch AGUS e.V. und den Bundesverband für verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. Der Verband AGUS – Angehörige um Suizid e.V. ist eine bundesweite Selbsthilfeorganisation für Trauernde, die einen nahe stehenden Menschen durch Suizid verloren haben. AGUS ist in Europa der größte und älteste Verein, der sich seit mehr als 25 Jahren für die Belange und Interessen Suizidtrauernder einsetzt. Getragen wird der Verein vom ehrenamtlichen Engagement der Gruppenleiterinnen und -leiter, Vorstände und Mitglieder. AGUS bietet Unterstützung wie beispielsweise durch Beratung von Betroffenen per Telefon und/oder E-Mail sowie Vermittlung von Selbsthilfegruppen. Der Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. (VEID) bietet deutschlandweit Familien, die ein Kind durch Suizid verloren haben, ein Netzwerk, in welchem Hinterbliebene vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten erhalten. Durch den Bundesverband als Dachverband erhalten inzwischen mehr als 500 Selbsthil-

fegruppen für verwaiste Eltern und trauernde Geschwister Hilfe.

- *Beratung für suizidbetroffene Angehörige (BeSu).* Hier finden Angehörige Unterstützung, welche entweder eine Person durch Suizid verloren haben, einen oder mehrere Suizidversuche einer angehörigen Person erlebten oder eine suizidale Person in ihrem engen Umfeld haben. BeSu bietet sowohl kostenlose Einzel- als auch Gruppenberatungen an, welche auf Wunsch auch anonym stattfinden können. BeSu ist ein Projekt der Telefonseelsorge Berlin e.V. Die Beratung findet in den eigenen Räumlichkeiten in Berlin oder auch telefonisch statt.
- *Psychotherapie.* Weiterhin sind natürlich auch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wichtige Akteure in der Suizidprävention. Problematisch sind jedoch die mitunter langen Wartezeiten aufgrund nicht ausreichend verfügbarer Kassensitze. Dies führt nicht selten zu Frustration seitens der hilfesuchenden Personen und somit zu einer Nicht-Inanspruchnahme einer Therapie.
- *Arbeitskreis Leben e.V.* Der Arbeitskreis Leben e.V. ist ein Zusammenschluss von Beratungsstellen für Menschen in suizidalen Krisen und deren Angehörige im Süden Deutschlands. Die Angebote reichen von einmaligen Beratungen in akuten Krisen bis hin zu längerfristiger Begleitung der Betroffenen. Der Arbeitskreis Leben e.V. kooperiert hierbei eng mit Krankenhäusern.
- *JugendNotmail.* JugendNotmail gehört zu der KJSH-Stiftung und bietet kostenlose Online-Beratung für Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren in Krisen. Die Beratung erfolgt per Chat oder Mail, Betroffene können sich zudem in themenspezifischen Chats oder in Foren austauschen.
- *Russische Telefonseelsorge Doweria.* Doweria bietet anonyme und kostenlose telefonische Unterstützung für russischsprachige Menschen in Krisen. Zweimal pro Woche findet zusätzlich eine Beratung im Chat statt. Die Telefonseelsorge Doweria gehört

zum Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.

- *Silbernetz.* Silbernetz ist ein kostenloses telefonisches Angebot für Menschen ab 60 Jahren. Ziel ist es, älteren Menschen aus der Isolation zu helfen, den Kontaktaufbau zu anderen Menschen zu unterstützen sowie die anrufende Person mit Angeboten in ihrem Umfeld zu vernetzen. Silbernetz wird durch Spenden und Fördergelder finanziert.

8.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention

Aufgrund der diesem Bericht zugrunde liegenden Erhebungsstruktur (netzwerkbasierter Befragungen und Diskussionen) wird hier nur exemplarisch eine Auswahl der Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention vorgestellt.

- *Welttag der Suizidprävention (WSPD):* Der WSPD stellt einen zentralen Erinnerungstag für die niedrigschwellige Suizidprävention im September dar. An diesem weltweiten Gedenktag finden regelmäßig deutschlandweit Veranstaltungen, Vorträge, Ausstellungen und Aufklärungskampagnen zum Thema Suizidprävention statt. Die Website www.welttag-suizidpraevention.de gibt jährlich eine Übersicht über die laufenden Aktionen. Im Jahr 2020 fand beispielsweise ein Online-Abendsymposium mit Vorträgen statt, in Bayreuth eine Ausstellung zum Thema „Suizid - keine Trauer wie jede andere“ und in der Berliner Gedächtniskirche ein ökumenischer Gottesdienst mit nachfolgendem öffentlichen Gespräch. Parallel werden in den sozialen Medien Informationen zum Thema Suizidprävention gepostet. Die öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten rund um den WSPD sollen die Möglichkeiten von Betroffenen fördern, Hilfen zu suchen und zu finden.
- *Frans hilft:* Frans hilft (www.frans-hilft.de) ist ein Frankfurter Netzwerk zur Suizidprävention, welches mehr als 60 Frankfurterinnen und Frankfurter und

überregionale Institutionen vernetzt, Aktivitäten bündelt und Informationen vermittelt. Es finden Lesungen, Kampagnen, Informationsveranstaltungen statt, die ebenfalls die Erreichbarkeit von Informationen und Hilfsangeboten in der Region erleichtern.

- *8 Leben (Forschungsprojekt)*: Das Online-Programm „8 Leben“ richtet sich an Menschen, die Suizidgedanken haben oder hatten, sowie Personen, die in der Vergangenheit versucht haben, sich das Leben zu nehmen oder dadurch eine nahestehende Person verloren haben. Das Projekt hat zum Ziel, Stigmatisierung von Suizidalität zu verringern und Wissen darüber zu erhöhen.
- *Hilfe nach Suizid (Forschungsprojekt)*: Hilfe nach Suizid ist ein Online-Präventionsgruppen-Programm für Angehörige nach einem Suizid. Das 12-wöchige Programm beinhaltet wichtige Themen, die nach einem Suizid relevant sind (z. B. Schuldgefühle, eigene Suizidalität) und findet im Rahmen eines Webinars statt.
- *Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen (NEST) (Forschungsprojekt)*: Vernetzung und Ausbau von Einrichtungen und Institutionen in Thüringen, die suizidgefährdete Menschen betreuen oder mit diesen arbeiten.
- *Arbeitsgruppe (AG) „Niedrigschwellige Suizidprävention“*: Die AG „Niedrigschwellige Suizidprävention“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms umfasst derzeit ca. 20 Mitglieder aus den Bereichen der Telefonseelsorge, Krisendienste, Polizeiseelsorge, kirchlichen Seelsorge, Online-Beratungsangebote, Psychiatrie, Notfallpsychologie, Forschung, kommunalen Einrichtungen und Hinterbliebenen-Verbände nach einem Suizid. Diese Arbeitsgruppe trifft sich regelmäßig im Rahmen von Workshop- oder Online-Meetings. Aus dieser AG haben sich 2020 weitere Unterarbeitsgruppen zu den folgenden Themen gebildet: 1) Vernetzung, 2) Männersuizidalität sowie 3) Schulung und Weiterbildung. Im Rahmen dieser

Themenbereiche werden fortlaufend neue Konzepte und Weiterentwicklungen erarbeitet. Geplant sind Veröffentlichungen und Guidelines für die bereits genannten Themenbereiche. Die Arbeitsgruppe ist regelmäßig an folgenden Kongressen und Symposien mit Beiträgen ihrer Mitglieder beteiligt:

- Wissenschaftliche Frühjahrstagung und Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
- Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Internationale Tagungen wie das European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior (ESSSB) oder die Kongresse der International Association for Suicide Prevention (IASP)

8.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen

Aktuelle Richtlinien für die niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland oder in der internationalen Literatur sind nicht bekannt. Obwohl eine Reihe von Meta-Analysen und Überblickspublikationen zum Thema „Suizidprävention“ oder „Krisenintervention“ und deren Wirksamkeit in der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur veröffentlicht wurden, gibt es keine expliziten Empfehlungen zum Thema der niedrigschwelligen Suizidprävention (Hartmann, 2007). Dies liegt vor allem an der Tatsache, dass im Wesen der niedrigschwelligen Suizidprävention eine starke Überlappung mit den anderen Gebieten der Suizidprävention liegt (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Medizinische Versorgung, Alte Menschen). Aktuell sind in der AG „Niedrigschwellige Suizidprävention“ Guidelines und Konzepte zum Thema Männersuizidalität und dem Bereich Schulung und Weiterbildung geplant.

8.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention entgegenstehen

Aus der Analyse der Fokusgruppen auf dem Symposium zu niedrigschwelliger Suizidprävention und der quantitativen Befragung mit Akteuren der niedrigschwelligen Suizidprävention lassen sich folgende, zentrale Hemmnisse in Bezug auf eine gelingende niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland darstellen:

8.2.1 Allgemeine Hemmnisse: Tabuisierung der Suizidalität als spezifisches Hemmnis niedrigschwelliger Suizidprävention

Der Suizid stellt immer noch ein Tabu dar, über welches weder gesellschaftlich noch in kleinen Einheiten der Gesellschaft, wie der Familie, mit ausreichender Freiheit gesprochen werden kann. Obwohl hier in den letzten Jahrzehnten ein Fortschritt zu verzeichnen ist, leiden noch immer viele Betroffene, Angehörige und andere Nahestehende unter der Tabuisierung des Suizids und der Suizidalität. Auf Seiten der Angehörigen behindert die eigene und fremde Tabuisierung, die mögliche Entwicklung einer psychischen Erkrankung oder eigener Suizidalität die Suche und das Finden von Hilfe. Dieses Faktum stellt ein direktes Hemmnis dar, eine Schwelle zu Kenntnis, Verstehen und Hilfe. Dabei gibt es eine Reihe besonders betroffener Gruppen:

- **Migrantinnen und Migranten und Asylsuchende**, mit einem eigenen, kulturell geprägten tabuisierenden Umgang mit familiären Problemen und der Suizidalität im Besonderen. Hinzu kommen Sprachprobleme bei Hilfsangeboten.
- In der **Schule** wird Suizidpräventionsarbeit immer noch häufig tabuisiert und ausgegrenzt.
- Dies gilt auch für andere Bereiche, wie die **Polizei**, den **Strafvollzug**, den **Leistungssport**.
- Es gibt bestimmte, besonders gefährdete Gruppen, die von Suizidprävention kaum erreicht werden. Hierzu zählen bestimmte **Migranten- und Flüchtlingsgruppen**, aber auch größere **Gruppen von Männern**, besonders eine Gruppe **50–60-jähriger Männer** („**ostdeutsche Männer**“), oftmals vereinsamt und ohne familiäre Bindungen, die weder die Fähigkeit zur Hilfesuche haben noch auf ausreichend Hilfsangebote treffen können.
- **Personen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid**: Angesichts der aktuellen Diskussion um eine gesetzliche Regelung des Zugangs zu assistiertem Suizid werden in einigen Gesetzentwürfen sogenannte „Beratungsstellen“ vorgeschlagen, die eher i. S. einer Information und Fachberatung bei Konfliktlagen agieren sollen. Die Struktur und Ausrichtung niedrigschwelliger Beratung entspricht diesem Ansatz überhaupt nicht. Vielmehr ist dieses Angebot geknüpft an Grundsätze der Suizidprävention: eine vertrauensvolle, annehmende, verstehende, entwicklungsförderliche Beratung auf Augenhöhe mit dem Ziel, eigenverantwortliche Entscheidungen im Leben zu treffen.

8.2.2 Finanzielle Förderung und Gesundheitsfürsorge

Hilfen und Unterstützung von Angehörigen von suizidalen Menschen, von Menschen nach Suizidversuch und von Suizidentinnen und Suizidenten sind in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und deren Finanzierung noch nicht ausreichend verankert. Dies liegt u. a. an dem Aspekt, dass Angehörige sich nicht als „erkrankt“ definieren und demnach auch nicht ohne Weiteres Leistungen der Krankenkassen in Anspruch nehmen können. Zu den Angehörigen zählen nicht nur Familien und Freundeskreise, sondern auch das soziale Umfeld (wie

die Schulen, der Arbeitsplatz und Personen aus dem Freizeitbereich). Die Versorgung Angehöriger auf der Ebene der Psychiatrie/Psychotherapie, der Beratung und der organisierten Hilfsangebote ist außerhalb der Angebote der Telefonseelsorge und von Selbsthilfeorganisationen wie AGUS noch nicht ausreichend gelungen. Dies ist besonders dramatisch für Kinder suizidaler Eltern oder von Eltern nach Suizidversuch und Suizid. Insbesondere in diesem Bereich fehlt eine Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Information weitgehend.

8.2.3 Zusammenarbeit mit der Forschung

Eine zeitnahe Zusammenarbeit zwischen Forschungseinheiten zur Suizidprävention und Einrichtungen der niedrigschwelligen Suizidprävention, wie sie in anderen Ländern bereits erfolgt, steckt in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Einrichtungen der niedrigschwelligen Suizidprävention sind oftmals strukturell, regional und von ihrem Selbstverständnis her fern von wissenschaftlichen Einrichtungen angesiedelt. Dieses Hemmnis zu überwinden, bedarf einer konzertierten und bundesweit koordinierten Anstrengung. Neue Formen der wissenschaftlichen Determinierung sich gerade entwickelnder Suizidcluster könnten in Zusammenarbeit mit niedrigschwelligen Hilfsangeboten entdeckt werden, wie sie u. a. unter Jugendlichen nicht selten sind.

Die Erfassung von Suiziden durch das Statistische Bundesamt ist zeitlich verzögert und nur wenig differenziert (z. B. hinsichtlich bestimmter Risikogruppen), sodass andere Register und Erfassungssysteme benötigt werden, die Verbindung zwischen praktischer niedrigschwelliger Arbeit und systematischer, wissenschaftlicher Erfassung des Suizidgeschehens herzustellen. Auch wenn Forschung im suizidpräventiven Bereich schwierig ist, ist sie dennoch nötig, um die Qualität der Arbeit zu verbessern. Statistiken können dazu beitragen, die Zielgruppen zu erkennen, die besonders vulnerabel sind, beziehungsweise für die bisherige Hilfsangebote nicht anzukommen scheinen. Eine verbesserte Kooperation von Forschung und Klinik, Psychotherapie und Beratungsarbeit steht noch aus (vgl. Arensman 2019).

