



Suizidalität und Suizidprävention

Prof. Dr. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA
*LVR-Klinik Köln,
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und
Psychotherapie*

LEITUNG NATIONALES SUIZIDPRÄVENTIONSPROGRAMM (NaSP)

Der aktuelle Diskurs...

Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in Deutschland – rechtliche Situation

Es besteht ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase und jeder Lebenslage, nicht *ingeschränkt auf fremddefinierte Situationen, wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen umfasst auch die Freiheit, Dritte für den Suizid in Anspruch zu nehmen.*

„Eine freie Suizidentscheidung setzt hiernach zunächst die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können.“ (Rn241)

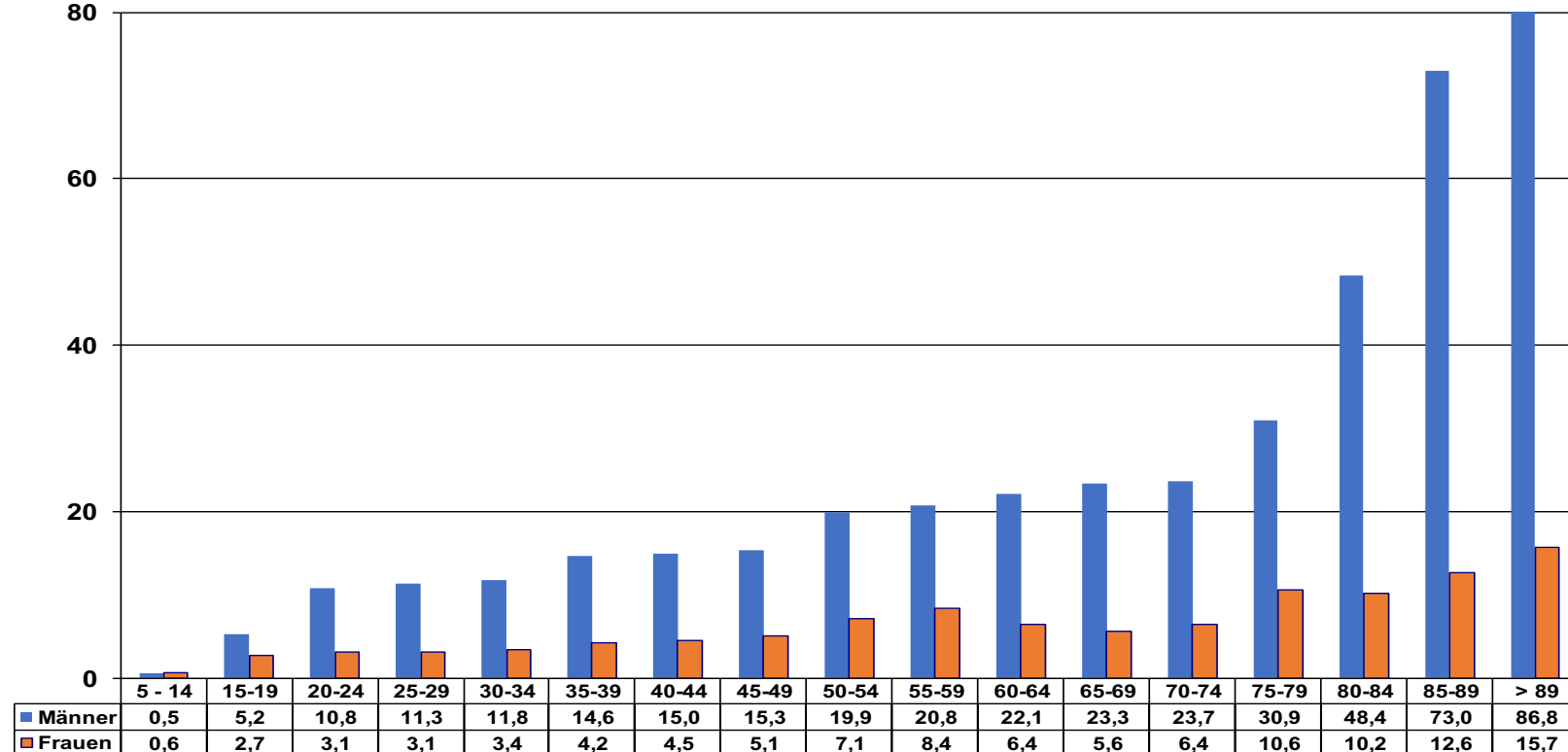
Größe des Suizidproblems

In Deutschland:

