



Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.
Geschäftsstelle
Ziegelhofstr. 112
79110 Freiburg i.B.
Tel.: 0351/4583671
Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de



Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
Geschäftsstelle
Aachener Str. 5
10713 Berlin
Tel.: 030/82007580
Mail: info@dhpv.de

Dem Leben wieder eine Chance geben

FORDERUNGEN

**der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention
und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands**

**für eine gesetzliche Verankerung
der Suizidprävention**

30.03.2022

Inhalt

Einführung.....	3
Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention.....	4
1. Aufklärung über Suizid und seine weitreichenden Folgen.....	4
2. Beratung und interventionelle Hilfe	5
2.1 Bundeseinheitliche Telefonnummer (Hotline) für Menschen in suizidalen Krisen	5
2.2 Ausbau und Erhalt von niedrigschwelligen und aufsuchenden Beratungs- und Therapieangeboten.....	6
2.3 Förderung und Schaffung von regionalen und kommunalen Beratungs- und Hilfsangeboten durch Peer-Group-Projekte	9
2.4 Förderung des Ausbaus von Kriseninterventions- und Wohnprojekten für Jugendliche	10
2.5 Stärkung der Schulsozialarbeit und der schulpsychologischen Beratung auch zur Suizidprävention	11
3. Suizidprävention als Gesundheitsfürsorge.....	13
3.1 Hospizarbeit und Palliativversorgung	13
3.2 Trauerbegleitung.....	14
3.3 Strategien und altersspezifische Konzepte gegen Einsamkeit	16
4. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige der medizinischen, pflegerischen und sozialen Berufsgruppen.....	17
5. Methodenrestriktion	18

Einführung

Der im Jahr 2015 mit großer Mehrheit im Deutschen Bundestag beschlossene § 217 StGB wurde durch das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 26.02.2020 aufgehoben. Die durch diese Entscheidung ausgelöste Diskussion ist aktuell geprägt durch eine Vielzahl verschiedener Argumente, die insbesondere juristische, ethische und gesellschaftliche Aspekte zum Ausdruck bringen. Bei aller Breite in der Diskussion geht es in den bislang vorgelegten Gesetzesvorschlägen im Kern um eine rechtssichere Regelung der Beihilfe zum Suizid. In diesem Zusammenhang sollen prozedurale Sicherungsmechanismen (z.B. Aufklärungs- und Wartepflichten) und Erlaubnisvorbehalte die Durchführung von Suizidhilfeangeboten sichern. Der Gesetzgeber soll zugleich einen missbräuchlichen Umgang verhindern, wie das Bundesverfassungsgericht in seiner Urteilsbegründung ausgeführt hat. Der Gesetzgeber kann besonders gefahrenträchtige Formen der Beihilfe zum Suizid verbieten, ohne dass in der Urteilsbegründung näher beschrieben wurde, was das ist. So gut begründet Sicherungsmechanismen auch sein mögen, sie sind keine ausreichende Antwort auf die vielfältigen Fragen, die sich stellen, wenn Menschen ihr Leben vorzeitig beenden möchten. Die zum Ende der letzten Legislaturperiode und aktuell vorgestellten Gesetzentwürfe zur Regelung einer Beihilfe zum Suizid beinhalten zwar suizidpräventive Aspekte, werden aber einer notwendigen umfassend angelegten gesetzlichen Suizidprävention nicht gerecht.

Gerade so ein Gesetz wird dringend benötigt, das bundesweit – unabhängig von den o.g. möglichen gesetzlichen Folgeregelungen des aufgehobenen § 217 StGB – die Grundlagen und Rahmenbedingungen für Angebote der Suizidprävention schafft. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband sehen die Notwendigkeit, dass die Debatte um ein solches Gesetz zeitnah im Bundestag geführt wird und ein Suizidpräventionsgesetz noch vor einer gesetzlichen Regelung zur Beihilfe zum Suizid verabschiedet wird. Vorbild können hier insbesondere die Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2015 sein, bei denen es vor der Beschlussfassung zur damaligen Neufassung des § 217 StGB um den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes ging.

In Deutschland gibt es an verschiedenen Orten unterschiedliche Angebote zur Suizidprävention. Diese Angebote sind nur selten durch eine gesetzliche Regelung bezüglich der Finanzierung gesichert. In der Regel werden die Angebote im Rahmen von Projektförderungen zeitlich begrenzt und häufig durch Spenden (teil)finanziert. Damit sind die bisherigen Hilfen für Menschen, die Suizidgedanken haben, in keiner Weise gesichert und nicht als verlässliches, wohnortnahes und ggf. auch aufsuchendes Hilfsangebot zu sehen. Daher sind einheitliche Finanzierungsregelungen, die bestehende Angebote sichern und ihnen Erweiterungen ermöglichen, von besonderer Bedeutung.