8.2.4 Hemmnisse im klinischen Bereich

Die Psychiatrien stellen in Deutschland das flächendeckend sicherste System schneller Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen dar. Dies gilt sowohl für Patientinnen und Patienten mit hochakuten und lebensbedrohlichen suizidalen Krisen wie auch für psychisch Kranke, bei denen der Druck, suizidal zu handeln, weniger ausgeprägt, jedoch das Leiden an suizidalen Phantasien und damit verbundenen Affektzuständen erheblich ist. Die Entwicklung eines differenzierten Angebots psychiatrischer Behandlung der letzten Jahrzehnte hat sicher zur Verbesserung der Versorgung Suizidaler wie auch zur Senkung der Suizidraten in Deutschland beigetragen. Im klinischen Bereich gibt es dennoch auch noch Unzulänglichkeiten und Hemmnisse. Die Vermittlung spezifischer Kenntnisse zur Diagnostik und Therapie der Suizidalität ist auch in der Psychiatrie noch verbesserungsfähig, besonders bei der psychotherapeutischen Behandlung der Suizidalität. Deutlich ungünstiger ist die Situation außerhalb der Psychiatrie einzuschätzen. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischen Berufsgruppen im Umgang mit suizidgefährdeten Personen vermittelt noch zu wenig Kenntnisse des Erkennens (Diagnostik), der Gesprächsführung und der spezifischen Therapie. Dies ist besonders gewichtig, weil die Schwelle zur Hilfe bei Suizidalität gerade den medizinischen Bereich betrifft: So sind Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch Klinikärztinnen und -ärzte (z. B. bei alten Menschen) oftmals die Ersten, denen von Suizidalität berichtet wird, und damit zentrale Gatekeeper. Projekte der niedrigschwelligen Suizidprävention sollten besonders hier ansetzen. Zudem stellen Suizidalität und ihre Behandlung immer auch eine Problematik des SGB V dar, nach der Suizidgefährdung nicht zu den abrechnungsfähigen Indikationen der ambulanten Behandlung der Krankenhausärzte als auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zählt. Hier sollte eine Aufnahme der Suizidalität in die Einschlusskriterien erfolgen (GKV Spitzenverband, DKG und KBV). Als besonders problematisch wird die immer noch unzureichende Zusammenarbeit von Psychiatrie/Psychosomatik und den somatischen Disziplinen in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich gesehen. Patientinnen

und Patienten mit entsprechenden Komorbiditäten fallen in beiden Bereichen oftmals durch das Behandlungsraster. Deswegen werden Patientinnen und Patienten jedes Alters und kognitiv Beeinträchtigte nach Suizidversuch oftmals nicht ausreichend versorgt. Als Erklärung werden dafür u. a. erhebliche personelle Engpässe, besonders in ländlichen Psychiatrien, gesehen.

8.2.5 Zeitliche Befristung suizidpräventiver Projekte

Ein weiteres Hemmnis stellt die meist zeitliche Befristung von innovativen, extern und kompetitiv geförderten (Drittmittel-)Projekten dar. Hierdurch entsteht zu wenig Nachhaltigkeit, aufgebaute Ressourcen werden nicht genutzt. Auch die Ausschreibung und Durchführung von Projekten, die einseitig auf die Minimierung eines Kostenfaktors zuungunsten der Qualität der erbrachten Leistung ausgerichtet sind, können nicht zu einer besseren Suizidprävention beitragen. Niedrigschwellige Suizidprävention ist von ihrer Ausrichtung her eine gesellschaftliche und von ihrer Verantwortung her eine kommunale, Landes- oder Bundesaufgabe.

8.2.6 Männersuizidalität

Die aktuellen Suizidstatistiken in Deutschland weisen große gender- und altersspezifische sowie regionale

Unterschiede auf. Dieser Zusammenhang findet sich in allen Alterskohorten, besonders aber unter den alten Männern, wieder und verdeutlicht, dass Männer eine wichtige Zielgruppe für die Suizidprävention sind. Insbesondere Männer ab dem 55. Lebensjahr zeigen stetig steigende Suizidraten. Die aktuellen Suizidstatistiken aus Deutschland belegen auch deutliche regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern. In Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen wurden im Jahr 2017 deutschlandweit die höchsten Suizidraten für Männer verzeichnet (zwischen 23,1 und 24,6 Suizide/100.000 Einwohner). Im Vergleich dazu lag die Suizidrate in den drei Bundesländern mit der niedrigsten Suizidrate (Brandenburg, Berlin und Nordrhein-Westfalen) bei Männern zwischen 6,6 und 12,8/100.000 Einwohner (siehe Abbildung 8.2). Zusammenfassend kann aus den aktuellen deutschen Suizidstatistiken geschlossen werden, dass Männer (in besonderer Weise ab dem 55. Lebensjahr und in einigen östlichen Bundesländern) zu einer Hochrisikogruppe für Suizide gehören. Besonders gefährdet sind dabei alte Männer mit Problemen im Eingehen und Aufrechterhalten tragfähiger Beziehungen, nach Verlusten und mit Alkoholabhängigkeit (siehe TPG-Bericht „Suizidprävention für alte Menschen“). Gerade in den Ländern im Osten Deutschlands scheint diese Gruppe kaum Zugang zu Hilfesystemen zu haben. Es gibt einerseits zu wenig spezifische und evaluierte Angebote, die suizidale Männer gezielt erreichen, andererseits stellen die bestehenden Angebote besondere Schranken gerade für Männer dar.

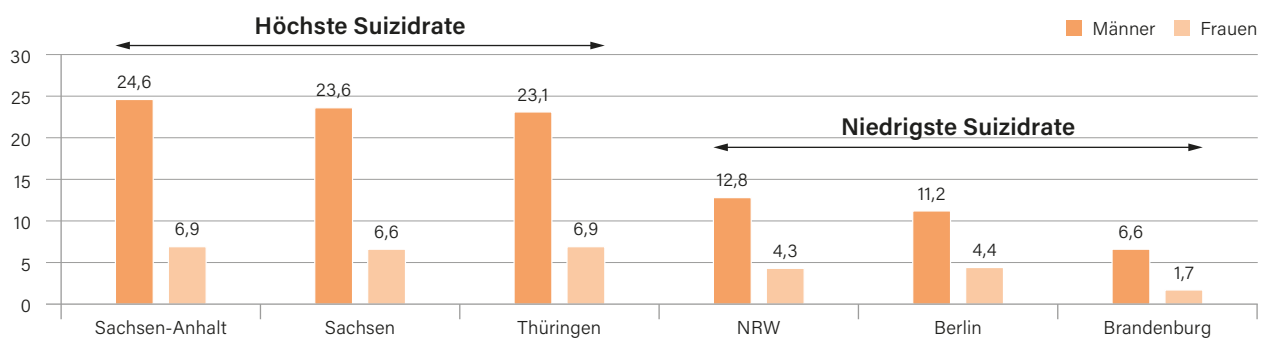


Abbildung 8.2: Suizide pro 100.000 Einwohner im Vergleich Männer und Frauen in Bundesländern mit höchster und niedrigsten Suizidraten in Deutschland.

8.2.7 Unübersichtlichkeit der Angebote

Obwohl es in Deutschland eine Vielzahl von niedrigschwelligen Suizidpräventionsangeboten gibt, gibt es eine große Kritik bezüglich der Unübersichtlichkeit der vorhandenen Hilfsangebote. Es existiert keine Übersicht über alle in Deutschland befindlichen Anlaufstellen für Betroffene. Grund für das Fehlen einer solchen Übersicht

ist zum einen die sich schnell ändernde Angebotslandschaft. Das heißt, Projekte laufen aus, Beratungsstellen ziehen um oder neue Projekte müssen sich erst vernetzen. Parallel fühlt sich keine spezifische Einrichtung dafür verantwortlich, entsprechende Listen zu erstellen und anschließend auf dem aktuellsten Stand zu halten. Eine übersichtliche aktuelle Website wäre sowohl für professionelle Helfende als auch für Betroffene hilfreich.

8.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

Es gibt eine Vielzahl von Aktivitäten, die genannten Hemmnisse in der niedrigschwelligen Suizidprävention zu überwinden. Aus der Perspektive der in den entsprechenden Institutionen Tätigen ist dies besonders das professionelle Engagement mit den und für die Betroffenen, durch das immer wieder hilfreiche Beziehungen gelingen und Lösungen für komplexe psychosoziale und medizinische Problemlagen gefunden werden. Auch die Förderung einer Vielzahl von wissenschaftlichen und suizidpräventiven Projekten mit niedrigschwelligen Ansätzen im Rahmen der durch das Bundesministerium für

Gesundheit gewährleisteten Förderung (2017–2021) dient dem Abbau von Schwellen zu Hilfen für suizidale Menschen. Genannt seien hier beispielhaft das „Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen (NEST)“, das sich gerade der Vernetzung von Institutionen widmet, das „Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierter Methoden“ (FrapPE), das Maßnahmen nach einem Suizidversuch bündelt, das Projekt Suizid-Prävention-Risiko-Management-Allianz Düsseldorf Neuss (SUPRIMA) mit einem Fokus auf Gatekeeperschulungen mittels E-Learning und andere Projekte.

8.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen im Rahmen der niedrigschwelligen Suizidprävention

Die in diesem Bericht vorgeschlagenen konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention wurden aus Befragungen von und Diskussionen mit Professionellen entwickelt, d. h. sowohl aus der o. g. quantitativen Online-Befragung wie auch

aus zwei Fachsymposien zum Thema. Diese Form der Erhebung kann somit keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Sie stellt aber ein Einschätzungs- und Meinungsbild einer größeren Gruppe von in der niedrigschwelligen Suizidprävention Tätigen dar.

8.4.1 Vorschlag einer zentralen Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention

8.4.1.1 Kontinuierliche Förderung der Vernetzung, Organisation und Koordination der Suizidprävention im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Niedrigschwellige Suizidprävention ist eingebettet in die Möglichkeiten der Suizidprävention in Deutschland im Allgemeinen. Ohne eine aktive Infrastruktur und Zusammenarbeit aller in der Suizidprävention engagierten Institutionen, Gruppen und Personen, aber auch ohne Suizidprävention in einer Vielzahl anderer Bereiche, wie z. B. in der gesamten Lebensspanne, dem Schul-, Sicherheits- und Gesundheitssystem und weiteren Feldern ist eine effektive niedrigschwellige Suizidprävention nicht denkbar. Die Untersuchung des Feldes der niedrigschwelligen Suizidprävention ergab den eindeutigen und vielfach geäußerten Bedarf nach einem koordinierten, Vernetzung fördernden, gemeinsame Aktivitäten anregenden und bündelnden Rahmen, der zugleich die Diversität der bestehenden Angebote, Hilfen und Institutionen beachtet. Aus bestehenden Netzwerken der Suizidprävention sollte eine **zentrale Informations- und Kommunikationsstelle** (siehe Abbildung 8.3) gebildet werden, die

- die Koordination (regionaler) Netzwerkkommunikation,
- die fortlaufende Arbeit an einem bundesweiten Adressbuch „Suizidprävention“ (s. u.),
- die Beratung und Intervention Professioneller und ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer der Suizidprävention,
- die Weitervermittlung hilfesuchender Suizidgefährdeter und die
- Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

durchführt.

Eine zentrale Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention und ihre besondere Rolle in der niedrigschwelligen Suizidprävention weist dabei auf ein interessantes Spannungsfeld zwischen den Vorteilen einer deutschlandweiten zentralen, zusammenfassenden, koordinierenden Struktur und den Vorteilen der regionalen Vernetzung niedrigschwelliger Angebote hin. Ein wichtiger Vorteil könnte die Schaffung eines digitalen Registers (oder „psychosozialen Adressbuchs“) aller (niedrigschwelligen) Angebote für suizidale Menschen in Deutschland sein, die systematisch, aktuell und fortlaufend, jedoch mit großem Aufwand zu erstellen (mit Angaben zu Öffnungszeiten, Ort, Kosten, Angebot, Zielgruppen) und zu unterhalten wäre. Das „Adressbuch“ hätte großen Wert für Betroffene, wie auch für Helferinnen und Helfer. Es könnte das vielfach beschriebene Problem der Weitervermittlung von suizidalen Personen in (längerfristige) Behandlungen erleichtern. Die zentrale Stelle könnte aber auch Professionellen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern schnell und kompetent kollegiale Beratung und Intervention bei schwierigen Situationen geben. Andere Berufsgruppen könnten ebenfalls Hilfen im Umgang mit suizidalen Personen erhalten: z. B. Polizei, Suchtberatung, Lehrerinnen und Lehrer, Schuldnerberatung, Altenpflege, Palliativ- und Hospizdienste. Weitere, größere Schwerpunkte der zentralen Stelle sollten die koordinierte Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vernetzungsarbeit auf regionaler Ebene sein. Kritisch wurde angemerkt, dass die zentrale Stelle keine Konkurrenz zu bereits bestehenden regionalen Institutionen (z. B. Telefonseelsorge) sein sollte.

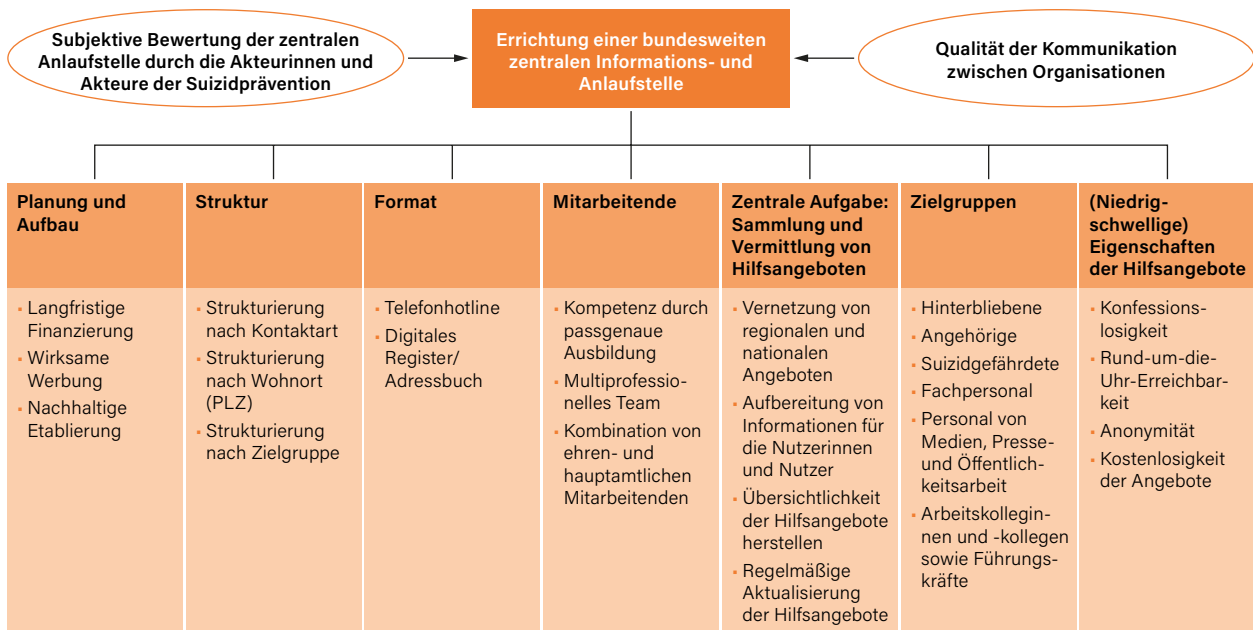


Abbildung 8.3: Struktur und Inhalte einer bundesweiten zentralen Informations- und Anlaufstelle der niedrigschwelligen Suizidprävention.

8.4.1.2 Förderung der Qualität der Kommunikation zwischen Organisationen niedrigschwelliger Suizidprävention

Ein zweiter, wichtiger Akzent ist die Qualität der Kommunikation zwischen den Organisationen der niedrigschwelligen Suizidprävention. Schnittstellen zwischen klinischem und nicht-klinischem Bereich, zwischen professionellem und ehrenamtlichem Engagement, zwischen stationärem und ambulantes Sektor sollten verbessert werden. Ein besonderes Problem besteht in der Vermittlung suizidaler Personen in ambulanter Psychotherapie.