- Alle 57 Minuten nimmt sich ein Mensch selbst das Leben.
 - Konservativ geschätzt verliert alle 9 Minuten jemand einen nahe stehenden Menschen durch Suizid.
 - Alle 5 Minuten findet ein Suizidversuch statt.
-
- Im Jahr 2020 verstarben deutlich mehr Menschen durch Suizid (9206) als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen (~ 6950).

Verteilung der Suizidziffern nach Alter und Geschlecht (Deutschland 2020)

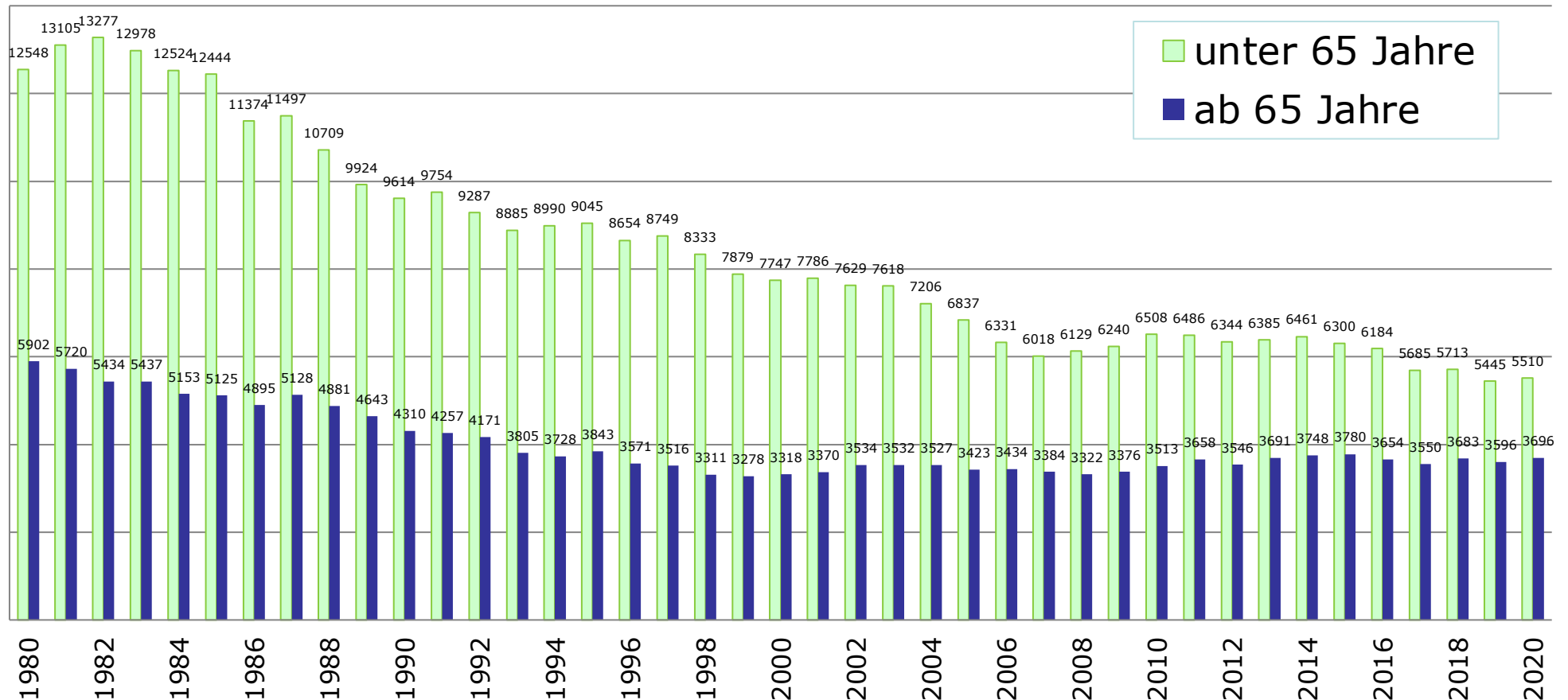
Suizidrate pro
 100000
 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt 2021

Altersgruppe (Jahre)

Zahl der Suizide der ab 65-Jährigen und unter 65-Jährigen



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Definition von Suizidalität

Eine Reihe von Denk- und Verhaltensweisen, die **Suizidgedanken** oder **-absichten**, **Suizidpläne**, **Suizidversuche** und **Suizide** einschließen.

