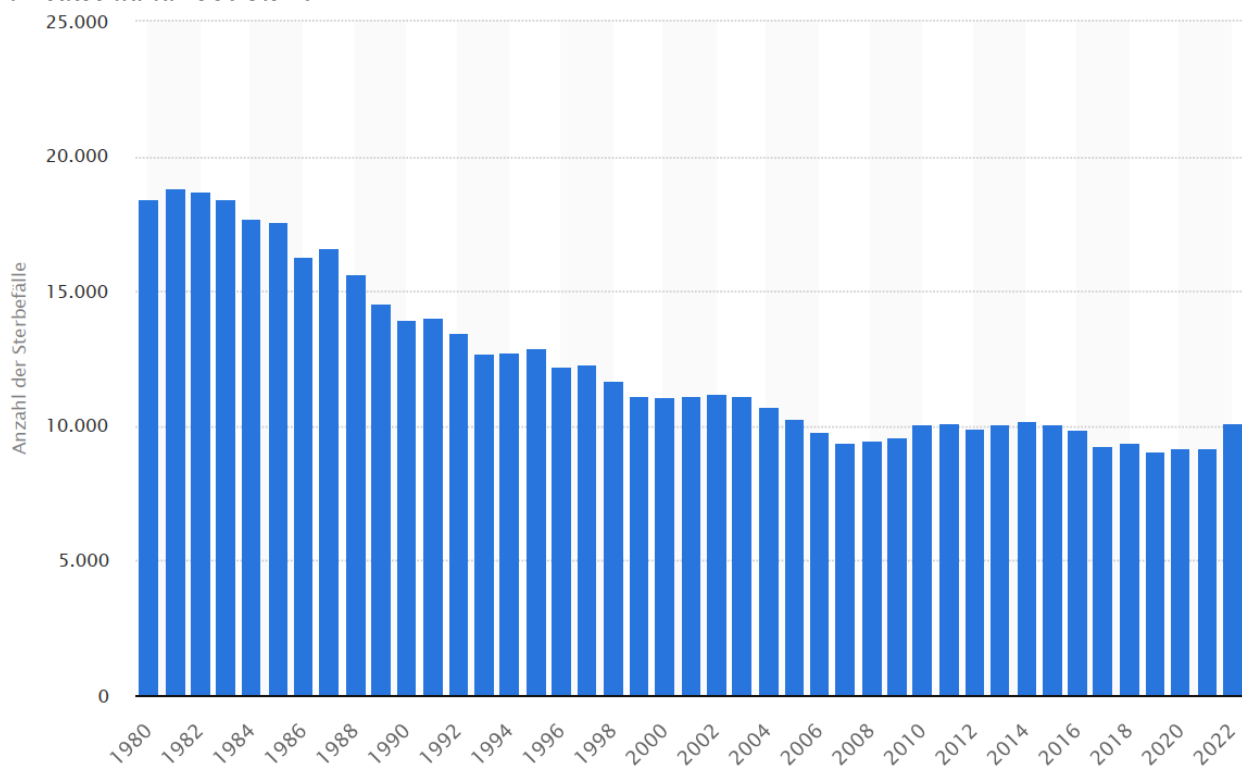


Umsetzungsstrategie zur Suizidprävention in Deutschland

I. Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Suizidzahl, wie sie vom Statistischen Bundesamt jährlich veröffentlicht wird, bewegt sich seit circa 2004 mit nur leichten Schwankungen um 10.000 Suizide pro Jahr¹ und damit auf hohem Niveau. Zuletzt stieg sie überraschend stark von 9.215 Suizide (2021) auf 10.119 Suizide (2022) an, ohne dass die Ursachen bislang klar sind. Über einen etwas längeren Zeitraum betrachtet wird deutlich, dass die Zahl der Suizide erheblichen Veränderungen unterliegt. Im Jahr 1981 gab es noch 18.825 Selbsttötungen (Ost- und Westdeutschland zusammen; Abbildung 1).²

Abbildung 1: Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland 1980 bis 2022³