Die in diesem Eckpunktepapier dargestellten Themenbereiche und Handlungsbedarfe, Maßnahmenvorschläge und gesetzlichen Anknüpfungspunkte sind nicht in einem abschließenden und Vollständigkeit beanspruchenden Sinne zu verstehen. Vielmehr sollen sie konkrete Punkte für die Erarbeitung von Regelungen zur Verankerung und Förderung der Suizidprävention in Deutschland geben.

Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention

1. Aufklärung über Suizid und seine weitreichenden Folgen

Handlungsbedarf:

- Verstärkte, kontinuierliche und institutionalisierte Aufklärung über:
 - vollendete und versuchte Suizide,
 - ihre Ursachen und Folgen für die Gesellschaft, das Umfeld der Suizident:innen und für die Betroffenen selbst sowie
 - über bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote
- Förderung von Kampagnen und Projekten (z.B. Kulturförderung, Projektförderung für einzelne Initiativen)

Warum?

Die öffentliche Debatte zu Suizid und Suizidassistenz zeigt, dass die Selbsttötung heute kein Tabu mehr ist. In der öffentlichen Wahrnehmung wird Suizid jedoch oft in erster Linie als Freiheitsrecht wahrgenommen. Begrifflichkeiten wie „Freitod“ sind euphemistisch und lassen in Vergessenheit geraten, dass versuchten oder vollendeten Suiziden häufig Krisen mit einer Verengung des Denkens einhergehen.

Die Umstände, in denen Suizidgedanken entstehen, sind in der öffentlichen Diskussion weitgehend unbekannt, werden vereinfachend monokausal dargestellt und/oder spielen nur eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Das liegt auch daran, dass Einsamkeit und/oder Erkrankungen (wie z.B. Depressionen, Schizophrenie, Suchterkrankungen), die immer wieder Menschen dazu bringen, sich selbst zu töten, zu Stigmatisierungen der Betroffenen führen. Deswegen werden die Erkrankungen oder die soziale Vereinsamung, aber auch der Suizid als mögliche Konsequenz in der öffentlichen Diskussion nur unzureichend thematisiert.

Wenig bekannt sind zudem die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Gleiches gilt für die gravierenden Folgen bis hin zu Traumata, die ein versuchter oder vollendeter Suizid bei den hinterbliebenen Angehörigen und Freund:innen nach sich ziehen kann.

Insoweit sind Informationen und Aufklärung dringend erforderlich. Die Förderung von (Aufklärungs-)Kampagnen und Projekten soll dazu beitragen, Suizid, psychische Erkrankungen und soziale Vereinsamung zu entstigmatisieren, um Betroffenen und ihrem Umfeld mehr Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen und alarmierende Vorzeichen eines (geplanten) Suizids zu erkennen, darauf reagieren und Hilfsangebote wahrnehmen zu können.

Umsetzungsvorschlag:

Für dieses Unterfangen kommt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine zentrale Rolle zu. Hier sollte in Abteilung 1 ein eigenständiges, personell angemessen ausgestattetes Referat geschaffen werden, das sich Fragen der Suizidprävention widmet. Neben weiteren staatlichen Angeboten sollte eine gezielte und langfristige Förderung erfolgen, insbesondere auch von freien Trägern wie den großen Wohlfahrtsverbänden und anderen nichtstaatlichen Organisationen, die in diesen Bereichen im Allgemeinen und/oder auch für spezielle Interessengruppen und Minderheiten im Bereich der Suizidprävention tätig sind. Die Förderung spezieller Institutionen und Projekte ist wichtig, damit besonders gefährdete Gruppen erreicht werden können, beispielsweise Jugendliche in krisenhaften Lebenssituationen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder auch Menschen mit Demenz.

Als Beispiel für eine gelungene Initiative kann das stark auf Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung setzende Suizidpräventionsprogramm des Kantons Zürich genannt werden: <https://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/themen/suizidpraevention>.

2. Beratung und interventionelle Hilfe

2.1 Bundeseinheitliche Telefonnummer (Hotline) für Menschen in suizidalen Krisen

Handlungsbedarf:

- Einrichtung einer bundesweiten einheitlichen Telefonnummer zur Beratung und Informationsvermittlung. Diese, bei Bedarf anonym zu kontaktierende, Rufnummer (Hotline)
 - kann auch über soziale Medien kontaktiert werden,
 - vermittelt in die regionalen persönlichen Hilfsangebote,
 - ist umfassend barrierefrei, d.h. auch vollumfänglich nutzbar für gehörlose, blinde oder Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Warum?