WHO 2014

Unerträgliche Situation

Weiterleben,
aber nicht so

Ambivalenz

Wunsch nach Ruhe,
Pause, Unterbrechung
im Leben

Todeswunsch

Impulsartig, spontan
Mit/ohne Plan

Suizidgedanke

zwanghaft
sich aufdrängend

Suizidabsicht

Suizidhandlung

Mythos:

**Wer über Suizid spricht,
beabsichtigt es zu tun.**



WHO 2014

Mythos:

**Über Suizid sprechen, bringt erst
jemand auf diese Gedanken.**



Mythos:

**Nur Menschen mit psychischen
Störungen sind suizidal.**



Mythos:

**Wer Suizidgefahren äußert, der
möchte auch unbedingt sterben.**



Mythos:

**Wenn jemand einmal
suizidgefährdet wird er/sie
immer suizidgefährdet bleiben.**



WHO 2014

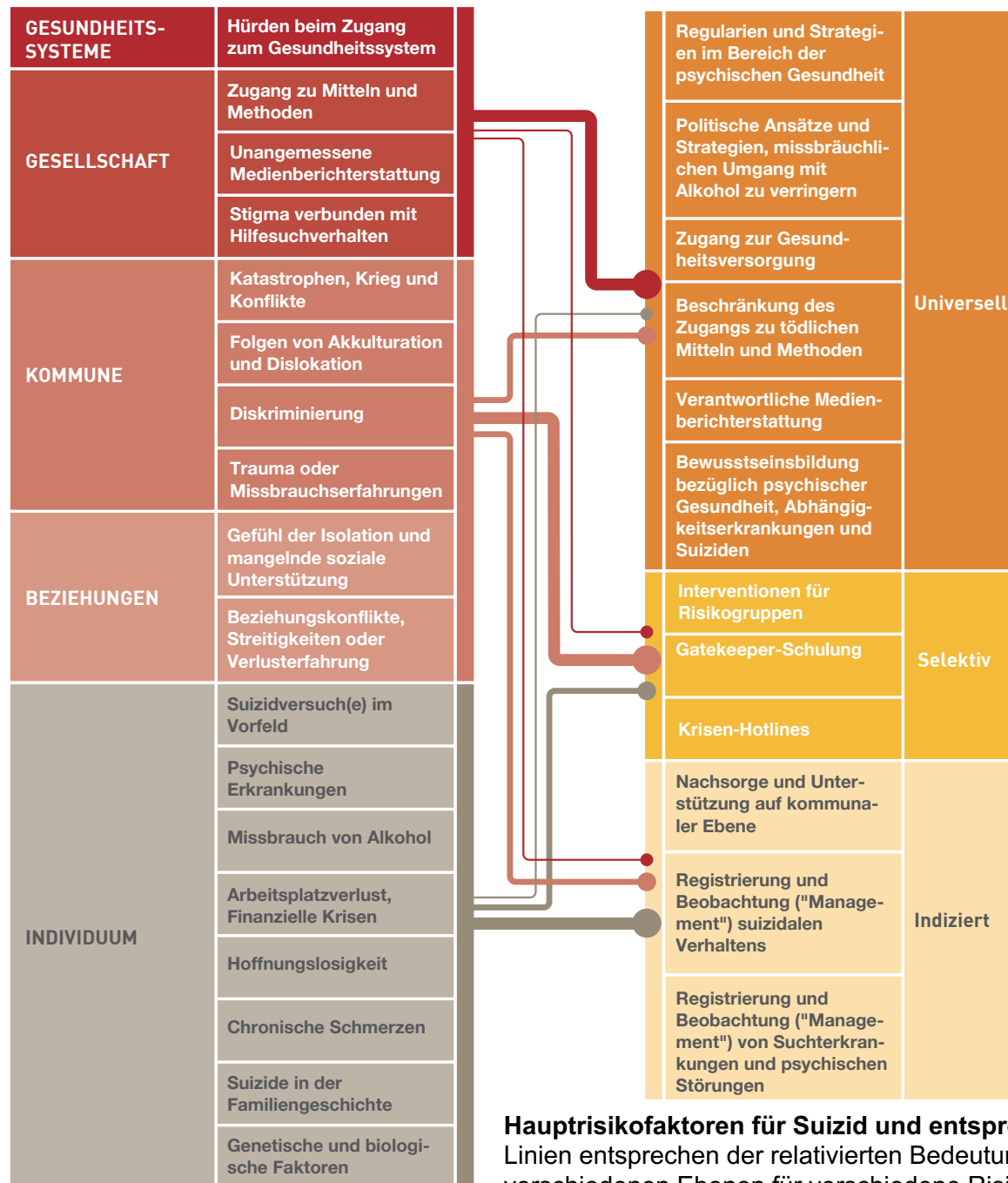
Mythos:

**Die meisten Suizidgeschehen
plötzlich und ohne Warnung.**



- **Suizidalität ist in der Regel nicht beständig**
- **Akute lebensgefährdende Phasen bestehen nur für kurze Zeit.**

**Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches
zu leben oder zu sterben ist ein
grundlegendes Merkmal von Suizidalität.**



Haupttrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen
 Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren (WHO 2014)



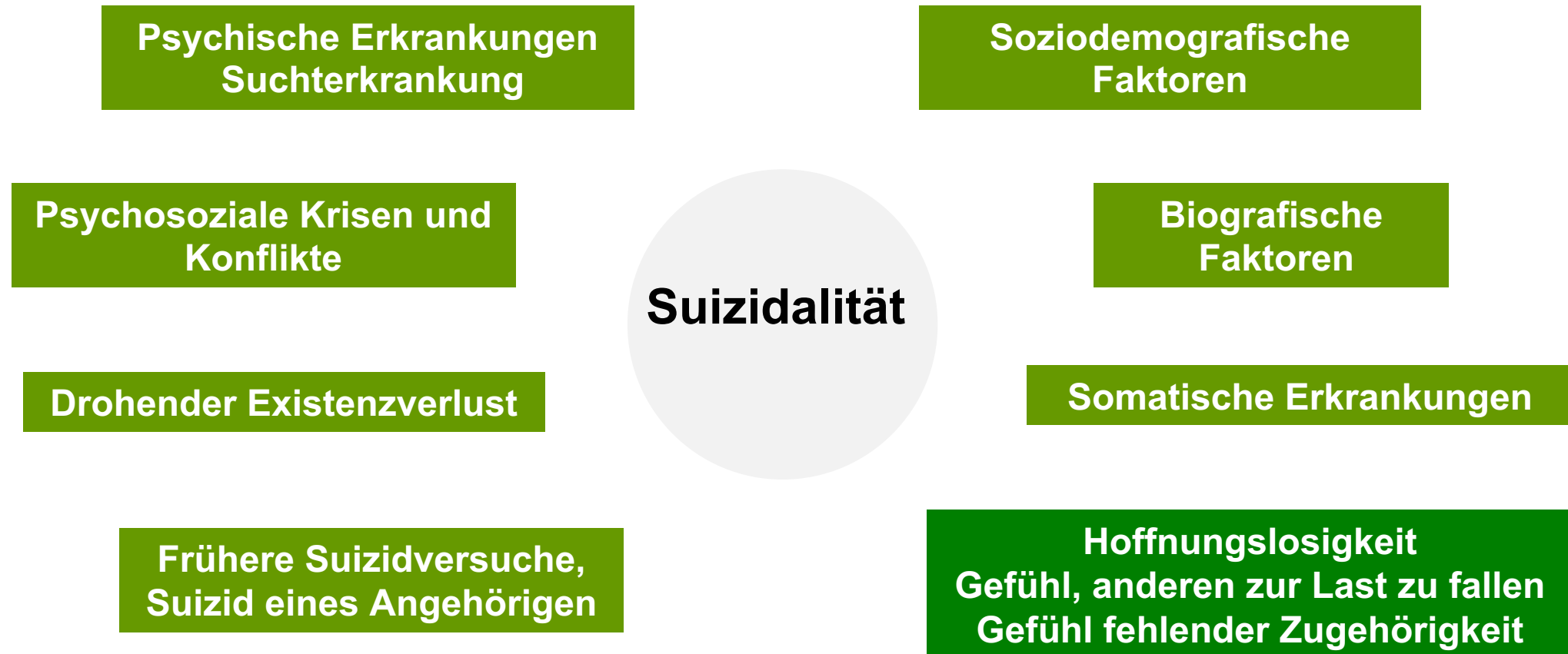
WHO, 2014

Einflussfaktoren für Suizidalität

- Gesundheitssysteme
- Gesellschaft
- Kommune
- Beziehungen
- Individuum

WHO 2014

Individuelle Einflussfaktoren für Suizidalität



Maßnahmen der Suizidprävention

- Universelle Interventionen
- Selektive Interventionen
- Indizierte Interventionen

Suizidprävention(1)

- Suizidprävention **hilft** Menschen, die Unterstützung suchen, sich mit ihren suizidalen Gedanken auseinanderzusetzen und auch Möglichkeiten zu suchen, ihr Leben nicht in einem Suizid enden lassen zu müssen.
- Suizidprävention basiert auf den Erkenntnissen einer multidisziplinären **wissenschaftlichen** Disziplin, der **Suizidologie**.
- Moderne Suizidprävention ist von einer **annehmenden, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, wissenschaftlich fundierten, menschlichen Grundhaltung geprägt**.
- Im Vordergrund steht das **Angebot** – nicht der Zwang – **zur Hilfe**.
- Die **Akzeptanz von Suizidgedanken** der Betroffenen, d. h. sie nicht-wertend ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die **Voraussetzung für stützende Kontakte**.

Suizidprävention(2)

- **Wissen und Kenntnisse** über Suizidalität und Suizid **sind eine notwendige Voraussetzung** der Suizidprävention.
- Das Wissen um die Möglichkeiten der Suizidprävention, nicht nur bei Professionellen, sondern auch **in der Gesellschaft insgesamt, hilft, bei Suizidalität zielgerichtet zu unterstützen** und letztlich auch die Folgen von Suizidversuchen und Suiziden zu mindern.