Die Gründe für die erfreuliche Halbierung der Suizidsterblichkeit seit 1981 sind nicht abschließend geklärt und angesichts der multifaktoriellen Einflüsse auf Suizidhandlungen vermutlich nicht auf einen einzigen Faktor zurückzuführen. Wissenschaftlich muss davor gewarnt werden, zeitlich parallele Entwicklungen im genannten Zeitraum unhinterfragt als Ursachen anzunehmen, da eine zeitliche Korrelation keinesfalls mit einer kausalen Korrelation gleichzusetzen ist. Mögliche Einflussfaktoren auf den Rückgang der Suizide könnten sein: bessere Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, Wohlstandsanstieg, demographisch bedingter Rückgang der Kriegsgeneration – die während des Zweiten Weltkriegs traumatisiert wurde und früh Gewalterfahrungen machte – und zuletzt Rückgang der Arbeitslosigkeit.

¹ <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23211-0002&sachmerkmal=TODUR1&sachschluessel=TODESURS78&startjahr=1980#abreadcrumb>

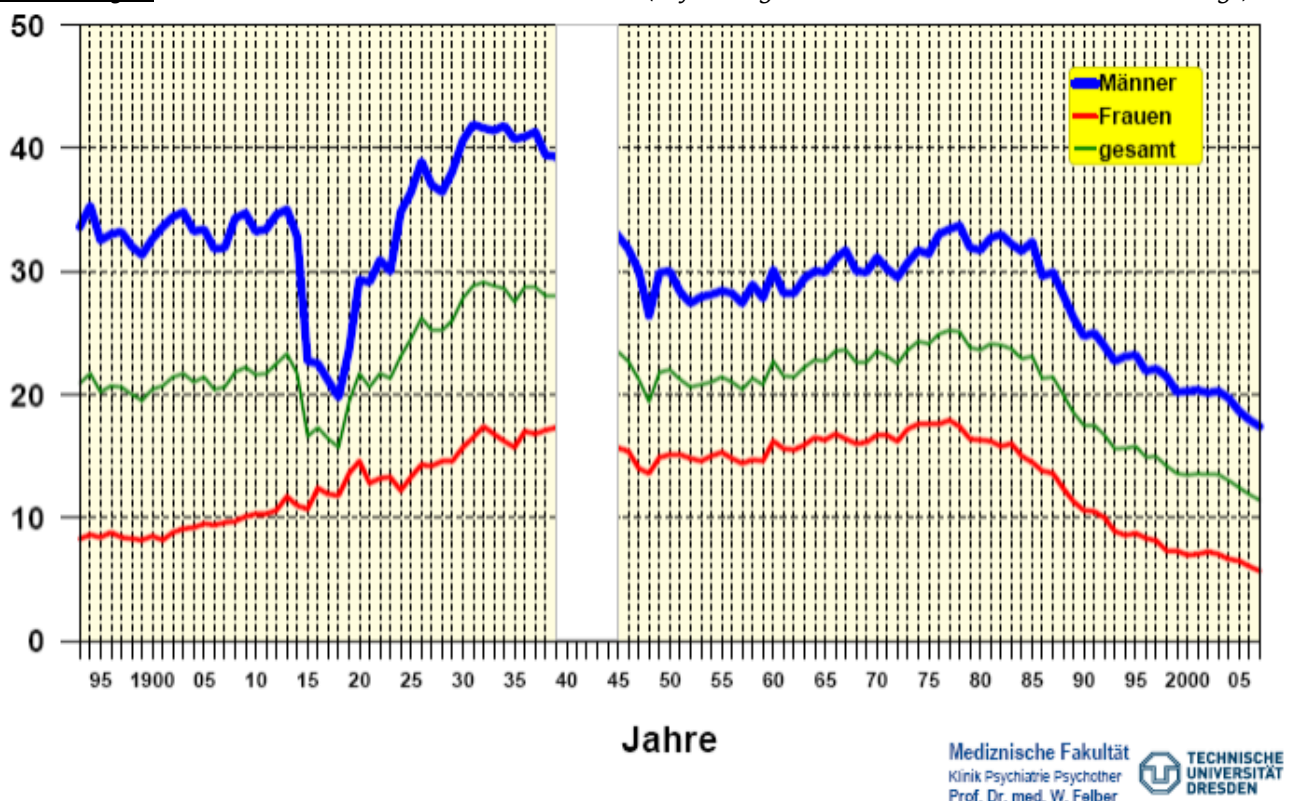
² <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23211-0002&sachmerkmal=TODUR1&sachschluessel=TODESURS78&startjahr=1980#abreadcrumb>

³ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschaedigung/>

Nachweislich keinen Einfluss auf die Suizidrate hat die seit Mitte der 1990er-Jahre stark gestiegene Verordnung von Antidepressiva⁴, da die großen systematischen Metaanalysen mit bis zu 87.500 Studienpatienten einheitlich zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die in randomisierten und doppelblinden Medikamentenstudien ein Antidepressivum erhalten, mindestens so viele Suizidversuche und Suizide begehen, wie die Studienteilnehmer, die Placebo zugelost wurden⁵.

Bei der Betrachtung größerer Zeiträume sollte nicht die absolute Zahl von Suiziden, sondern die Suizidrate (Suizide pro 100.000 Einwohner und Jahr) betrachtet werden, um der sich ändernden Bevölkerungszahl Rechnung zu tragen. Die aktuelle Suizidrate liegt bei etwa 12, während sie 1980 noch bei circa 24 lag. Die Abbildung 2 zeigt, dass die Suizidrate im Zeitraum seit 1893 erheblichen Schwankungen unterlegen war.

Abbildung 2: Suizidrate in Deutschland 1893 bis 2007 (Erfassungslücke während des Zweiten Weltkriegs)⁶



Die starken Schwankungen der Suizidrate verdeutlichen, dass das Suizidgeschehen multiplen Einflüssen unterliegt. Damit ist sie Präventionsmaßnahmen potentiell gut zugänglich. Der Vergleich mit anderen unnatürlichen Todesarten macht deutlich, dass die Suizidzahl trotz des Rückgangs bis 2007 zu hoch ist. Während 2022 10.119 Menschen durch Selbsttötung starben, verloren 2.788 Menschen ihr Leben im Verkehr⁷ und 211 Personen durch Mord⁸. Suizidprävention ist also sowohl möglich als auch geboten.

⁴ Ludwig, Mühlbauer, Seifert (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2023

⁵ Lorenzen T, Bschor T (2021) Medikamentöse Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens. In: Teismann T, Forkmann T, Glaesmer H (Hrsg.) Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch. Psychiatrie Verlag, Köln, S. 174-87

⁶ © Prof. Dr. Werner Felber, Universitätsklinikum Dresden

⁷ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/185/umfrage/todesfaelle-im-strassenverkehr/>

⁸ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1100598/umfrage/polizeilich-erfasste-faelle-von-mord-in-deutschland/>

II. Ziel

Primäres Ziel ist, mit den verfügbaren – grundsätzlich begrenzten – Ressourcen eine möglichst große Reduktion der Zahl der Suizide zu erreichen.

III. Grundsätzliche Vorgehensweise

Um gemäß dem skizzierten Ziel den größtmöglichen Präventionseffekt zu erreichen ist es erforderlich, (1) vorrangig **Hochrisikogruppen** zu adressieren und (2) **evidenzbasierte Maßnahmen**, deren suizidpräventive Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, in den Vordergrund zu stellen (Abbildung 3). Eine europäische Taskforce zur Suizidprävention empfahl, dass jeder Staat eine evidenzbasierte Suizidpräventionsstrategie verabschieden solle.⁹ (3) Darüber hinaus gibt es **weitere sinnvolle Maßnahmen**, für die nicht in gleicher Weise wissenschaftliche Evidenz vorliegt.