Betroffene und ihre Helfer:innen benötigen einen jederzeit direkt verfügbaren Zugang zu kompetenter spezifischer Information, Beratung und Weitervermittlung. Dies soll über eine Hotline zur Suizidprävention sichergestellt werden, die an jedem Tag 24 Stunden erreichbar ist. Über diese Hotline steht bundesweit ein Beratungsangebot zur Verfügung. Die Beratung bzw. Weitervermittlung erfolgt als Angebot durch professionelle Fachkräfte (Psycholog:innen, Psychiater:innen, Sozialarbeiter:innen), die nach einem anerkannten Curriculum suizidologisch weitergebildet sind. Diese werden durch suizidologisch geschulte Ehrenamtliche unterstützt. Die Hotline ist als Anlaufstelle für unmittelbar Betroffene in akuten Krisensituationen, aber auch im Verlauf längerfristiger Notlagen erreichbar. Darüber hinaus steht sie professionell und nichtprofessionell Helfenden bei Fragen zu Suizidalität und Suizidprävention offen. Aufgrund der besonderen Situation, in der Menschen diese Hotline in

Anspruch nehmen, muss zwingend eine äußerst kurze Reaktionszeit garantiert sein. Eine Weitervermittlung zu örtlichen oder regionalen Hilfsangeboten sowie zu Selbsthilfegruppen ist zu gewährleisten. Deswegen sollte die Hotline mit anderen Angeboten (flächendeckende Kriseninterventions- und Beratungsangebote, Peer-Group-Unterstützungsangebote) vernetzt sein, um eine weiterführende Versorgung zu gewährleisten.

Umsetzungsvorschlag:

Die bundeseinheitliche Telefonnummer benötigt als bundesweites Projekt mit Verankerung auf Landes- und kommunaler Ebene langfristig eine verlässliche Finanzierung durch Bund und Länder. Getragen werden sollte die Hotline von einem freien Träger oder einem Zusammenschluss freier Träger.

Die Nummer selbst muss prägnant sein. Deswegen wäre einer Nummer aus dem 11xyyz-Spektrum der Vorzug vor 0800-Nummern zu geben. Hier müsste eine Abklärung mit der Bundesnetzagentur erfolgen. Unter Umständen wäre auch eine Bund-/Ländervereinbarung auf Grundlage des Art 91c GG denkbar.

Als Beispiel für eine solche nationale spezialisierte telefonische Beratung in suizidalen Krisen kann das vollständig anonyme niederländische Angebot 113 Suicide Prevention (<https://www.113.nl/english>) gelten, die nationale Organisation zur Suizidprävention, die Aktionsnetzwerke aktiviert und die treibende Kraft und Koordinatorin der Nationalen Agenda zur Suizidprävention des Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport ist. Kanada wird ein solches Modell 2022 einführen, einige andere europäische Länder haben dies bereits ebenfalls etabliert.

2.2 Ausbau und Erhalt von niedrigschwelligen und aufsuchenden Beratungs- und Therapieangeboten

Handlungsbedarf:

- Bundesweit sollten für in der Regel jeweils 500.000 Einwohner:innen bzw. in einem Umkreis von höchstens 50 Kilometern multiprofessionell arbeitende Krisendienste zur Verfügung stehen. Diese Dienste sollten multiprofessionell und vielfältig Unterstützung gewähren können (z.B. psychologisch, psychiatrisch, sozialarbeiterisch, seelsorgerisch) und an jedem Tag 24 Stunden erreichbar sein.
- Für Hilfesuchende, die nicht mobil sind, ist ein aufsuchendes Angebot vorzuhalten.
- Eine gute Vernetzung mit speziellen Beratungs- und Unterstützungsangeboten in der Region ist erforderlich.

Warum?

Hilfesuchende brauchen kompetente und gut erreichbare lokale Ansprechpartner:innen für Beratung und Therapie. Solche Beratungs- und Therapieangebote sind in vielen größeren Städten, wenn auch nicht immer in ausreichender Zahl verfügbar. In ländlichen Regionen sind sie jedoch noch immer lückenhaft. Nicht überall stehen die Angebote rund um die Uhr, niederschwellig und bei Bedarf aufsuchend zur Verfügung.