- Es muss vermittelt werden, dass Suizid **meist nicht ein Akt des freien Willens** mit Kontrolle über die eigene Lebenssituation ist.
- Suizid ist weiterhin mit einer **Vielzahl von negativen Gefühlen** wie Scham und Schuld **assoziiert und** wird weiterhin tabuisiert.

Suizidprävention in Deutschland

- Stationäre und ambulante (Behandlungs-)Angebote
- Spezielle Projekte
- Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen für Angehörige nach Suizid
- Telefonhotlines, Internetberatung, z. B. Telefonseelsorge

ABER: kein flächendeckendes Netz niedrigschwelliger Angebote

NATIONALES SUIZIDPRÄVENTIONSPROGRAMM (NaSPro)

Suizidprävention wird gestärkt durch:

- Verbesserung und Evaluation von **Gatekeeper-Programmen**
- Evaluation von **Suizidpräventionsprogrammen**
- Effektive pharmakologische und psychotherapeutische **Behandlungsmethoden** bei allen psychischen Erkrankungen
- Bessere **Vernetzung**
- Steigerung der **Awareness** in der Öffentlichkeit
- Verbesserung und Umsetzung von Medienrichtlinien
- **Mittelrestriktion**
- Leichter Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten
- **Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiter*innen** im Gesundheitswesen

Stärkung der Suizidprävention

Beispiele aus dem Bereich der Medizin (1)*:

- Niedrigschwellige Erreichbarkeit von Hilfen für Menschen in Krisen/psychischen Erkrankungen:
 - *flächendeckendes Angebot*
 - *mobile, aufsuchende Dienste*
 - Einsatz moderner Kommunikationsmittel
- *Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung, der Qualifizierung des Fachpersonals, der Finanzierung*
- *Zielgruppenspezifische Versorgungsangebote* für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität
- Weitere Förderung der *Palliativmedizin*, der ambulanten palliativen Versorgung und der Hospize
- Entwicklung einer *bürgerschaftlichen Sorgeskultur* (Caring Community)