Abbildung 3: Grundsätzliche Vorgehensweise zur Erzielung eines größtmöglichen Präventionseffekts



IV. Umsetzung

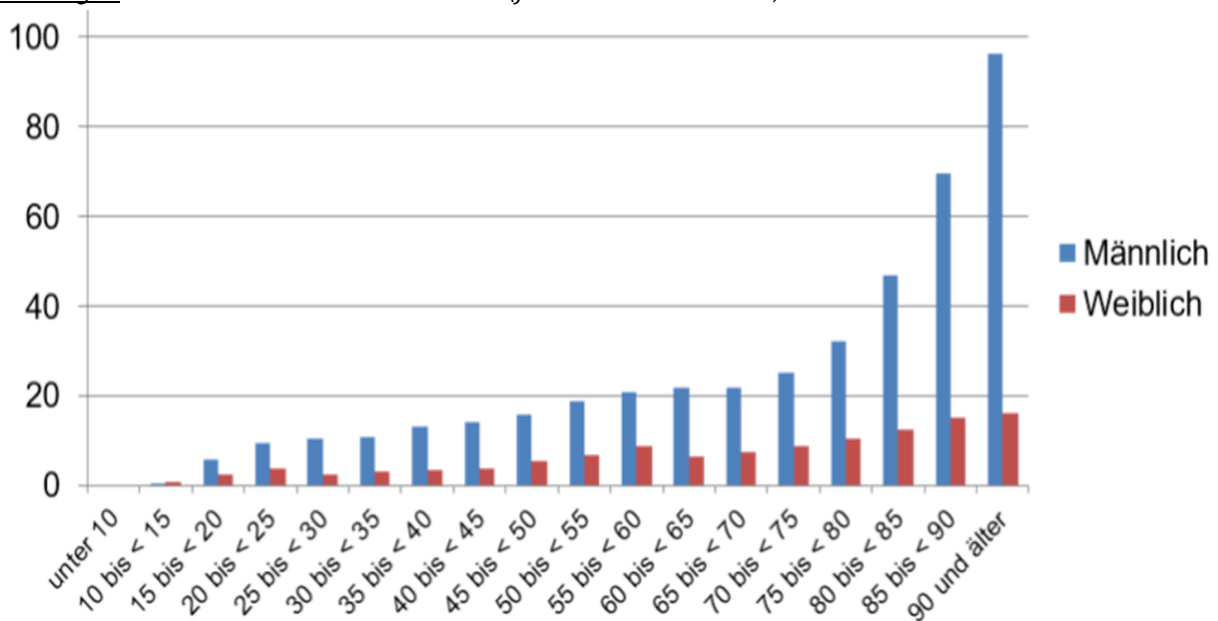
Die empfehlenswerte Vorgehensweise ergibt sich aus der Konzentration auf die Hochrisikogruppen (1) und die evidenzbasierten Maßnahmen (2). Daneben sind weitere Ansatzpunkte empfehlenswert (3).

IV. (1) Konzentration auf Hochrisikogruppen

- a) Dreiviertel aller Suizide werden von Männern begangen.
- b) Die Suizidrate steigt mit dem Alter an und erreicht insbesondere bei betagten und hochbetagten Männern ein dramatisches Ausmaß (zum Vergleich: Suizidrate Gesamtbevölkerung: circa 12, über 90-jährige Männer: fast 100) (Abbildung 4).

⁹ Zalsman G et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Europ Neuropsychopharmacol* 2017;27:418-21. [dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012)

Abbildung 4: Suizidrate in Deutschland 2021 (je 100.000 Einwohner) nach Alter und Geschlecht¹⁰



- c) Unter den Suizidopfer finden sich (je nach Untersuchung) zu 50 bis 90 % Menschen mit psychischer Erkrankung, ob diagnostiziert oder nicht-diagnostiziert. Am häufigsten litten die Suizidopfer unter Depressionen, psychotischen oder Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen.¹¹
- d) Der bedeutendste Risikofaktor für eine erneute suizidale Handlung sind Suizidversuche in der Vorgeschichte. Menschen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, sind also eine Hochrisikogruppe.¹²

Aus dieser Analyse ergeben sich die folgenden Hochrisikogruppen-bezogenen Maßnahmen:

ad a) und b)