8.4.2 Drei zentrale, vordringliche Aktionsfelder niedrigschwelliger Suizidprävention

Die folgenden drei Aktionsfelder sollten Bestandteil der zentralen Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention sein und ihre Arbeit strukturieren.

8.4.2.1 Öffentlichkeitsarbeit

Auf den Ebenen der universellen, selektiven und indizierten Suizidprävention sollte der Öffentlichkeitsarbeit zentrale Aufmerksamkeit gegeben werden. Nur durch eine flächendeckende und differenzierte Form öffentlicher Wahrnehmung und Ansprache des Problems der Suizidalität und des Suizids kann gerade der niedrigschwellige und barrierefreie Zugang zu Hilfen gefördert und verbessert werden. Formen des *Gatekeepertrainings*, auch für ehrenamtlich tätige Personen, müssen gefördert werden. Hierzu zählt grundsätzlich die *Wahrnehmung von Einsamkeit* als eines zentralen Faktors in der Entstehung von Suizidalität, besonders bei spezifischen Gruppen, wie bestimmten Männern, alten und verwitweten Menschen und immobilen Kranken. Die bundesweiten Aktivitäten zur öffentlichen Sichtbarmachung des Problems und seiner Lösungen muss koordiniert und verstetigt werden. *Qualitätsstandards* der suizidpräventiven Öffentlichkeitsarbeit sind zu entwickeln und zu verbreiten, hier z.B. besonders hinsichtlich neuer Medien, YouTube, Streaming-Diensten etc. Dies könnte gut im Rahmen der koordinierenden Arbeiten des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (s. o.) erfolgen.

8.4.2.2 Vernetzung, Koordination und Erleichterung von Hilfsangeboten

Für eine zentrale Vernetzung wird besonders eine bundesweite Notrufnummer vorgeschlagen, die sowohl suizidalen Personen erste Beratung und Einleitung nächster Hilsschritte ermöglicht als auch Professionellen die Möglichkeit gibt, ähnlich wie bei einer Giftnotzentrale, schnell supervisorisch Unterstützung in der Beratung und Behandlung im professionellen Kontakt mit suizidalen Personen zu erhalten. Auch Angehörige und andere Nahestehende sollten hier erste Hinweise und Unterstützung wie auch Vermittlung zu nahe liegenden Hilfsangeboten erhalten. Online-basierte Fortbildungsangebote, z. B. in Form von Webinaren, müssen erarbeitet werden. Verbunden werden sollte diese Einrichtung mit einem „**Bundesweiten Adressbuch Suizidprävention**“ (s. o.) (einschl. einer Website), in dem systematisch alle Hilfsangebote differenziert aufgeführt sind. Das bundesweite Adressbuch sollte regional, länderspezifisch und bundesweit gefördert und auch für die Detektion von „Lücken im Netz“ genutzt werden.

8.4.2.3 Suizidprävention von besonders suizidgefährdeten Gruppen, z. B. von Männern

Die niedrigschwellige Suizidprävention von suizidalen Männern muss nachhaltig gefördert werden. Bereits seit längerem ist bekannt, dass suizidale Männer deutlich seltener Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere der psychosozialen Hilfen annehmen als Frauen. Dies gilt besonders für alte Männer. Deshalb muss die Forschung zur Identifizierung von Risikogruppen, jedoch auch zur Wirksamkeit genderspezifischer Ansätze der Prävention und Behandlung, weiter gestärkt werden. Gatekeeperschulungen, die gerade auch geschlechtsspezifisch auf Männer ausgerichtet sind, wie von Friseurinnen und Friseuren und Gastwirtinnen und Gastwirten, Professionellen in Spielkasinos, Automatenhallen, Arbeitsämtern, Schuldnerberatungen und Beratungsstellen für in der Landwirtschaft Tätige etc. könnten hier einen wichtigen Beitrag leisten. Geschlechtsspezifische Formen der Beratung und Psychotherapie, z. B. alter Männer, müssen entwickelt,

erprobt, evaluiert und implementiert werden. Regionalisierte Peer-Programme, insbesondere für 50- bis 60-jährige Männer mit eingeschränkten sozialen Kontakten, müssen initiiert, entwickelt, erprobt, evaluiert und implementiert werden, mit einem besonderen Fokus auf ländliche Gebiete.

8.4.2.4 Weitere Vorschläge für Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention

- Ermittlung der Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 vom 26.02.2020 auf die niedrigschwellige Suizidprävention. Hier gilt es zu beschreiben, welche Auswirkungen das Urteil auf die Nutzung von niedrigschwelligen Einrichtungen der Suizidprävention durch suizidale Personen hat, welche Auswirkungen das Urteil auf Professionelle und ehrenamtlich Tätige der niedrigschwelligen Suizidprävention hat und welche Herausforderungen auf die Arbeit dieser Einrichtungen zukommen. Es gilt hierbei zu klären, ob und inwieweit Einrichtungen der niedrigschwelligen Suizidprävention auf möglicherweise gesetzlich festgelegte Beratungen im Vorfeld eines assistierten Suizids fachlich vorbereitet sind und welche Konfliktlagen sich gegenüber ihrer bisherigen Arbeit mit suizidalen Personen ergeben.
- **Verknüpfung von empirischer Suizidforschung und niedrigschwelliger Beratung/Behandlung:** Neue Ansätze empirischer und epidemiologischer Forschung ermöglichen die zeitnahe Identifikation von Personen aus Risikogruppen, z. B. bei der Entwicklung eines Suizidclusters. Derartige Kooperationen müssen initiiert, koordiniert und durchgeführt werden. Problemlagen mit dem Datenschutz müssen analysiert und adressiert werden.
- **Schul-Suizidprävention:** Flächendeckend sollte Suizidprävention in den Schulen als Unterrichtsthema eingeführt werden, parallel zu den erfolgreichen Konzepten der Suchtprävention und der sexuellen Aufklärung. Hier müssen Unterrichtsmaterialien erarbeitet und evaluiert werden.

- Es muss die **Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidalität** in allen Berufen, besonders aber in der Altenpflege, der somatischen Medizin und der Seelsorge, deutlich gefördert werden. Dies erfolgt durch systematische Implementierung in die Gegenstandskataloge, Ausbildungscurricula und Fortbildungsangebote der entsprechenden Studiengänge und Berufe.
- Gerade hinsichtlich **niedrigschwelliger/barrierefreier Einrichtungen** der Suizidprävention sollten ambulante Krisendienste auch im ländlichen und ostdeutschen Bereich **gefördert** werden.

Alle genannten Maßnahmen müssen selbstverständlich wissenschaftlich evaluiert werden. Die Evaluation stellt eine unabdingbare Notwendigkeit dar. Damit erst erfüllen sie die internationalen Standards erfolgreicher Suizidprävention. Dabei sind die evidenzbasierten Methoden der Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen anzuwenden. Diese beziehen sich nicht allein auf die Endpunkte einer Senkung der Suizidraten und des dokumentierten suizidalen Verhaltens i. S. von Suizidversuchen, sondern auch auf intrapsychische und andere psychosoziale Parameter. Die Finanzierung aller Maßnahmen muss demnach auch die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung beinhalten.

Literatur

- Ajdacic-Gross, V., Killias, M., Hepp, U., Haxmoz, S., Bopp, M., Gutzwiler, F., & Rössler, W. (2010). Firearm suicides and availability of firearms. The Swiss experience. *European psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 25, 432-435.
- Amagasa, T., Nakayama, T., & Takahashi, Y. (2005). Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health*, 47(2), 157-164. doi:10.1539/joh.47.157
- Anderland, A. (2012). Ein planbarer Unfall? Für einen Wandel der Führungskultur im Umgang mit Trauer. *Leidfaden*, 3, 14-18.
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47. doi:10.1027/0227-5910.30.1.43
- Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (Hrsg.) (2020). Suizidale Menschen in der Apotheke. Warnzeichen erkennen und reagieren. <https://www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaets-sicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen/>.
- Arensman, E. (2019). Implementation of National Suicide Prevention Strategies and Programmes. Lecture at the Annual General Meeting for the National Suicide Prevention Programme in Germany, Berlin, 7.-9.11.19.
- Aseltine, R.H., & DeMartino, R. (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*, 94(3), 446-451.
- Aseltine, R.H., James, A., Schilling, E.A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*. 18(7), 161.
- AWMF (Hrsg.). (2016). AWMF Leitlinie: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Abgerufen unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-031I_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf (eingesehen am 02.09.2019)
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J EnvironRes Public Health*, 15(7), 1425.
- Bailey, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide Life Threat Behav*, 29(3), 256-271. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10531638>
- Bämayr, A., & Feuerlein, W. (1986). Suicidhäufigkeit bei Ärzten und Zahnärzten in Oberbayern. *Soc.Psychiatry*, 21, 39-48.
- Baumert, J., Schneider, B., Lukaschek, K., Emeny, R. T., Meisinger, C., Erazo, N., . . . Ladwig, K. H. (2014). Adverse conditions at the workplace are associated with increased suicide risk. *J Psychiatr Res*, 57, 90-95. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.06.007
- Baumgartner, E. (2010). Betriebliche soziale Arbeit in Deutschland – Stand und Perspektiven. In S. Klein & H. Appelt (Eds.), *Praxishandbuch betriebliche Sozialarbeit* (pp. 19-29). Kröning: Asanger Verlag.
- Bayerischer Landtag (2011). Drucksache 16/8339 vom 26.05.2011. Selbstmorde von bayerischen Polizisten. Retrieved from http://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP16/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/16_0008339.pdf
- Bayerischer Landtag (2015). Drucksache 17/7932 vom 23.10.2015. Suizide von bayerischen Polizisten. . Retrieved from https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17_0007932.pdf
- BBK (2011). *Psychosoziale Notfallversorgung. Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II* Bonn: Eigenverlag.
- Behere, P. B., & Bhise, M. C. (2009). Farmers' suicide: Across culture. *Indian J Psychiatry*, 51(4), 242-243. doi:10.4103/0019-5545.58286
- Bennefeld-Kersten, K., Lohner, J. & Pecher, W. (Hrsg.) (2015). *Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen. Einschätzung und Prävention*. Pabst Science Publishers.

- Bergmann, S. (2020). AW: Informationen_Suizidprävention. Thüringer Landesamt für Bau und Verkehr. Poststelle@TLBV. thuringen.de. 24.01.2020.
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*, 41(1), 110-116.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 147-155.
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, ... Rumpf, H. J. (2015). Suicidal events among pathological gamblers: the role of comorbidity of axis I and axis II disorders. *Psychiatry Res*, 225(3), 413-419.
- Blaustein, M., & Fleming, A. (2009). Suicide from the Golden Gate Bridge. *Am J Psychiat* 166:1111-1116.
- Blemenschitz, G. (2010). Die „richtigen“ Worte finden – Die Darstellung Psychosozialer Themen mit Relevanz für die Betriebliche Sozialarbeit in ausgewählten österreichischen Wirtschaftsmagazinen. FH-Campus Wien.
- Böhm, M. (1988). Zur Phänomenologie und Psychodynamik suizidaler Handlungen bei älteren Menschen. In: *Zeitschrift zur Altersforschung* 43(1). Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit. S. 19-24.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*, 157(12), 1925-1932.
- Brent, D. A., Perper, J. A., & Allman, C. J. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicide. A case-control study. *JAMA*, 4, 2989-2995.
- Brent, D.A., McMakin, D., Kennard, B.D., & Douaihy, A. (2013). Protecting Adolescents from Self-Harm: A Critical Review of Intervention Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52(12):1260-71. Doi:10.1016/j.jaac.2013.09.009.
- Bridge, J.A., Greenhouse, J.B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, ... Campo, J.V. (2019). Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 236-243.
- Briggs, S., Goldblatt, M.J., Lindner, R., Maltsberger J.T., & Fiedler, G. (2012). Suicide and trauma: a case discussion. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 13-33.
- Briggs, S., & Lindner, R. (2018). Therapeutische Arbeit mit suizidalen Jugendlichen: die psychodynamische Kurzpsychotherapie (TAPP). *Suizidprophylaxe* 45(4), 125-134.
- Bronisch, T. (2020). Suizidalität bei Schizophrenie. *Psychotherapie*, 25(1), 129-152.
- Bronisch, T. (2007). *Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention*. München: C.H.Beck Verlag.
- Bronisch, T. (2002). *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*. Verlag C.H. Beck.
- Brown, R.C., Straub, J., Bohnacker, I., & Plener, P.L. (2018). Increasing Knowledge, Skills and Confidence Concerning Students. *Suicidality Through a Gatekeeper Workshop for School Staff*. *Front. Psychol.*, 9, 1233.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Stehen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 641-649.
- Brunstein-Klomek, A., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The Association of Suicide and Bullying in Childhood to Young Adulthood: A Review of Cross-Sectional and Longitudinal Research Findings. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 55(5), 282-288.
- Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention im Justizvollzug“ (2009). *Suizidprävention – Empfehlungen für den Justizvollzug, Heft I: Die Aufnahme von Gefangenen*. Celle. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs.

- Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention im Justizvollzug“ (2013). Suizidprävention – Empfehlungen für den Justizvollzug, Heft II: Umgang mit Suizidalität. Celle. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs.
- Bundesministerium für Justiz (2006). Freiheitsentzug – Die Empfehlung des Europarates, Europäische Strafvollzugsgrundsätze. Godesberg. Forum Verlag.
- Bundesministerium der Verteidigung FÜSK III (1) (2019). Todesfälle in der Bundeswehr. Abgerufen von https://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/start/gedenken/todesfaelle_in_der_bundeswehr!/ut/p/z1/hY4xD4lwFIR_ww-Nr30uNCG5VF5XBKlnQxRSpRVMPKRX8-dYwmUi87d377nLAIQ-Nei-6mhLuZWmh_5zw8L6MkTWhMaZKuVsjCGV3v4gMi-DeH0D-D-jSNiCmDSQu475qMdGw8BB34XnXiRxlinpSPi8ikleS-XqUsu9ubDB2AJX2hTDdFYX00gBt_lqrbTkab1dOdeOiwAD-7PueKGOUlqSUAf5KVkZ1kH2B0DyyHqcz3SVs8gbBF7LH/dz/d5/L2dBISevZ0FBIS9nQSEh/#Z7_B8LTL2922LTCC0A652D-K9R00IO
- Burkhardt, H., Sperling, U., Gladisch, R., & Kruse, A. (2003). Todesverlangen – Ergebnisse einer Pilotstudie mit geriatrischen Akutpatienten. *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie* 36(5), 392-400. DOI: 10.1007/s00391-003-0146-5.
- Canetto, S.S. (1991). Gender roles, suicide attempts and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125, 605-620. DOI: 10.1080/00223980.1991.10543323.
- Canetto, S. S. (1994). Gender issues in the treatment of suicidal behavior. *Death Studies* 18: 513-527. DOI: 10.1080/07481189408252696.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33(3), 395-405.
- Chandler, V. (2018). Google and suicides: what can we learn about the use of internet to prevent suicides? *Public Health*, 154, 144-150.
- Chen, Y.-Y., Chen, F., Gunnell, D., & Yip, P. S. F. (2013). The impact of media reporting on the emergence of charcoal burning suicide in Taiwan. *PloS one*, 8, e55000.
- Cheng, A. T., Hawton, K., Lee, C. T., & Chen, T. H. (2007). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International journal of epidemiology*, 36(6), 1229-1234. <https://doi.org/10.1093/ije/dym196>
- Cheng, Q., Li, H., Silenzio, V., & Caine, E. D. (2014). Suicide contagion: a systematic review of definitions and research utility. *PloS One*, 9(9), e108724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108724>
- Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M., Mowchun, M., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J.J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*, 152, 1185-1191.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*, 49(2), 529-534. doi:10.1111/sltb.12450
- Conner, K. R., Beautrais, A. L., & Conwell, Y. (2003). Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: Analyses of Canterbury Suicide Project data. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(7), 1156-1161.
- Copeland, W.E., Goldston, D.B., & Costello, J.E. (2017). Adult Associations of Childhood Suicidal Thoughts and Behaviors: A Prospective, Longitudinal Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(11), 958-965.
- Craig, S.L., McNroy, L., McCready, L.T., & Alaggia, R. (2015). Media: A Catalyst for Resilience in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth. *Journal of LGBT Youth*, 12(3), 254-275. doi:10.1080/19361653.2015.1040193
- Crump, C. K. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychol Med*, 44(2), 279-289.
- Cibis, A., Mergl, R., Bramesfeld, A., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., & Hegerl, U. (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *J Affect Disord*, 136, 9-16.
- Das große Oxford Wörterbuch: Englisch-Deutsch/Deutsch-Englisch (Third edition). (2019). Oxford: Oxford University Press.