Suizidprävention
Deutschland
Aktueller Stand und Perspektiven



* siehe Schneider et al. 2021

Stärkung der Suizidprävention

Beispiele aus dem Bereich der Medizin (2)*:

- Bessere *Vernetzung* innerhalb des Gesundheitswesens – ambulant und stationär:
Sicherstellung des *Entlassmanagements* und der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen *Nachsorge* nach stationärer Behandlung
- *Vernetzung* von psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Behandlungsangeboten bei *Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen*
- *Psychotherapeutische* Krisenintervention und langfristige Begleitung – insbesondere aufsuchende psychotherapeutische Behandlung bei älteren und immobilen Personen, auch *aufsuchend*
- Versorgung von *Angehörigen* von Patient*innen mit Z. n. Suizidversuch und solchen nach Suizid (Postvention)
- *Interdisziplinäre Konferenzen*, Mortalitäts- und Suizidkonferenzen
- (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von *Leitlinien*
- *Berufsgruppenübergreifende* Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Suizidalität

Suizidprävention
Deutschland
Aktueller Stand und Perspektiven



* siehe Schneider et al. 2021

Stärkung der Suizidprävention

Beispiele aus dem Bereich der niedrigschwelligen Versorgung

- Vorschlag einer *zentralen Informations- und Anlaufstelle* der Suizidprävention
- *Vernetzung, Koordination und Erleichterung* von Hilfsangeboten
- *Öffentlichkeitsarbeit*
- Suizidprävention von *besonders suizidgefährdeten Gruppen*, z. B. älteren Menschen oder Männern.

Erfolgreiche Suizidprävention braucht (1)*:

- **die Einrichtung einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinationstelle zur Suizidprävention**
 - mit einer bundeseinheitlichen kostenlosen Rufnummer und Webseite
 - für Betroffene, Angehörige, Hinterbliebene, nahestehende Personen und Helferinnen und Helfer
 - mit einem Verzeichnis aller Hilfsangebote in Deutschland
- **Finanzierung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms und regionaler Netzwerke**
- **Finanzierung bestehender und auszubauender qualifizierter suizidpräventiver Angebote mit niedrigschwelligem Zugang**
- **Ausbau bestehender palliativer und hospizlicher Angebote** sowie Trauerbegleitungsangebote
- eine nachhaltige **Unterstützung für Hinterbliebene nach Suizid und Angehörige von suizidalen Personen**

* siehe NaSPro, DGS, DGP, DHPV 2022

Erfolgreiche Suizidprävention braucht (2)*:

- einen kostenlosen rechtlichen **Anspruch auf Beratung** (ohne Diagnose)
- die nachhaltige **Verbreitung von Informationen über die Hilfen in suizidalen Krisen und die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung**, ein Sterben in Würde zu gestalten
- die Förderung der **Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention**
- eine Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention **als Pflichtthema in Aus-, Fort- und Weiterbildung**
- die nachhaltige **Berücksichtigung suizidpräventiver Aspekte über den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens hinaus**, z. B. beim Baurecht

* siehe NaSPro, DGS, DGP, DHPV 2022

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc., MHBA

Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm

Chefärztin Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Str. 23

51109 Köln

Tel. 0049 221 8993-400/-401

Fax 0049 221 8993-486

E-Mail: B.Schneider@lvr.de

<https://www.naspro.de>

Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte

- Irrtum:

Wer Suizidgedanken äußert, der möchte auch unbedingt sterben.

- Die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität.

- Suizidgedanken sind nicht beständig und zeitlich schwankend.

- Einen Suizidwunsch nicht-wertend ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

Agenda

- **Grundlagen**
- **Einflussfaktoren**
- **Welche Maßnahmen sind bisher noch unzureichend umgesetzt?**
Welche Empfehlungen ergeben sich daraus?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc., MHBA

Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm

Chefärztin Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Str. 23

51109 Köln

Tel. 0049 221 8993-400/-401

Fax 0049 221 8993-486

E-Mail: B.Schneider@lvr.de

Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz.

Online-Dokument: <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>