Awareness-, Aufklärung- und Entstigmatisierungskampagnen müssen **insbesondere Männer und alte Menschen adressieren**. Alte Menschen sind unter anderem zu erreichen über Arztpraxen – insbesondere Hausarztpraxen – und Krankenhäuser einschließlich geriatrischer Einrichtungen, Pflegeheimen oder Seniorentreffs, palliativmedizinische Angebote und Hospize, sowie über das klassische Fernsehen und klassische Zeitungen und Zeitschriften. Um (alte) Männer zu erreichen, sollten Kampagnen in urologischen Praxen in Betracht gezogen werden, daneben in vorwiegend von Männern genutzten Freizeit- und Sportangeboten.

ad c)

Die **Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung** der Bevölkerung hat auch einen suizidpräventiven Effekt. Die Bundesregierung plant hier bereits verschiedene Maßnahmen, die in guter Abstimmung mit den psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachverbänden erfolgen sollten. Hierbei sollte insbesondere die Verbesserung der Versorgung suizidgefährdeter psychisch kranker Menschen in den Blick genommen werden.

¹⁰ Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, nach: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, <https://www.gbe-bund.de> & <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de>

¹¹ Cavanagh JTO et al. Psychological autopsy studies of suicide. A systematic review. Psychol Med 2003;33:395-405. doi.org/10.1017/S0033291702006943

¹² Hallensleben N, Rath D. Epidemiologie, Risiko- und Protektivfaktoren suizidalen Erlebens und Verhaltens. In: Teismann T, Forkmann T, Glaesmer H (Hrsg.) Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch. Psychiatrie Verlag, Köln 2021, S. 26-45

ad d)

Menschen kommen **nach einem Suizidversuch** häufig in Kontakt mit dem medizinischen System, zum Beispiel zur Behandlung von Medikamentenvergiftungen, selbst zugefügten Schnittverletzungen oder anderen erlittenen Körperschäden. Hier besteht eine gute Möglichkeit diese zu einer Hochrisikogruppe gehörenden Personen in eine **längerfristige suizidpräventive Betreuung zu überführen**¹³. Dies geschieht bislang in Deutschland nicht systematisch. Insbesondere in Krankenhäusern ohne psychiatrische Abteilung beschränkt sich die medizinische Hilfe zu häufig auf die Versorgung der körperlichen Schäden. Konzepte für das systematische Angebot an und die Vermittlung in psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlung oder Betreuung sollten entwickelt, flächendeckend eingeführt und regelmäßig evaluiert werden.

IV. (2) *Evidenzbasierte Maßnahmen*

Suizidpräventive Maßnahmen wurden vielfach wissenschaftlich bezüglich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Auf diese wissenschaftliche Erkenntnis sollte aufgesetzt werden.

In einer systematischen 10-Jahre-Übersichtsarbeit werteten die Autoren 1.797 Publikationen aus.¹⁴ Der am besten belegte Effekt ergab sich für Methodenrestriktionen (s. auch¹⁵. Hiermit sind alle Maßnahmen gemeint, die den Zugang zu Mitteln oder Orten für einen Suizidversuch begrenzen. Für Awareness-Programme in Schulen konnte zumindest eine Reduktion von Suizidversuchen und Suizidgedanken gezeigt werden. Die Verordnung der psychiatrischen Medikamente Lithium und Clozapin zeigte einen antisuizidalen Effekt, wie auch schon zuvor in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen (nicht aber die Verordnung von Antidepressiva). Für eine konsequente Depressionsbehandlung ließ sich ein suizidpräventiver Effekt zeigen (siehe jeweils¹⁴).