- Debbaut, K., Kryszynska, K., & Andriessen, K. (2014). Characteristics of suicide hotspots on the Belgian railway network. *J Inj Contr Saf Promot*, 21(3), 274-277.
- Deutsche Bahn (2017). Das Mitarbeiter-Betreuungsprogramm der DB bei traumatischen Ereignissen und Belastungssituationen [Press release]
- Deutscher Bundestag (2015). Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (Hospiz- und Palliativgesetz, HPG). In *Bundesgesetzblatt*, 48. Bonn: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
- Deutscher Bundestag (2017). Drucksache 18/12233 vom 04.05.2017. Selbsttötungsversuche und Selbsttötungen bei der Bundespolizei und beim Zoll. *Bundesanzeiger*. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/122/1812233.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2017). Drucksache 18/12782 vom 20.06.2017. Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Suizidprävention weiter stärken – Menschen in Lebenskrisen helfen.
- Deutscher Bundestag (2021). Drucksache 19/31182 vom 05.06.2021. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 19/30086. Umsetzung der Bundestagsabschlüsse zur Suizidprävention aus der 18. Wahlperiode.
- Deutscher Caritasverband, Diakonie Deutschland & Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV). *Qualitätshandbuch „Qualität sorgsam gestalten – Bundesrahmenhandbuch stationäre Hospize“*. Abgerufen von https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/fachthemen/gesundheit/bundesrahmenhandbuch/brh_hospiz_2020_feb_final.pdf (30.04.2021).
- Deutscher Ethikrat (2014). Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Abgerufen von <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf> (28.01.2019).
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2016). *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter*, 4. überarb. Version. Abgerufen von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0311_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf (30.04.2021).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2018). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Abgerufen von <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/ueber-uns.html> (30.09.2019).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2020a). Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zur mit Spannung erwarteten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe: „Ob § 217 StGB bestehen bleibt, geändert oder gekippt wird: Wie wir mit dem Sterbewunsch eines schwerkranken Menschen umgehen, kennzeichnet unsere Gesellschaft!“ – Breite Diskussion über Rahmenbedingungen am Lebensende unabdingbar – Tabufreie Gespräche brauchen ihren Platz. Berlin: DGP.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2020b). German Association for Palliative Medicine on the eagerly awaited decision of the Federal Constitutional Court on the ban on business-like euthanasia. Berlin: German Association for Palliative Medicine.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenten und Stärkung der Suizidprävention. Abgerufen von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DBP_Eckpunkte_Suizidassistenten_Suizidpraevention.pdf (30.04.2021).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) & Bundesärztekammer (BÄK) (2016). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Abgerufen von https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf (30.09.2020).
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, ... DGRW (2012). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*.

- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (o.J.). Der Verband. Abgerufen von <https://www.dhvp.de/ueber-uns-der-verband.html> (30.09.2019).
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (2021). Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“. Abgerufen von https://www.dhvp.de/news/dialogpapier_hospizliche-haltung-grenzsituationen.html (30.04.2021).
- Deutscher Presserat (2014). Medien und Suizidprävention. <http://www.presserat.de/presserat/>.
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V. (Hrsg.) (2014). „Etwas Besseres als den Tod ...“ Suizidalität im Alter: Welche Krisen- hilfe ältere Menschen benötigen und wie man sie vor Ort orga- nisiert. Abgerufen von <https://www.diakonie-rwl.de/themen/alter-und-pflege/lebenslinien> [8.10.2019].
- Ding, Y., Pereira, F., Hoehne, A., Beaulieu, M.-M., Lepage, M., Turecki, G., & Jollant, F. (2017). Altered brain processing of decision-making in healthy first-degree biological relatives of suicide completers. *Molecular Psychiatry*, 22, 1149–1154. DOI:10.1038/mp.2016.221.
- DIN 18205 (1996). Bedarfsplanung im Bauwesen. Berlin. Deut- sches Institut für Normung.
- Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S., & Hillemacher, T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatr.*, 14, 113-125.
- Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Didisheim, N. K., & Seguin, M. (2014). Patient suicide in institutions: emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals. *Death Stud*, 38(1-5), 315-321. doi:10.1080/07481187.2013.766651.
- Drinkmann, A., & Würfflein, C. (2014). Die Versorgungssituation bei Suizidalität im Alter: Defizite und Desiderata aus Sicht von Praxisexperten. *Suizidprophylaxe*, 41, 112-120.
- Drinkmann, A. (2019). Suizidalität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Suizidprophylaxe*, 46, 14-24.
- Du, L., Shi, H. Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Jin, X. H., Yan, Q., ... & Chen, H. L. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 276, 711-719.
- Dudenredaktion (2019a). Barrierefrei. Duden online. Abgerufen von <https://www.duden.de/node/154292/revision/154328> (21.10.2019)
- Dudenredaktion (2019b). Niedrigschwellig. Duden online. Abgeru- fen von <https://www.duden.de/node/154292/revision/154328> (17.10.2019)
- Dunlop, S.M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *J Child Psychol Psychiat*, 52(10), 1073-1080.
- Durkheim, E. (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand.
- Eichenberg, C. (2010). Empirische Befunde zu Suizidforen im Inter- net. In *Suizidprophylaxe*, 37(2), 67-74.
- Eichenberg, C. (2013). Suizidalität und Internet: Zwischen Ge- fährdung und Hilfe. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 43. Jahrgang 2013: Ausgabe 2, 17-23.
- Eichenberg, C. (2014). Suizidprävention im Zeitalter des Web 2.0. Möglichkeiten von Websites, Social Networks und Online-Foren. In *Suizidprophylaxe*, 41(3), 90-95.
- Eisenbahn-Bundesamt (Hrsg.) (2018). Bericht des Eisenbahn-Bun- desamts gemäß Artikel 18 der Richtlinie über Eisenbahnsicher- heit in der Gemeinschaft (Richtlinie 2004/49/EG, „Sicher- heitsrichtlinie“) über die Tätigkeiten als Sicherheitsbehörde: Berichtsjahr 2017. 30. September 2018 (bund.de [PDF]).
- Erazo, N., Baumert, J., & Ladwig, K.-H. (2004). Regionale und ört- liche Verteilungsmuster von Bahnsuiziden. *Nervenarzt*, 75(11), 1099-1106.
- Eriksson, M., Glader, E. L., Norrving, B., & Asplund, K. (2015). Post- stroke suicide attempts and completed suicides: A socioecono- mic and nationwide perspective. *Neurology*, 84(17), 1732-1738.

- Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell Y., Waern, M., de Leo, D., Lindner, R. & Lapierre, S. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults. Consensus opinions of an expert panel. *Crisis*, 32(2), 106-109, DOI: 10.1027/0227-5910/a000053.
- Erlangsen, A., Drefahl, S., Haas, A., Bjorkenstram, C., Nordentoft, M., & Andersson, G. (2020a). Suicide among persons who entered same-sex and opposite-sex marriage in Denmark and Sweden, 1989-2016: a binational, register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 74(1), 78-83.
- Erlangsen, A., Stenager, E., Conwell, Y., Andersen, P. K., Hawton, K., Benros, M. E., ... & Stenager, E. (2020b). Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark. *JAMA*, 323(5), 444-454.
- Erlemeier, N. (2001). Suizidalität und Suizidprävention im Alter, Band 212 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 13.
- Erlemeier, N. (2004). Die Versorgung suizidaler alter Menschen in Deutschland. In *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17(1), 3-11. Bern: Verlag Hans Huber.
- Erlemeier, N., Hirsch, R.D., Lindner, R., & Sperling, U. (2014). Ältere Menschen in stationären Einrichtungen. In: R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider & U. Sperling (Hrsg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*, 111-122. Heidelberg: Springer.
- Esser, H. (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen*. Frankfurt a. M. 12-14.
- Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennes experience 1980 – 1996. *Archives of Suicide Research*, 4, 67-74.
- Etzersdorfer, E., Sonneck, G., & Voracek, M. (2004). A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution. *Archives of Suicide Research*, 8(2), 137-145. <https://doi.org/10.1080/13811110490270985>.
- European Association of Palliative Care (EAPC) (o.J.). European Association of Palliative Care. One Voice, one Vision in Palliative Care. Abgerufen von <https://www.eapcnet.eu/> 13.07.2020).
- Evangelische Landeskirche in Baden, Evangelischer Oberkirchenrat (Hrsg.) (2020). *Projekt Was ich im Herzen trage. Psychologische Beratung für alle Menschen und ihre Angehörigen an Orten der Altenhilfe. Abschlussbericht Januar 2017 – Dezember 2019*. Online-Dokument:<https://www.ekiba.de/html/media/dl.html?i=290756> [20.09.2020].
- Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Soren, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdottir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med*, 366(14), 1310-1318.
- Feuer, V. & Havens, J. (2017). Teen Suicide: Fanning the Flames of a Public Health Crisis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(9), 723-724.
- Fiedler, G., Altenhöfer, A., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., & Götze, P. (2007). Suizidalität und Psychotherapie. *Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. Suizidprophylaxe*, 34 (3), 113-122.
- Fiedler, G., Götze, P., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., & Richter, M. (1999). Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität. *Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete in der ambulanten kassenärztlichen*
- Fiedler, G., Lindner, R., Altenhöfer, A., Gans, I., Gerisch, B., Richter, M., & Götze, P. (2020). *Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. Suizidalität, Psychotherapie und gesellschaftliche Intervention*. *Forum Psychoanalyse*, 36, 123-139.
- Fiedler, G., Schneider, B., Lindner, R., Rauchfuß, K., & Müller-Pein, H. (2019). Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland [Press release]. Retrieved from <https://www.naspro.de/dl/2019-09-04-PK-WSPD-Pressemappe.pdf>.
- Fiedler, G., & Neverla, I. (2003). Suizidforen im Internet. Überblick zum Forschungsstand und weiterführende Perspektiven. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51, 550-571.
- Fischbach, A., Lichtenthaler, P. W., & Fink, S. (Eds.) (2020). *Psychische Gesundheit und Suizidprophylaxe in der Polizei*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.

- Fischer, G. (2008). Vitruv NEU oder Was ist Architektur? Basel. Birkhäuser Verlag.
- Florentine, J. B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626-1632.
- Frehmann, K., & Schäfer, M. (2021). Machen Werther und Papageno im deutschen Journalismus Schule? *Publizistik*, 66(1), 67-87.
- Freier, A. (2019). Suizid und Angehörige im Alter. Hilfen für Angehörige nach Suizid eines älteren Menschen und Hilfen für ältere Angehörige nach Suizid eines Nahestehenden. Bachelor-Arbeit, Institut für Sozialwesen, Universität Kassel, unveröff. Manuskript.
- Fu, K.-W., Chan, Y.-Y., & Yip, P. S. F. (2009). Testing a theoretical model based on social cognitive theory for media influences on suicide ideation: results from a panel study. *Media Psychology*, 12, 26-49.
- Galushko, M., Frerich, G., Perrar, K.M., Golla, H., Radbruch, L., Nauch, F., & Voltz, R. (2016). Desire for Hastened Death: How Do Professionals in Specialized Palliative Care React? *Psychology*, 25, 536-543. DOI: 10.1002/pon.3959.
- Gauthier, S. Mausbach, J., Reisch, T., & Bartsch, C. (2015). Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics*, 41, 611-617. DOI: 10.1136/medethics-2014-102091.
- Gerbner, G., & Gross, L. (1976). Living with television: The violence profile. *Journal of Communication*, 26(2), 172-199.
- Gerisch, B., Fiedler, G., Gans, I., Götze, P., Lindner, R., & Richter, M. (2000). „Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab“: Zur psychoanalytischen Konzeption und der Behandlung Suizidgefährdeter. In Kimmerle, G. (Hrsg.): *Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung*. Reihe *Anschlüsse*, Bd. 4. edition diskord, 9-64, Tübingen.
- Gerlach, C., Sticher, B., & Volz, C. (2020). Suizidprävention in der (Berliner) Polizei. In W. Nettelstroth (Ed.), *Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis zur Polizeipsychologie*, 71-89. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-Bund) (2017). Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/?i=6:55024D>.
- Gesundheit Österreich GmbH (2019). Suizid-Vorurteile. Abgerufen von <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenswertes/suizid-vorurteile>.
- Giesert, M. (2012). *Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten* (Vol. 5).
- Glasow, N. (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Logos-Verlag, Berlin.
- Glasow, N., & universalRAUM (Hrsg.) (2012). *Evidenzbasiertes Planungshandbuch EPH Psychiatrie*. Reihe: EPH. Band 1. 1. Auflage, Dresden.
- Gold, K. J., Sen, A., & Schwenk, T. L. (2013). Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(1), 45-49. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005
- Goldney, R. D. (2008). *Suicide prevention*. Oxford University Press, Oxford.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Hrsg.). (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, D.C: National Academies Press. Abgerufen von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=87104>
- Goldstein, T.R., Bridge, J.F., & Brent, D.A. (2008). Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 76(1), 84.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*, 98(2), 107-109.
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the Media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 200-224. doi:10.1111/j.1749-6632.2001.tb05807.x

- Grass, K. (10. Juli 2013). Business as Usual, das Leben kosten kann. European Journalism Observatory. Abgerufen von <http://de.ejo-online.eu/9862/ethik-qualitatssicherung/business-as-usual-das-leben-kosten-kann>.
- Groschwitz, L., Munz, L., Straub, J., Bohnacker, I., & Plener, P.L. (2017). Strong Schools Against Suicidality and Self-Injury: Evaluation of a Workshop for School Staff. *School Psychology Quarterly*, 32(2), 188-198.
- Gruber, S. (2019). Suizidalität bei älteren Menschen im geriatrischen Kontext. Eine empirische Untersuchung. Master-Arbeit, Institut für Psychologie, Universität Kassel, unveröff. Manuskript.
- Grupp, D., & Müller, B. (2019). Hilfe und Unterstützung nach Patienten- oder Bewohnersuizid und schweren Suizidversuchen. Handbuch ZFP Südwürttemberg (intern, nicht publiziert).
- Haas, K. (2017). Wege aus der Langzeitarbeitslosigkeit?: Grundfragen und Bewertung niedrigschwelliger Beschäftigungsangebote zur Förderung von Langzeitarbeitslosen. Reihe Thesispreis des Fachbereichs Sozialwesen der KatHO NRW, Abteilung Köln: Band 1. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. Abgerufen von http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783847410591
- Habenstein, A., Steffen, T., Bartsch, C., Michaud, K., & Reisch, T. (2013). Chances and limits of method restriction: A detailed analysis of suicide methods in Switzerland. *Arch Suicide Res*, 17(1), 75-78.
- Habermann-Horstmeier, L., & Lippke, S. (2021). Grundlagen, Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung. In *Prävention und Gesundheitsförderung* edited by M. Tiemann and M. Mohokum, 65-75. Springer, Berlin.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br. J Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hartmann, M. (o. J.). Frühe Hilfen für Schwangere und Familien: Anforderungen an Angebotsgestaltung, niedrigschwellige Zugänge und interdisziplinäre Kooperation. Abgerufen von <https://docplayer.org/21368402-Fruehe-hilfen-fuer-schwangere-und-familien-anforderungen-an-angebotsgestaltung-niedrigschwellige-zugaenge-und-interdisziplinaraere-kooperation.html> (20.10.2019, 11:20 h)
- Hartmann, M. (2007). Good Practice in der Gesundheitsförderung - aber wie?: Niedrigschwelligkeit. [Präsentationsfolien]. Abgerufen von <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/282.pdf> (17.10.2019)
- Hasebrink, U., Lampert, C., & Thiel, K. (2019). Online-Erfahrungen von 9- bis 17-Jährigen. Ergebnisse der EU Kids Online-Befragung in Deutschland 2019. Hamburg: Verlag Hans-Bredow-Institut. Online Dokument: <https://www.unicef.de/download/199420/25c108fc219b8e1800ac76e0234546ec/eukobericht-de-1909-data.pdf>.
- Hassan, R. (1995). Effects of Newspaper Stories on the Incidence of Suicide in Australia: A research Note. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(3), 480-483. Doi:10.3109/00048679509064957.
- Hatchel, T., Polanin, J.R., & Espelage, D.L. (2019). Suicidal Thoughts and Behaviors Among LGBTQ Youth: Meta-Analyses and a Systematic Review. *Arch Suicide Res*, 10, 1-37.
- Haw, C., Sutton, L., Simkin, S., Gunnell, D., Kapur, N., Nowers, M., & Hawton, K. (2004). Suicide by gunshot in the United Kingdom: A review of the literature. *Medicine, science and the law*, 44, 295-310.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord*, 175, 147-151.
- Hawton, K., Casanas, I. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect. Disord*, 147(1-3), 17-28.
- Hawton, K., Clements, A., Simkin, S., & Malmberg, A. (2000). Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM*, 93(6), 351-357. doi:10.1093/qjmed/93.6.351.

- Hawton, K., Malmberg, A., & Simkin, S. (2004). Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J Psychosom Res*, 57(1), 1-4. doi:10.1016/S0022-3999(03)00372-6.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005a). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 187, 9-20.
- Hawton, K., L. Sutton, C., Haw, Sinclair, J., & Harriss, L. (2005b). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*, 66 (6), 693-704.
- Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., & Hazell, P. (2016). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(5).
- Hegerl, U., Koburger, N., Rummel-Kluge, C., Gravert, C., Walden, M., & Mergl, R. (2013). One followed by many? Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *J Affect Disord*, 146, 39-44.
- Hemenway, D., & Miller, M. (2002). Association of rates of household handgun Ownership, lifetime major depression, and serious suicidal thoughts with rates of suicide across US census regions. *Injury prevention. Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 8, 313-316.
- Hemenway, D. (2019). Comparing gun-owning vs. non-owning households in terms of firearm and non-firearm suicide and suicide attempts. *Preventive medicine*, 199, 14-16.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *Am J Psychiatry*, 157(12), 2022-2027. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.2022
- Hepp, U., Stulz, N., Unger-Köppel, J., & Ajdacic-Gross, V. (2012). Methods of suicide used by children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21 (2), 67-73. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0232-y>
- Hestermann, T. (2006). Tabuthema Suizid in der Polizei: Wenn Polizisten verzweifeln. *Deutsche Polizei*, 4, 6-11.
- Hillert, A., Koch, S., & Lehr, D. (2013). Burnout phenomenon exemplified by the teaching profession: paradigms, findings and perspectives of profession-related therapy and prevention approaches. *Der Nervenarzt*, 84(7), 806-812.
- Hillgruber, C. (2020). AW: Information_Suizidprävention. Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt. Referat36@mlv.sachsen-anhalt.de. 11.02.2020.
- Hintikka, J., Kontula, O., Saarinen, P., Tanskanen, A., Koskela, K., & Viinamaki, H. (1998). Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (6), 493-496.
- Hjern, A., & Allebeck, P. (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden A comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 423-429. doi: 10.1007/s00127-002-0564-5.
- Hoffmire, C. A., Kemp, J. E., & Bossarte, R. M. (2015). Changes in suicide mortality for veterans and nonveterans by gender and history of VHA service use, 2000-2010. *Psychiatric Services*, 66(9), 959-965.
- Höllmüller, H. (2017). Niedrigschwelligkeit – Und dann? In: Arnold, H., & Höllmüller, H. (Hrsg.), *Niedrigschwelligkeit in der Sozialen Arbeit*, 23-19. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Hübner-Liebermann, B., Neuner, T., Hegerl, U., Hajak, G., & Spiessl, H. (2010). Reducing suicides through an alliance against depression? *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 514-518. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.06.008>.
- Illes, Jendreyeschak J, Armgart C, & G, J. (2014). Suizide im beruflichen Kontext. *Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Schattauer.
- Innere Mission München (o.J.). Für Menschen im Alter. Abgerufen von <https://www.im-muenchen.de/hilfe-im-alter.html> (13.07.2020).
- Inoue, K., Kawanishi, C., Otsuka, K., Cho, Y., Shiraishi, M., Ishii, ... Hirayasu, Y. (2017). A large-scale survey of inpatient suicides: Comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res*, 250, 155-158.

- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172, 35-37.
- International Association for Suicide Prevention (IASP) (2015). IASP guidelines for suicide prevention. Abgerufen von http://www.iasp.info/suicide_guidelines.php.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2019). Suizidale Krisen bei unipolarer Depression: Welchen Einfluss haben nicht-medikamentöse Maßnahmen auf deren Bewältigung? Abgerufen von <https://www.themencheck-mezizin.iqwig.de/de/hta-berichte/08-ht17-03-suizidale-krisen-bei-unipolarer-depression-welchen-einfluss-haben-nicht-medikamentose-massnahmen-auf-deren-bewaeltigung.124.html> (02.07.2019).
- Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J.R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Front. Psychiatry*, 9, 583.
- Jané-Llilopis, E. & Gabilondo, A. (Hrsg.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus Paper*. Luxembourg: European Communities.
- Jansky, M., Jaspers, B., Radbruch, L., & Nauch, F. (2017). Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 89-98.
- Jantzer, V., Haffner, J., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2015). Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany. *BMC Public Health* 15(1), 583.
- Jäppelt, A., & Görcke, M. (2009). *Die neue Generation der betrieblichen Sozialarbeit: Das employee assistance program als innovativer Baustein unternehmerischer Gesundheitsförderung*. Münster: LIT Verlag.
- Jia, C. X., Mehlum, L., & Qin, P. (2012). AIDS/HIV infection, co-morbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *J Clin Psychiatry*, 73(10), 1315-1321.
- Jobes, D. A., Berman, A. L., O'Carroll, P. W., Eastgard, S., & Knickmeyer, S. (1996). The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health, and the news media. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 260-271. doi:10.1111/j.1943-278X.1996.tb00611.x.
- Jonas, K. (1992). Modelling and suicide: A test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology*, 31(4), 295-306. doi:10.1111/j.2044-8309.1992.tb00974.x.
- Judd, F., Jackson, H., Fraser, C., Murray, G., Robins, G., & Komiti, A. (2006). Understanding suicide in Australian farmers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(1), 1-10. doi:10.1007/s00127-005-0007-1.
- jugendschutz.net (2016, 2020 aktualisiert & erweitert). *Gefahr-im-Verzug-Situationen im Internet. Handlungsleitfaden für Social-Media-Plattformen und Beratungsstellen*.
- jugendschutz.net (2017). *Best Practice Paper Selbstgefährdung*. Erarbeitet von jugendschutz.net mit Unterstützung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro), der Wiener Werkstätte für Suizidforschung und dem Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE). Abgerufen von http://www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Best_Practice_Paper_Selbstgefaehrdung.pdf.
- jugendschutz.net (2018). *Jugendliche sicher in Social Media? Mangelhafte Beschwerdesysteme und zu wenig vorbeugender Schutz*. Abgerufen von http://www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Bericht_Social_Media.pdf.
- jugendschutz.net (2019a). *Gefährliche Suizid-Challenges. Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen*. Abgerufen von <https://www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Praxisinfo-Suizid-Challenges.pdf>.

- jugendschutz.net (2019b). Jugendschutz im Internet. Risiken und Handlungsbedarf. Jahresbericht 2018. Angerufen von <http://www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/bericht2018.pdf>.
- Jugendschutz.net (2020). Bericht Jugendschutz im Internet 2019. Risiken und Handlungsbedarf. Abgerufen von <https://www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/bericht2019.pdf> (30.04.2021).
- Kapitany, T., Heinzl, H., & Sonneck, G. (1997). Effekte gezielter und ungezielter Medienaktionen auf die Inanspruchnahme des Kriseninterventionszentrums. In Sonneck, G. (Hrsg.), *Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen*, 244–246. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Kaplan, S. D. (1988). Retrospective cohort mortality study of Roman Catholic priests. *Prev Med*, 17(3), 335-343. doi:10.1016/0091-7435(88)90008-4.
- Kapusta, N.D., Fegert, J.M., Haring, C., & Plener, P.L. (2014). Psychotherapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59, 16-23.
- Kearns, J.C., Coppersmith, D.D.L., Santee, A.C., Insel, C., Pigeon, W.R., & Glenn, C.R. (2018). Sleep problems and suicide risk in youth: A systematic review, developmental framework, and implications for hospital treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 63, 141-151.
- Keller, F., & Wolfersdorf, M. (1995). Changes in suicide numbers in psychiatric hospitals: An analysis using log-linear time-trend models. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30(6), 269-273.
- Kellermann, A.L., & Rivara, F.P. (2013). Silencing the science on gun research. *Journal of the American Medical Association*, 13, 549-550.
- Kennard, B.D., Goldstein, T., Foxwell, A.A., McMakin, D.L., Wolfe, K., Biernesser, C., ... Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents (2018). *Am J Psychiatry*, 175(9), 864-872. DOI:10.1176/appi.ajp.2018.17101151.
- Kepplinger, H. M., & Knirsch, K. (2000). Gesinnungs- und Verantwortungsethik im Journalismus. Sind Max Webers theoretische Annahmen empirisch haltbar?. In Rath, M. (Hrsg.), *Medienethik und Medienwirkungsforschung*, 11-44. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Klieve, H., Barnes, M., & De Leo, D. (2009). Controlling firearms use in Australia: has the 1996 gun law reform produced the decrease in rates of suicide with this method? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 285-292.
- Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., ... Caine, E. D. (2010). The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*, 100(12), 2457-2463. doi:10.2105/AJPH.2009.159871.
- Koburger, N., Mergl, R., Rummel-Kluge, C., Ibelshäuser, A., Meise, U., Postuvan, V., ... Hegerl, U. (2015). Celebrity suicide on the railway network: Can one case trigger international effects? *J Affect Disord*, 185, 38-46.
- König, F. (2001). Suizidalität bei Ärzten: Kein Tabuthema mehr? *Dtsch Arztebl*, 98(47).
- Kokkevi, A., Arapaki, A., Rotsika, V., & Richardson, C. (2011). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381-9. Doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*, 54(4), 337-343.
- Kremer, E., & Weyand, A. (2010). PRAXIS-LEITFADEN. Berichterstattung über Amokläufe – Empfehlungen für Redaktionen. Berlin: Deutscher Presserat.
- Kremeike, K., Galuushko, M., Frerich, G., Romotzky, V., Hamacher, S., Rodin, G., ... Voltz, R. (2018). The DEsirde to Die in Palliative care: Optimization of Management (DEDIPOM) – a study protocol. *BMC Palliative Care*, 17, 30.

- Kreimeke, K., Perrar, K.M., Lindner, R., Bostroem, K., Montag, T., ... Voltz, R. (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20, 323-335.
- Krupinski, M., Fischer, A., Grohmann, R., Engel, R., Hollweg, M., & Moller, H.J. (1998). Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248, 141-147.
- Kunrath, S., Baumert, J., & Ladwig, K.-H. (2011). Increasing railway suicide acts after media coverage of a fatal railway accident? An ecological study of 747 suicidal acts. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(9), 825-828. doi: 10.1136/jech.2009.098293.
- Ladwig, K. (2015). Suizidprävention. *Public Health Forum* 22(1), 46-48.
- Ladwig, K. H., Kunrath, S., Lukaschek, K., & Baumert, J. (2012). The railway suicide death of a famous German football player: Impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. *J Affect Disord*, 136, 194-198.
- Ladwig, K. H., & Lukaschek, K. (2016). 15 Jahre Bahnsuizidforschung – Gestern, Heute, Morgen. In N. Glasow & D. Hery (Eds.), *Das nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland* (pp. 29-39). Regensburg: Roderer Verlag.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2013). Drucksache 16/4046 vom 19.09.2013. Tabuthema: Suizid in der Polizei. Retrieved from <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD16-4046.pdf?von=1&bis=0>
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2016). Drucksache 16/10940 vom 01.02.2016. Suizide von Polizistinnen und Polizisten in 2015. Retrieved from <https://kleineanfragen.de/nordrhein-westfalen/16/10940-suizide-von-polizistinnen-und-polizisten-in-2015>
- Landtag Rheinland-Pfalz (2001). Drucksache 14/166 vom 13.08.2001. Selbsttötungen bei der rheinland-pfälzischen Polizei.
- Landtag von Baden-Württemberg (2003). Drucksache 13/2739 vom 16.12.2003. Auswirkungen von beruflichem Stress auf Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten. . Retrieved from https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP13/Drucksachen/2000/13_2739_D.pdf
- Landtag von Baden-Württemberg (2004). Drucksache 13/2985, ausgegeben: 01.04.2004. Auswirkungen von beruflichem Stress auf Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten. Retrieved from https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP13/Drucksachen/2000/13_2985_D.pdf
- Langenscheidt Collins Großes Schul- und Studienwörterbuch: Deutsch - Englisch (2011). Berlin: Langenscheidt.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., ... The International Research Group for Suicide among the Elderly (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98. DOI: 10.1027/0227-5910/a000076.
- Lapierre, S., Desjardins, S., Préville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., Dubé, M., & The Scientific Committee of the ESA Study. (2015). Wish to Die and Physical Illness in Older Adults. *Psychology Research*, 5(2), 125-137.
- Laukkanen, E., Rissanen, M.L., Tolmunen, T., Kylmä, J., & Hintikka, J. (2013). Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(8), 501-510.
- Lechler, K.-P. (2020). AW: Informationen_Suizidprävention. Landesamt für Straßenbau und Verkehr Sachsen. Klaus-Peter. Lechler@lasuv.sachsen.de. 31.01.2020.
- Lee, E., Burnett, C. A., Lulich, N., Cameron, L. L., & Sestito, J. P. (2002). Proportionate mortality of crop and livestock farmers in the United States, 1984-1993. *Am J Ind Med*, 42(5), 410-420. doi:10.1002/ajim.10131.
- Leenaars, A.A., Moksony, F., Lester, D., & Wenckstern, S. (2003). The impact of gun control (Bill C-51) on suicide in Canada. *Death studies*, 27, 103-124.

- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2017). Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/0510L. Abgerufen von: <https://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinie.7.0.html> (30.09.2019).
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.0, 2019, AWMF-Registernummer: 128/0010L. Abgerufen von: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (30.09.2019).
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Zammit, S., & Wolke, D. (2015). Bully/ victims: A longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1461-1471.
- Lereya, S. T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H. L., & Wolke, D. (2013). Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 608-618.
- Li, D., Yang, X., Ge, Z., Hao, Y., Wang, Q., Liu, F., Gu, D., & Huang, J. (2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*, 46(10), 1257-1266.
- Lindner, R. (2006). Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lindner, R. (2010) Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität bei älteren Männern. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010, 60(8)m 290-297. DOI:10.1055/s-0029-1237387.
- Lindner, R. (2012). Körperliche Erkrankung und Suizidalität bei hochbetagten geriatrischen Patienten: Eine explorative Studie. *Suizidprophylaxe*, 39(1), 11-19.
- Lindner, R. (2017). Es rechnet sich: Aufsuchende Psychotherapie. *Psychotherapie im Alter*, 14(1), 113-114.
- Lindner, R., Fiedler G., & Götze, P. (2003). Diagnostik der Suizidalität. *Dtsch Ärztebl*, 100, A 1004-1007.
- Lindner, R., Foerster, R., & von Renteln-Kruse, W. (2014). Physical distress and relationship problems. Exploring the psychosocial and intrapsychic world of suicidal geriatric patients. *Z Gerontol Geriat*, 47, 502-507.
- Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., & Sperling, U. (Hrsg.) (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Heidelberg: Springer.
- Lindner, R., & Sandner, M. (2015). Psychotherapie auf der Couch des Patienten. Aufsuchende psychodynamische Psychotherapie bei Hochbetagten. *Psychother Psych Med*, 65, 204-212. DOI: 10.1055/s-0034-1396804.
- Lindner, R. & Schneider, B. (2016). Psychotherapie of suicidality. *Nervenarzt*, 87(5), 488-495).
- Lindner, R., Schneider, B., Sperling, U., Wolfersdorf, M., & Fiedler, G. für das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2020). Offener Brief an BM J. Spahn: Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. Online-Dokument: <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>, (Version 01, September 2020).
- Lindner, R. & Sperling, U. (2016). AG „Alte Menschen“: Wenn das Älterwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter. In: Glasow, N., Hery, D. (Hrsg.) *Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*, 25-28. Regensburg: Roderer Verlag.
- Lindner-Braun, C. (1990). Soziologie des Selbstmords. Westdeutscher Verlag. Opladen.
- Linnemann, C., & Leyhe, T. (2015). Suizidprävention bei älteren Menschen – Risikofaktoren und Prävention. In *Therapeutische Umschau*, 72(10). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Lochthowe, T. (2008). Suizide und Suizidversuche bei verschiedenen Berufsgruppen. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Würzburg.

- Loo, R. (2003). A meta-analysis of police suicide rates: findings and issues. *Suicide Life Threat Behav*, 33(3), 313-325. doi:10.1521/suli.33.3.313.23209.
- Lubin, G., Werbeloff, N., Halperin, D., Shmushkevitch, M., Weise, M., & Knobler, H. Y. (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide & life-threatening behavior*, 40, 421-424.
- Luhmann, N. (1996). *Die Realität der Massenmedien*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lukaschek, K., Baumert, J., & Ladwig, K. (2016a). Arbeitsplatz und Suizidrisiko. Möglichkeiten der Prävention. *Klinikarzt*, 45(1), 38-41.
- Lukaschek, K., Erazo, N., & Ladwig, K.-H. (2016b). Der Bahnsuizid als Extremsituation für polizeiliche Einsatzkräfte. *Nervenheilkunde*, 35(05), 329-335.
- Liu, C. H., Yeh, M. K., Weng, S. C., Bai, M. Y., & Chang, J. C. (2017). Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant*, 32(9), 1524-1529.
- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P.B., & Nordentoft, M. (2013). Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: Survival in a Danish national cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1481-1489.
- Madsen, T., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2017). Risk estimates and risk factors related to psychiatric inpatient suicide—An overview. *Int J Environ Res Public Health*, 14(3), 253.
- Madsen, T., Erlangsen, A., Orlovska, S., Mofaddy, R., Nordentoft, M., & Benros, M. E. (2018). Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide. *JAMA*, 320(6), 580-588.
- Malmberg, A., Hawton, K., & Simkin, S. (1997). A study of suicide in farmers in England and Wales. *J Psychosom Res*, 43(1), 107-111. doi:10.1016/s0022-3999(97)00114-1
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- Marmot, M. G., Adelstein, A. M., & Bulusu, L. (1984). Lessons From the Study of Immigrant Mortality. *Lancet*, 30(1), 1455-1457. doi:10.1016/s0140-6736(84)91943-3.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E.D., Moran, P., O'Conner, R.C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337.
- Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). In-patients suicide: epidemiology and prevention. *Encephale*, 36(2), 83-91.
- Martin, G., & Koo, L. (1997). Celebrity suicide: Did the death of Kurt Cobain influence young suicides in Australia?. *Archives of Suicide Research*, 3(3), 187-198. <https://doi.org/10.1023/A:1009629219195>.
- Maskell-Pretz, M., & Hopkins, W. E. (1997). Women in Engineering: Toward a Barrier-Free Work Environment. *Journal of Management in Engineering*, 13 (1), 32-37.
- Matsubayashi T., Sawada, Y., & Ueda, M. (2014). Does the installation of blue lights on train platforms shift suicide to another station? Evidence from Japan. *J Affect Dissord*, 169, 57-60.
- Mäulen, B. (2005). Depression und Suizid bei Ärzten: Barriere aus Scham und Schuld. *Deutsches Ärzteblatt*, 29.
- McCombs, M., & Reynolds, A. (2009). How the news shapes our civic agenda. In Bryant, J. & Oliver, M.B. (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research*, 1-16. New York: Routledge.
- McCombs, M. E., & Shaw, D. L. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176-187.
- Meek, R. E., Treaster, M. K., Tanner, K. J., & Hirsch, J. K. (2019). Psychache and Suicide Risk in the LGBTQ Community: Considering the Role of Time Perspective. Abgerufen von <https://dc.etsu.edu/asrf/2019/schedule/179/>.
- Meischner-Al-Mouswawi, M. (2020). Suizidprävention im sächsischen Justizvollzug. *Forum Strafvollzug*, 69(4), 259-262.

- Meischner-Al-Mousawi, M., Hartenstein, S., Spanaus, K., & Hinz, S. (2020). Suizide und Suizidprävention im deutschen Justizvollzug. *Forum Strafvollzug*, 69(4), 250-255.
- Mellbye, A., & Carter, T. (2017). Seafarers' depression and suicide. *Int Marit Health*, 68(2), 108-114. doi:10.5603/IMH.2017.0020
- Mellqvist Fässberg, M., van Orden, K.A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., ... & Waern M (2012). A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. *Int J Environ Res Public Health*, 9, 722-745.
- Mellqvist Fässberg, M; Cheung, G; Canetto, S.S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ... & Wærn, M. (2015). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults, *Aging & Mental Health*, DOI:10.1080/13607863.2015.1083945.
- Mend, K., Reisch, T., Marten, P., Brockmann, E., Käufer, M., Gravert, C., & Schmidtke, A. (2015). Suizidprävention an einer Brücke: Beispiel Müngstener Brücke. Abgerufen von: https://www.hinas.de/images/veranstaltungen/Ueber_die_Wupper/mend_15-07-24.pdf.
- Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Toth M.D., Coyne, J., ... Hegerl, U. (2015). What are reasons for the larger gender difference in the lethality of suicidal acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLoS One*. 10, e0129062.
- Meyer, C. (2021). Das Thema Suizid bei der Polizei. Von Prävention bis Postvention. In AGUS – Angehörige um Suizid – Rundbrief, 1, 26-27.
- Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M., & Powell, V. (2015). Suicide risk in nursing homes and assisted living facilities: 2003 – 2011. *Am J Public Health*, 105(7), 1495-1502.
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M.C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29, 1198-1211.
- Miché, M., Hofer, P.D., Voss, C., Hans Meyer, A., Gloster, A.T., BesdoBaum, K., & Lieb, R. (2018). Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27, 839-848.
- Miller, M., Lippmann, S.J., Azrael, D., & Hemenway, D. (2007). Household firearm ownership and rates of suicide across the 50 United States. *J Trauma*, 62, 1029-1034.
- Milner, A., Page, K., Spencer-Thomas, S., & Lamotagne, A. D. (2015). Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int*, 30(1), 29-37. doi:10.1093/heapro/dau085
- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 203(6), 409-416. doi:10.1192/bjp.bp.113.128405
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25(1), 12-18. doi:10.1027/0227-5910.25.1.12
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). New directions in definitions. In: P.J. Mrazek & R.J. Haggerty (Hrsg.) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, 19-29. Washington: National Academy Press.
- Murphy, B.J., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J.E. (2015). Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 30(8), 802-814.
- Murphy, B.J., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J.E. (2018a). Suicide among nursing home residents in Australia: A national population based retrospective analysis of medico legal death investigation information. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33, 786-796.
- Murphy, B.J., Kennedy, B., Martin, C., Bugeja, L., Willoughby, M., & Ibrahim, J.E. (2018b). Health and care related risk factors for suicide among nursing home residents: A data linkage study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. DOI: 10.1111/sltb.12465.
- Müller, M., & Pfister, D. (2014). Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Vandenhoeck & Rubrecht, Göttingen.
- Müller-Pein, H. (2021). Suizide in Deutschland 2019. Nationales Suizidpräventionsprogramm Deutschland. Abgerufen von <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2019.pdf> (05.05.2021).

- Möller-Leimkühler, A. M. (2000). Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. *Fortschritte der Neurol Psychiatr*, 68(11), 489-495.
- Motto, J. A. (1967). Suicide and suggestibility: The role of the press. *Am J Psychiatry*, 124(2), 252-256. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.2.252>.
- Motto, J. A. (1970). Newspaper influence on suicide. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 23(2), 143-148. doi:10.1001/archpsyc.1970.01750020047006.
- Naghavi, M., & Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364, 194.
- Nationale Suizidpräventionsprogramm (2019). Anzahl der Suizidmethoden in Deutschland in den Jahren 1998-2017. Abgerufen von: <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2017.pdf>.
- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2021). Suizide in Deutschland 2019. Internetdokumentation. Abgerufen von <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2019.pdf>.
- Nauck, F., Osthegathe, C., & Radbruch, L. (2014). Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. *Dtsch Arztebl*, 111(3): A-67/B-61/C-57.
- Naumovska, K. (2015). Suizid von Ärztinnen/Ärzten und von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpflegern in Hamburg von Januar 2007 bis Juni 2014. (Doktors der Medizin). Universität Hamburg, Hamburg.
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., ... Scherr, S. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575.
- Niederkrotenthaler, T., Fu, K.-W., Yip, P. S. F., Fong, D. Y. T., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide. A meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 66(11), 1037-1042.
- Niederkrotenthaler, T., Mittendorfer-Rutz, E., Thurner, S., Endel, G., & Klimek, P. (2020). Healthcare utilization, psychiatric medication and risk of rehospitalization in suicide-attempting patients with common mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 54(4), 409-422.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther vs. Papageno effects. *Br J Psychiatry*, 197, 234-243.
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychology*, 6, 15.1-15.25.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Nock, M. K., Deming, C. A., Fullerton, C. S., Gilman, S. E., Goldenberg, M., Kessler, R. C., . . . Ursano, R. J. (2013). Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry*, 76(2), 97-125. DOI:10.1521/psyc.2013.76.2.97.
- Nock, M.K., Greif Green, J., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*, 70, 300-310.
- Nolden, N., Fey, K., Weihrauch, B., & Volzt, R. (2018). Palliativ & Schule. Kohlhammer, Stuttgart.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen. Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- OECD & European Union (Hrsg.). (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.
- Offermann, F. (2016). Wenn Kollegen trauern. Kösel, München.

- Ohnesorge, K., Gudat, H., & Rehmann-Sutter, C. (2014). What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13, 38.
- Okolie, C., Dennis, M., E. S.T., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int Psychogeriatr* 29(11), 1801-1824. DOI: 10.1017/S1041610217001430.
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2017). Suicide Following Deliberate Self-Harm. *Am J Psychiatry*, 174 (8), 765-774.
- Ong, E. (2020). Can digital games serve as potential intervention or suicide risk?. *International Journal of Serious Games*, 7(1), 127 - 132. doi: 10.17083/ijsg.v7i1.303.
- O'Shea, S. (Hrsg.) (2011). *Barrier-free*. Cambridge business english dictionary. Stuttgart, Cambridge: Ernst Klett Sprachen GmbH; Cambridge University Press.
- Östlund, B. (2010). Watching television in later life: a deeper understanding of TV viewing in the homes of old people and in geriatric care contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 233-243. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00711.x.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *BR J Psychiatry*, 181, 193-199.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 62(3), 247-253.
- Paul, C. (2001). *Neue Wege in der Trauer- und Sterbegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
- Paul, C. (2018). *Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde nach einem Suizid. (Völlig überarbeitete und ergänzte Neuauflage ed.)*. Gütersloh GTVH.
- Paul, E., Mergl, R., & Hegerl, U. (2017). Has information on suicide methods provided via the internet negatively impacted suicide rates? *PLoS One* 12, e0190136.
- Peters, M., & Lindner, R. (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Sötrungebilder und Behandlungsformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petti, T. A., & Chen, A. (2019). Young migrant mental health difficulties and suicidal behaviours: an alternative perspective. *BJPsych Open*, 5, 1-3. doi: 10.1192/bjo.2019.27.
- Phillips, D. P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354.
- Phillips, D. P. (1982). The impact of fictional television stories on U.S. adult fatalities: New evidence on the effect of the mass media on violence. *American Journal of Sociology*, 87(6), 1340-1359. <https://doi.org/10.1086/227596>.
- Pinto, A.D. (2008). Engaging health professionals in advocacy against gun violence. *Medicine conflict, and survival*, 24, 285-295.
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001a). Suicide and the media: Part 1. Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(4), 146-154. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.4.146>.
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001b). Suicide and the media: Part 2. Portrayal in fictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(4), 155-162. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.4.155>.
- Pirkis, J., Beautrais, A., Blood, R. Warwick, Burgess, P., & Skehan, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27, 82-87.
- Pirkis, J., Blood, W., Dare, A., & Holland, K. (2008). The media monitoring project. Changes in reporting of suicide and mental illness in Australia: 2000/01 - 2006/07. Canberra: Department of Health and Ageing.