Programme zur Suizidprävention in Deutschland sollten daher gezielt auf **Methodenrestriktionen** setzen. Der eindeutig belegte Effekt mag bei initialer Betrachtung verwundern. Die Annahme, dass eine zur Selbsttötung entschiedene Person in jedem Falle einen Weg zur Umsetzung des Suizids finden wird, trifft aber nur auf eine geringe Zahl der Suizidhandlungen zu. Viel häufiger sind suizidale Handlungen von starker Ambivalenz und Momententscheidungen geprägt, bei denen die gegenwärtige Verfügbarkeit oder Nicht-Verfügbarkeit einer Suizidgelegenheit entscheidend sein kann. So konnte in Ländern mit einer hohen Verfügbarkeit von Schusswaffen ein suizidpräventiver Effekt durch die Einschränkung des Zugangs gezeigt werden. Für Deutschland relevanter sind Studienergebnisse, die suizidpräventive Effekte durch die Verkleinerung von Packungsgrößen von Schmerzmitteln oder die Verfügbarkeit von Pestiziden zeigten. Wird der Zugang zu bestimmten, häufig für einen Suizid genutzten Orten (etwa ein Hochhaus, eine Brücke oder ein Bahnübergang) begrenzt, führte dies in den meisten

¹³ Lewitzka U, Reif A. Suizid und Suizidprävention. In: Voderholzer U (Hrsg.) Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 19. Auflage. Urban & Fischer, München 2024, S. 677-92

¹⁴ Zalsman G et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry 2016;3:646-59. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

¹⁵ Teisman T, Glasow N. Means Restriction: Suizidprävention durch Zugangsbeschränkungen. In: Teismann T, Forkmann T, Glaesmer H (Hrsg.) Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch. Psychiatrie Verlag, Köln 2021, S. 212-33

Studien zu einem Rückgang der Suizide, ohne dass dieser durch Ausweichen auf andere Orte ausgeglichen wurde. Die Suizidforschung zeigt, dass sich häufig sogenannte Hotspots bilden, die wiederkehrend für Suizide genutzt werden.

Derartige methodenbegrenzende Maßnahmen erzielen dann einen relevanten Effekt, wenn die Methode oder der Hotspot bei den Suiziden in Deutschland eine relevante Rolle spielt. Um derartige Methoden und Hotspots, die typischerweise einem Wandel mit der Zeit unterworfen sind, frühzeitig zu identifizieren sollte ein detailliertes, **deutschlandweites Suizidregister mit pseudonymisierten Daten** über alle Suizide etabliert, die gesetzlichen Grundlagen hierfür geschaffen und das Register regelmäßig wissenschaftlich ausgewertet werden. Hieraus sind dann geeignete methodenbegrenzende Maßnahmen abzuleiten. Auch sollte das Register geeignet sein, neue Risikogruppen möglichst rasch zu erkennen.

IV (3). Weitere sinnvolle Maßnahmen

Verschiedene weitere Maßnahmen sind im Rahmen eines wissenschaftlichen Konzepts zur Suizidprävention anzuraten, auch wenn hierfür kein klarer evidenzbasierter Wirksamkeitsnachweis vorliegt: Für die Umsetzung und Koordination empfiehlt sich der Aufbau einer **nationalen Kompetenz- und Koordinierungsstelle**. Diese sollte die genannten Maßnahmen koordinieren und vorantreiben und sich hierbei eng mit den unterschiedlichen Akteuren im Bereich Suizidprävention und Gesundheitsversorgung beraten und abstimmen. Die Etablierung einer derartigen Stelle wird auch von der oben genannten Taskforce empfohlen.⁹

Die Bundesländer Bayern und Berlin haben einen **durchgehend (24/7) erreichbaren Krisendienst** für Menschen in seelischer Not, der eine fachkompetente telefonische Sofortberatung und, zumindest in eingeschränktem Maße, notfalls auch einen Vor-Ort-Besuch ermöglicht. Ein derartiges Angebot sollte deutschlandweit verfügbar und unter einer **bundesweit einheitlichen Notrufnummer**, zum Beispiel **113**, sowie online erreichbar sein.

Eine aktuell gehaltene bundesweite **Webseite** sollte entstigmatisierend über das Thema Suizid und über Hilfen in suizidalen Krisen informieren.

Wie auch die Taskforce empfiehlt, sollten alle suizidpräventiven Maßnahmen **kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert** werden.

Um die Suizidprävention abzusichern und da es sich um ressortübergreifende Aufgaben handelt, empfiehlt es sich, die Rahmenbedingungen in einem **Suizidpräventionsgesetz** zu regeln.