- Pirkis J., Blood, R. W., Sutherland, G., & Currier, D. (2018). Suicide and the news and information media. A critical review. Canberra: Mindframe.
- Pirkis, J., Burgess, P., Blood, W., & Francis, C. (2007). The newsworthiness of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 278-283. doi:10.1521/suli.2007.37.3.278
- Pirkis, J., Francis, C., Pirkis, J., Francis, C., Warwick Blood, R., Burgess, P., ... & Putnis, P. (2002). Reporting of Suicide in the Australian Media. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(2), 190-197. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.01000.x
- Pitman, A. L., Hunt, I. M., McDonnell, S. J., Appleby, L., & Kapur, N. (2017). Support for Relatives Bereaved by Psychiatric Patient Suicide: National Confidential Inquiry Into Suicide and Homicide Findings. *Psychiat Serv*, 68(4), 337-344. doi:10.1176/appi.ps.201600004.
- Plener, P.L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J.J. (2009). An international comparison of adolescent nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558.
- Plöderl, M., Fartacek, C., Kralovec, K., & Fartacek, R. (2010). Aggressivität, Impulsivität und die Entscheidung zu einer Suizidmethode, *Suizidprophylaxe*, 140(37), 3-7.
- Pompili, M., Venturini, P., Campi, S., Seretti, M.E., Montebovi, F., ... Giardi, P. (2012). Do stroke patients have an increased risk of developing suicidal ideation or dying by suicide? An overview of the current literature, *CNS Neurosci Ther*, 18(9), 711-721.
- Pons Wörterbuch für Schule und Studium: Deutsch - Englisch (1st ed.). (2016). Stuttgart: PONS GmbH.
- Poorolajal, J., & Darvishi, N. (2016). Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 11(7), e0156348.
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)*, 38(3), e282-e291.
- Post, F. (1996). Verbal creativity, depression and alcoholism. An investigation of one hundred American and British writers. *Br J Psychiatry*, 168(5), 545-555. doi:10.1192/bjp.168.5.545.
- Preti, A., & Miotto, P. (1999). Suicide among eminent artists. *Psychol Rep*, 84(1), 291-301. doi:10.2466/pr0.1999.84.1.291.
- Praeger, S. G., & Bernhardt, G. R. (1985). Survivors of suicide: A community in need. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 8(3), 62-72. doi:10.1097/00003727-198511000-00007.
- Proulx, F., Lesage, A. D., & Grunberg, F. (1997). One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry*, 171, 247-250.
- Qin, P., Agerbo, E., Westgaard-Nielsen, N., & Eriksson, T. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177, 546-550. DOI:10.1192/bjp.177.6.546.
- Queinec, R., Beitz, C., Contrand, B., Jougla, E., Leffondré, K., Lagarde, E., & Encrenaz, G. (2011). Copycat effect after celebrity suicides: Results from the French national death register. *Psychol Med*, 41, 668-671. doi:10.1017/S0033291710002011.
- Radbruch, L. Leget, C., & Bahr, P. (2016). Euthanasia and physician assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 30, 104-116.
- Radebold, H. (Hrsg.) (2006). Kindheiten im Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Radeloff, D., Lempp, T., Rauf, A., Bennefeld-Kersten, K., Kettner, M., & Freitag, C. (2016). Suizid und Suizidalität unter adoleszenten Häftlingen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 9-20.
- Randegger, C. (2019). Symbolhandlungen und Rituale für Hinterbliebene nach einem Suizid. AGUS-Schriftenreihe.
- Rauchfuß, K. (2020). Online-Foren, Social Media und Challenges. Pro-suizidale Angebote und Inhalte im Netz. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug)* 1/2020, 12-15.

- Rauchfuß, K. (2016a). AG Medien und Öffentlichkeitsarbeit. Bedeutung der Medien und der Berichterstattung für die Suizidprävention. In Glasow, N.; Hery, D. (Hrsg.): Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Festschrift anlässlich des Ausscheidens des Initiators aus dem Amt des Vorsitzenden.
- Rauchfuß, K. (2016b). Schnelles Vorgehen bei Gefahr-in-Verzug-Situationen im Internet. Praxisorientierter Handlungsleitfaden für Social-Web-Plattformen und Beratungsstellen. Suizidprophylaxe 164, Heft 1, 2016, 33-34.
- Rauchfuß, K., & Knierim, K. (2011). Selbstgefährdung im Web 2.0. Psychotherapie im Dialog. Schwerpunktheft «Internet», 137-142.
- Rauchfuß, K., & Spacek, S. (2009). Verherrlichung von Selbstmord in Internetforen. Recherche und Aktivitäten von jugendschutz.net. Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug) 3/2009, 70-73.
- Razum, O., & Zeeb, H. (2004). Suicide mortality among Turks in Germany. *Nervenarzt*, 75(11), 1092-1098. DOI:10.1007/s00115-003-1649-4.
- Redemeyer, A., & Block, B. (2011). Niedrigschwelligkeit - Was bedeutet das wirklich?: Eine begriffliche Auseinandersetzung für die Soziale Arbeit. *Sozialmagazin*, 36(5), 22-30.
- Reichenbach-Behnisch, J. (2017). Zukunft Bauen: Bauteilkatalog - Niedrigschwellige Instandsetzung brachliegender Industrieareale für die Kreativwirtschaft. Bonn. Abgerufen von https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ZukunftBauenFP/2017/band-12-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Reimer, C., Götze, P., & Dahme, B. (1981). Zur Phänomenologie und Psychodynamik von Patienten mit sogenannten „harten“ und „weichen“ Suizidmethoden. Ein Vergleich. *Psychiatrie clin*, 14, 112 -114.
- Reimer, C., & Trinkaus, S. J. H. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiat Prax*, 32, 381-385.
- Reisch, T. (2011). Armee XXI und die Prävention vor Schusswaffensuiziden. Die Schweiz im glücklichen Blindflug. *Schweizerische Ärztezeitung* 92. Abgerufen von http://www.saez.ch/pdf_d/2011/2011-01/2011-01-1151.PDF
- Reisch, T., Schuster, U., & Michel, K. (2006). Suizidprävention bei Brücken: Grundlagen. Zürich: VSS.
- Reisch, T., Steffen, T., Eggenberger, N., & Donzel, M. (2014). Suizidprävention bei Brücken: Follow-Up. Forschungsbericht zum Forschungsauftrag AGB 2009/014 (Arbeitsgruppe Brückenforschung). Zürich: VSS.
- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R., & BELLA study group. (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 92-98.
- Ringel, E (1953). Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Maudrich, Wien. 5. Auflage, unveränderter Nachdruck: Fachbuchhandlung für Psychologie, Eschborn 1988.
- Roberts, S. E., & Marlow, P. B. (2005). Traumatic work related mortality among seafarers employed in British merchant shipping, 1976-2002. *Occup Environ Med*, 62(3), 172-180. doi:10.1136/oem.2003.012377
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... & Hetrick, S. (2018). What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *E Clinical Medicine*, 28(4-5), 52-91.
- Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). Social media and suicide prevention: a systematic review. In *Early Interv Psychiatry*, 10(2), 103-21.
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malifanto, C., Chiu, A., ... Hales, S. (2018). Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*, 36, 2422-2431. DOI: 10.1200/JCO.2017.77.1097.

- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F.A., ... Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psychology*, 16(12), 1080-1091. DOI: 10.1002/pon.1186.
- Rodin, G., Zimmermann, C., Rydall, A., Jones, J., Shepherd, F.A., Moore, M., ... Gagliese, L. (2007). The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage*, 33, 661-675.
- Rodriguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7:e016659.
- Ruddigkeit, A. (2010). Der umgekehrte Werther-Effekt. Eine quasi-experimentelle Untersuchung von Suizidberichterstattung und deutscher Suizidrate. *Publizistik*, 55, 253-273. doi:10.1007/s11616-010-0092-3.
- Sakashita, T., & Oyama, H. (2019). Developing a Hypothetical Model for Suicide Progression in Older Adults With Universal, Selective, and Indicated Prevention Strategies. *Front Psychiatry*, 10, 161. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00161.
- Schäfer, M. (2014). Persönlichkeitsschutz vor Suizidprävention: Die Spruchpraxis des Deutschen Presserats zu Beschwerden zur Suizidberichterstattung. In Baumann, E., Hastall, M., Rossmann, C. & A. Sowka (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft*, 163-175. Baden-Baden: Nomos.
- Schäfer, M., & Potrafke, S. (2016). Welche Rolle spielt die Suizidprävention? Ein internationaler Vergleich von Pressekodizes im Hinblick auf Richtlinien zur Suizidberichterstattung. In A.-L. Camerini, A.-L., Ludolph, R. & Rothenfluh, F. (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*, 17-28. Baden-Baden: Nomos.
- Schäfer, M., & Quiring, O. (2013a). Gibt es Hinweise auf einen „Enke-Effekt“? – Die Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland. *Publizistik*, 58(2), 141-160.
- Schäfer, M., & Quiring, O. (2013b). Vorbild auch im Tod? - Neue Hinweise auf einen Werther-Effekt nach Prominentensuiziden. *Suizidprophylaxe*, 40 (153), 66-74.
- Schäfer, M., & Quiring, O. (2015). The press coverage of celebrity suicide and the development of suicide frequencies in Germany. *Health Communication*, 30 (11), 1149-1158.
- Schaller, S., & Erlemeier, N. (2014). Epidemiologie. In Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), edited by R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider und U. Sperling, 21-33. Springer, Berlin.,
- Schallhorn, C., & Hempel, A. (2015). Media coverage of Thomas Hitzlsperger's coming-out in German newspapers. *Journalism Studies*, 18(9), 1187-1205. doi:10.1080/1461670X.2015.1112243.
- Scherr, S. (2016). Depression – Medien – Suizid. Zur empirischen Relevanz von Depressionen und Medien für die Suizidalität. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11162-5>.
- Scherr, S., Arendt, F., & Schäfer, M. (2017). Supporting Reporting: On the Positive Effects of Text- and Video-Based Awareness Material on Responsible Journalistic Suicide News Writing. *Arch Suicide Res*, 21(4), 646-658.
- Scherr, S., Haim, M., & Arendt, F. (2019a). Equal access to online information? Google's suicide-prevention disparities may amplify a global digital divide. *New Media & Society*, 21(3), 562-582.
- Scherr, S., Markiewitz, A., & Arendt, F. (2019b). Effectiveness of a workshop intervention on responsible reporting on suicide among Swiss media professionals. *Crisis*, 40, 446-450. Abgerufen von <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000584>
- Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103-122.
- Scheufele, D. A., & Tewksbury, D. (2007). Framing, agenda setting, and priming: The evolution of three media effects models. *Journal of Communication*, 57(1), 9-20.

- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, 161(12), 2295-2302. DOI:10.1176/appi.ajp.161.12.2295
- Schleich, C. (o.J.) Suizide verhindern - ein weltweites Gebot - auch für die Seefahrt? Abgerufen von www.stiftung-seemannsmision.de (30.07.2021).
- Schmidt, B., Herr, R. M., Jarczok, M. N., Baumert, J., Lukaschek, K., Emeny, R. T., . . . Investigators, K. (2018). Lack of supportive leadership behavior predicts suboptimal self-rated health independent of job strain after 10 years of follow-up: findings from the population-based MONICA/KORA study. *Int Arch Occup Environ Health*, 91(5), 623-631. doi:10.1007/s00420-018-1312-9
- Schmidtke, A. (1994). Suicidal behaviour on railways in the FRG. *SocSciMed*, 38(3), 419-426.
- Schmidtke, A., U. Bille-Brahe, D. DeLeo, & A. Kerkhof (2002). Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtke, A., & Häfner, H. (1986). Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle. Die Folgen der Fernsehserie "Tod eines Schülers". *Nervenarzt*, 57(9), 502-510.
- Schmidtke, A., & Häfner, H. (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med*, 18(3), 419-426.
- Schmidtke, A., & Maloney, J. (2015). Was ist und wie entsteht ein Suizidhotspot? *Suizidprophylaxe*, 42, 53 - 61.
- Schmidtke, A., Schaller, S., & Kruse, A. (2003). Ansteckungsphänomene bei den neuen Medien. In Etzersdorfer, E., Fiedler, G., & Witte, M. (Hrsg.), *Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten*, 150-166. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidtke, A., Schaller, S., Takahashi, Y., & Gajewska, A. (2008). Modellverhalten im Internet: Fördert das Internet Doppelsuizide und Suizidcluster? In Herberth, A., Niederkrotenthaler, T. & Till, B. (Hrsg.), *Suizidalität in den Medien. Interdisziplinäre Betrachtungen*, 275-285. Wien: LIT Verlag.
- Schmidtke, A., Sell, R., Löhr, C., Gajewska, A., & Schaller, S. (2009). Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. *Suizidprophylaxe*, 36, 12-20.
- Schneider, B. (2003). *Risikofaktoren für Suizid*. Regensburg: Roderer.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch. Suicide Res*, 13(4), 303-316.
- Schneider, B., Bartusch, B., Schnabel, A., & Fritze, J. (2005). Achse-I-Störungen als Risikofaktoren für Suizid in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. *Psychiatr Prax*, 32(4), 185-194. DOI: 10.1055/s-2004-828388.
- Schneider, B., & Fiedler, G. (2021). Suizid – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In *Prävention und Gesundheitsförderung* edited by M. Tiemann and M. Mohokum, 955-966. Springer, Berlin.
- Schneider, B., Kölves, A., Blettner, M., Wetterling, T., Schnabel, A., & Värnik, A. (2009a). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Res*, 165(3), 263-272.
- Schneider, B., Lukaschek, K., Baumert, J., Meisinger, C. Erazo, N., & Ladwig, K. H. (2014). Living alone, obesity, and smoking increase risk for suicide independently of depressive mood findings from the population-based MONICA/KORA Augsburg cohort study. *J Affect. Disord*, 152-154, 416-421.
- Schneider, B., Müller, M. J., & Philipp, M. (2001a). Mortality in affective disorders. *J Affect Disord*, 65(3), 263-274.
- Schneider, B., Philipp, M., & Müller, M. J. (2001b). Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5-year follow-up. *Eur Psychiatry*, 16(5), 283-288.

- Schneider, B., Schnabel, A., Weber, B., Frolich, J., Maurer, K., & Wetterling, T. (2005). Nicotine use in suicides: a case-control study. *Eur Psychiatry*, 20(2), 129-136.
- Schneider, B., Wetterling, T., Georgi, K., Bartusch, B., Schnabel, A., & Blettner, M. (2009b). Smoking differently modifies suicide risk of affective disorders, substance use disorders, and social factors. *J Affect Disord*, 112(1-3), 165-173.
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K., & Fritze, J. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(1), 17-27.
- Schneider, B., & Wolfersdorf, B. (2018). SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. *Psych up2date*, 12(06), 439-442.
- Schubert-Buick, E. (2019). Lebenslinien – Krisenbewältigung im Alter. In: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), *Woche für das Leben 2019*, 28-30. Abgerufen von <https://www.woche-fuer-das-leben.de/> [8.10.2019].
- Schulze, W. (2009). Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung. Retrieved from <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2009-schulze-wolfram-motivationsfoerderung-zur-inanspruchnahme-von-psychotherapie.html>
- Schulze, W. (2020). Suizidalität und Suizidprävention in Organisationen – Perspektiven in der Betrieblichen Sozialarbeit. *Suizidprophylaxe*, 183, 134-140.
- Schulze, W., & Botek, O. (2017). *Competent handling of psychological illness and stress at the workplace: Occupational Social Work in Germany*. Lage: Jacobs Verlag.
- Schweizer Presserat (2012). *Richtlinien zur Erklärung der Pflichten und Rechte der Journalistinnen und Journalisten*. Interlaken: Schweizer Presserat.
- Seemüller, F., Schennach-Wolff, R., Obermeier, M., Henkel, V., Möller, H. J., & Riedel, M. (2010). Does early improvement in major depression protect against treatment emergent suicidal ideation?. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), Amsterdam: Eksevier, 183-186. DOI: 10.1016/j.jad.2009.10.010.
- SGBV (2019). SGB V (2019): § 20b SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung. Retrieved from <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20b.html>.
- Shahtahmasebi, S. (2016). Do Current Suicide Prevention Policies Neglect Suicide Survivors? *Journal of Socialomics*, 5(4). doi:10.41 72/2167-0358.1000180.
- Shilling, E.A., Asetline, R.H., & James, A. (2016). The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. *Prev Sci*, 17(2), 157-166.
- Shneidman, E. S. (1972). Forward. In *Survivors of suicide*, edited by A. C. Cain. Springfield, IL: CC Thomas, ix-xi
- Shneidman, E. S. (1973). Suicide notes reconsidered. *Psychiatry*, 36(4), 379-394. doi:10.1080/00332747.1973.11023772.
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 123-138.
- Skegg, K., Firth, H., Gray, A., & Cox, B. (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust N Z J Psychiatry*, 44(5), 429-434. doi:10.3109/00048670903487191
- Skerrett, D.M., Kölves, K., & De Leo, D. (2015). Are LGBT Populations at a Higher Risk for Suicidal Behaviors in Australia? Research Findings and Implications. *Journal of Homosexuality*, 62(7), 883-901. doi:10.1080/00918369.2014.1003009.
- Solano, P., Ustulin, M., Pizzorno, E., Vichi, M., Pompili, M., Serafini, G., & Amore, M. (2016). A Google-based approach for monitoring suicide risk. *Psychiatr Res*, 246, 581-586.
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Smith Nielsen, S., Lehnhardt, J., & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. *Eur J Public Health*, 25(1), 2015, 63-71. DOI: 10.1093/eurpub/cku121.
- Spangenberg, L., Forkmann, T., & Glaesmer, H. (2015). Investigating dynamics and predictors of suicidal behaviors using ambulatory assessment. *Neuropsychiatr*, 29(3), 139-143.
- Sperling, U. (2019). *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*. Suizidprophylaxe, 46, 4-14.

- Sperling, U., Thüler, C., Burkhardt, H., & Gladisch, R. (2009). Äußerungen eines Todesverlangens. Suizidalität in einer geriatrischen Population. *Suizidporphylaxe*, 36(1), 29-35.
- Spolentini, I., Gianni, W., Caltagirone, C., Maddaio, R., Rapetto, R., & Spaletta, G. (2021). Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol*, 78, 206-219.
- Stack, S. (1990a). Audience receptiveness, the media, and aged suicide, 1968–1980. *Journal of Aging Studies*, 4(2), 195-209. doi:10.1016/0890-4065(90)90014-Y.
- Stack, S. (1990b). Divorce, suicide, and the mass media: an analysis of differential identification, 1948–1980. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 553–560. <https://doi.org/10.2307/353026>.
- Stack, S. (1996). The effect of the media on suicide. Evidence from Japan, 1955–1985. *Suicide Life Threat Behav*, 26(2), 132-142. doi:10.1111/j.1943-278X.1996.tb00824.x.
- Stack, S. (1997). Suicide among artists. *J Soc Psychol*, 137(1), 129-130. doi:10.1080/00224549709595421
- Stack, S. (2000). Media impacts on suicide. A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81, 957–971.
- Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health*, 57(4), 238-240. doi:10.1136/ip.8.suppl_4.iv30.
- Stack, S. (2005). Suicide in the Media: A Quantitative Review of Studies Based on Nonfictional Stories. *Suicide and Life Threat Behav*, 35(2), 121-133.
- Stallones, L., & Beseler, C. (2002). Pesticide poisoning and depressive symptoms among farm residents. *Ann Epidemiol*, 12(6), 389-394. doi:10.1016/s1047-2797(01)00298-8
- Statistisches Bundesamt (statista) (2015). Todesunfallstatistik Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html
- Statistisches Bundesamt (statista) (2020). Anzahl der Schusswaffen in Deutschland nach Besitzergruppen am 31. Dezember 2016. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/163504/umfrage/anzahl-der-legalen-waffenbesitzer-in-deutschland/>.
- Statistisches Bundesamt (statista) (2019). Todesursachen: Suizide. Abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (30.04.2021).
- Statistisches Bundesamt (statista) (2020a) Anteil von Suiziden an allen Todesursachen in Deutschland nach Altersgruppen in den Jahren 2013 bis 2017. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/456999/umfrage/anteil-von-suiziden-an-alle-todesursachen-in-deutschland-nach-alter/>.
- Statistisches Bundesamt (statista) (2020b). Selbstmordrate in Deutschland nach Altersgruppe in den Jahren 2013 bis 2017. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318224/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-altersgruppe/>
- Steck, N., C. Junker, M. Zwahlen, & C. Swiss National (2018). Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ Open* 8 (4):e020992.
- Stenager, E., & Stenager, E. (2009), Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (S. 293-299). Oxford: Oxford University Press.
- Sticher, B. (2019). Wirkungsvolle Suizidprävention in der Polizei. Hilfestellungen der KollegInnen und Unterstützung durch Führungskräfte (up-down) als sich notwendigerweise ergänzende Maßnahmen der Suizidprävention. *Polizei & Wissenschaft*, 4, 41-52.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (o.J.). Das Bündnis. Abgerufen von <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/ueber-uns/das-buendnis> (13.07.2020).

- Streich, B. (2011). Stadtplanung in der Wissensgesellschaft. Ein Handbuch. VS Verlag Universalraum-Institut (Hrsg.) (2012). Evidenz-basiertes Planungshandbuch EPH Psychiatrie. Reihe EPH, Band 1.
- Strupp, J., Ehemann, C., Galushko, M., Brücken, R., Perrar, K.M., Hamacher, S., ... Golla, H. (2016). Risk Factors for Suicidal Ideation in Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis. *J Palliat Med*, 19, 523-528.
- Supprian, T. (2019). Suizidalität von Demenzkranken. *Suizidprophylaxe*, 46(2), 48-52.
- Sum, S., Mathews, R. M., Hughes, I., & Campbell, A. (2008). Internet Use and Loneliness in Older Adults. *CyberPsychology & Behavior*, 11(2), 208-211. doi:10.1089/cpb.2007.0010.
- Takada, M., & Shima, S. (2010). Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings. *Ind Health*, 48(4), 416-42.
- Tang, N.K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*, 36(5), 575-86.
- Tatum, P. T., Canetto, S. S., & Slater, M. D. (2010). Suicide Coverage in U.S. Newspapers Following the Publication of the Media Guidelines. *Suicide Life Threat Behav*, 40(5), 524-534. doi:10.1521/suli.2010.40.5.524.
- Taubner, S., & Volkert, J. (2016). *Mentalisierungs-basierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)*. Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht.
- Teismann, T., Schwidder, J., & Willutzki, U. (2013). Mediale Berichterstattung über den Suizid von Robert Enke. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21, 113 - 121.
- Tewksbury, D., & Scheufele, D. A. (2009). News framing theory and research. In J. Bryant, & M. B. Oliver (Hrsg.). *Media effects. Advances in theory and research*, 17-33. New York: Routledge.
- Thöni, N., Reisch, T., Hemmer, A., & Bartsch, C. (2018). Suicide by firearm in Switzerland. Who uses the army weapon? Results from the national survey between 2000 and 2010. *Swiss medical weekly*, 23, 148.
- Tiesman, H. M., Konda, S., Hartley, D., Chaumont Menendez, C., Ridenour, M., & Hendricks, S. (2015). Suicide in U.S. Workplaces, 2003-2010: a comparison with non-workplace suicides. *Am J Prev Med*, 48(6), 674-682. doi:10.1016/j.amepre.2014.12.011
- Till, B., Strauss, M., Sonneck, G., & Niederkrotenthaler, T. (2015). Determining the effects of films with suicidal content: A laboratory experiment. *Br J Psychiatry*, 207(1), 72-78. doi:10.1192/bjp.bp.114.152827.
- Torre, D. M., Wang, N. Y., Meoni, L. A., Young, J. H., Klag, M. J., & Ford, D. E. (2005). Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*, 35(2), 146-153. doi:10.1521/suli.35.2.146.62878.
- Ueda, M., Mori, K., Matsubayashi, T., & Sawada, Y. (2017). Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Social Science & Medicine*, 189, 158-166.
- Vachon, M.L.S. (2008). Stress and burnout in palliative medicine. In Walsh, D., Caraceni, A.E., Fainsinger, R. et al. (eds). *Palliative Medicine*. Philadelphia: Elsevier; 75-83.
- Van Houwelingen, C.A., Kerkhof A.J., & Beersma, D.G. (2010). Train suicides in The Netherlands. *J Affect Disord*, 127, 281-286.
- Värnik, A., Kolves, K., Van der Feltz-Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, ... Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: A gender specific analyses of counties participating in the European Alliance against Deepression. *J Epidemiol Comm Health*, 62, 545-551.
- Vogel, R., Wolfersdorf, M., & Wurst, F.-M. (2001). Umgang mit dem Patientensuizid in therapeutischen Teams psychiatrischer Kliniken. *Psychiatrische Praxis*, 28(07), 323-325.
- Vogl, R. (2016). AG "Vergiftungen". Indirekte Suizidprävention durch Zugangsbeschränkungen zu hoch toxischen Arzneimitteln. In *Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*, 135-139.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714-1721. doi:10.1016/S0140-6736(09)61424-0.

- Walsh, C.G., Ribeiro, J.D., & Franklin, J.C. (2018). Predicting suicide attempts in adolescents with longitudinal clinical data and machine learning. *J Child Psychol Psychiatry*, 59(12), 1261-1270.
- Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2017). Predicting Risk of Suicide Attempts Over Time Through Machine Learning. *Clinical Psychological Science*, 5(3), 457-469.
- Wassermann, D., Carli, V., Wassermann, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... Hoven, C.W. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.
- Wassermann, D., Carli, V., Wassermann, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... Hoven, C.W. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.
- Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- Wälinder, J., & Rutz, W. (2001) Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (Suppl2), 21-24.
- Weaver, D. H. (2007). Thoughts on agenda setting, framing, and priming. *Journal of Communication*, 57(1), 142-147.
- Weber, M. (1958). *Politik als Beruf*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Weber, T. (2006). *Handbuch Telefonseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S.H., Hwu, G., Joyce, P. R., ... Yeh, E. K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 29 (1):9-17.
- WHO (World Health Organisation) (1986). *Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_
- WHO (World Health Organization) (2008). *Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals*. Abgerufen von https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.
- WHO (World Health Organization) (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Genf: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2014). *Suicide prevention: A global imperative, 2014 [cited 9/16/2014]*, Genf.
- WHO (World Health Organisation) (2014). *Suizidprävention. Eine globale Herausforderung*. Deutsche Depressionshilfe.
- WHO (World Health Organisation) (2017a). *Preventing suicide. A resource for media professionals. Update 2017*. Genf: WHO. Abgerufen von https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/.
- WHO (World Health Organization) (2017b). *Suicide*. Abgerufen von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- World Health Organization (WHO) (2018). *Mental Health. Suicide data*. Abgerufen von http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.
- WHO (World Health Organisation) (2019). *PREVENTING SUICIDE: A resource for filmmakers and others working on stage and screen*. Abgerufen von <https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>.
- Wicki, M.T. (2016). *Suizidprävention in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich. Bericht zu Händen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich*. Zürich: HfH.
- Wickstrom, G., & Leivonniemi, A. (1985). *Suicides among male Finnish seafarers*. *Acta Psychiatr Scand*, 71(6), 575-580. doi:10.1111/j.1600-0447.1985.tb02551.x
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 11-19.

- Willmund, G.-D., Helms, C., Spaniol, K.-U., Heß, J., Seiffert, A., Zimmermann, P. L., & Wesemann, U. (2016). Suizidalität in Streitkräften – Risikofaktoren für vollendete-Selbsttötungen von Soldaten. *Wehrmedizinische Monatsschrift*, 1.
- Willmund, G.-D., Heß, J., Helms, C., Wertenaue, F., Seiffert, A., Nolte, A., . . . Zimmermann, P. (2019). Suicides between 2010 and 2014 in the German Armed Forces—Comparison of Suicide Registry Data and a German Armed Forces Survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 49(5), 1497-1509.
- Wolfersdorf, M. (1989). Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten. Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf, M. (1995). Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In *Suizidalität – Die biologische Dimension*. Edited by M.K.
- Wolfersdorf, W.P. 1-16. Springer, Berlin.
- Wolfersdorf, M. (2005). Suizidalität. *Nervenarzt*, 79(11), 1319-1334.
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2011). Suizid und Suizidprävention [Suicide and Suicide prevention]. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, M., & Felber, W. (1995). *Psychose und Suizidalität*. Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf, M., & Franke, C. (2006). Suizidalität - Suizid und Suizidprävention. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 74(7), 400-419.
- Wolfersdorf, M., Möller-Leimkühler, A.-M., & Winkler, D. (2010). Themenschwerpunkt: Depression beim Mann. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 4-52.
- Wong, M.M., & Brower, K.J. (2012). The prospective relationship between sleep problems and suicidal behavior in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Psychiatr Res*, 46(7), 953-959.
- Wong, M.M., Brower, K.J., & Zucker, R.A. (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *J Psychiatr Res*, 45(4), 505-511.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R., ... Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: Findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(5), 565-570. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.05.003
- Wurst, F. M., Vogel, R., Grebner, M., Neef, I., Thon, N., Neuner, T., ... Arbeitsgemeinschaft, Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus' (2011). Empfehlung zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Suizidprophylaxe*, 38(4), 166-170.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.
- Zegelin, A., Arndt, M.B., Baer, D., & Müller-Mundt, B. (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Hogrefe, Bern.