Bundesweit sollte für jeweils ca. 500.000 Einwohner:innen bzw. in einem Umkreis von höchstens 50 Kilometern ein multiprofessionell arbeitender Krisendienst mit einer täglichen Verfügbarkeit an 24 Stunden erreichbar sein. Diese Dienste sollten multiprofessionell und vielfältig Unterstützung gewähren können (z.B. psychologisch, psychiatrisch, sozialarbeiterisch, seelsorgerisch). Für Hilfesuchende, die nicht mobil sind (insbesondere ältere Menschen und Menschen mit bewegungseinschränkenden Erkrankungen), wäre auch ein aufsuchendes Angebot vorzuhalten. Eine gute Vernetzung mit speziellen Beratungs- und Unterstützungsangeboten in der Region (z.B. psychische Unterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund, Peergruppen-Angebote für Jugendliche in Coming Out-Phasen, Selbsthilfegruppen von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen oder besonders hohem Assistenzbedarf) ist erforderlich.

Umsetzungsvorschlag:

A) Umsetzung institutionell

Anknüpfungspunkte für eine solche Beratungs- und Therapiestruktur könnten Psychosoziale Krisendienste oder Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sein, die es derzeit aber nicht überall gibt und die unterschiedlich organisiert, ausgestattet und finanziert sind. Hier wurde im Auswertungsbericht einer Umfrage des Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi) u.a. dokumentiert, dass die einzelnen Bundesländer nicht nur im Hinblick auf die Aufgaben und Arbeitsweisen der SpDi eigene Strukturen und Traditionen ausgebildet haben, sondern auch in ihrer Sozialstruktur charakteristische Unterschiede aufweisen. So sind z.B. die SpDi in Baden-Württemberg und Bayern anders organisiert als im übrigen Bundesgebiet, meist in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege, anstatt der gesetzlichen Krankenkassen (GK).

SpDi sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu den Kernaufgaben gehören die Vorsorge, die Krisenintervention und die Nachsorge von Menschen in Krisen bzw. mit psychischen Erkrankungen, aber auch deren Angehörigen. Zudem wurden aufsuchende Angebote als Aufgaben der SpDi definiert. Die Verteilung und Erfüllung dieser Aufgaben gestaltet sich jedoch in den einzelnen Bundesländern aufgrund verschiedener Einflussfaktoren (Einwohnerzahl, Anzahl der Fälle, aber auch Arbeitslosigkeit und Personalausstattung) unterschiedlich. Darüber hinaus halten vor allem größere Städte (Psychosoziale) Krisendienste vor, deren Hauptaufgabe die kurzfristige psychologische Beratung von Menschen in Krisen ist. Auch hier unterscheiden sich die einzelnen Dienste in Bezug auf Trägerschaft, Personalausstattung sowie die Möglichkeit, zu welchen Zeiten diese Beratung vorgehalten werden kann.

Beispielsweise ist der Psychosoziale Krisendienst in Dresden (dem Gesundheitsamt zugehörig) wie folgt verfügbar: persönlich Mo-Do von 8 bis 12 Uhr und von 13 bis 17 Uhr, Fr von 8 bis 14 sowie als telefonische Krisenberatung („Telefon des Vertrauens“) Mo-So von 17 bis 23 Uhr. Der Berliner Krisendienst (u.a. finanziert von Caritas, ALBATROS gGmbH und neuhland gGmbH) ist jeden Tag 24 Stunden telefonisch und – außer wochentags von 8-16 Uhr – auch persönlich erreichbar. Der Berliner Krisendienst bietet insbesondere in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende durchgängig Beratung und Hilfe in Krisensituationen an. Außerhalb der Öffnungszeiten der regionalen Standorte wird jeder Anruf an den überregionalen Bereitschaftsdienst in Berlin Mitte weitergeleitet. Dort sind jede Nacht von 24 bis 8 Uhr sowie zusätzlich an allen Wochenenden und Feiertagen von 8 bis 16 Uhr Mitarbeitende telefonisch und persönlich ansprechbar. Die Krisendienste Bayern sind ein Netzwerk der sieben bayerischen Krisendienste. Sie bieten telefonische Hilfe und Orientierung

in einer seelischen Notlage – an 365 Tagen im Jahr. Anrufer:innen werden automatisch an den Krisendienst in der zuständigen Region weitergeleitet. Hier erfolgen die telefonische Erstberatung sowie die Koordination von geeigneten Angeboten (Beratung, Vermittlung in ambulante bzw. stationäre Hilfe oder in besonders dringenden Fällen mobile Einsätze am Ort der Krise). Um diese Aufgaben zu erfüllen, kooperieren die Krisendienste Bayern mit wohnortnahen Angeboten des psychiatrischen Hilfesystems. Es handelt sich um ein Netzwerk aus Sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Psychiater:innen sowie psychiatrischen Institutsambulanzen und Kliniken. Alle kooperierenden Einrichtungen verfügen über Mitarbeiter:innen, die speziell geschult sind, ein entsprechendes Fachwissen sowie langjährige Erfahrung aufweisen.

Um die Suizidprävention in Deutschland zu stärken, bedarf es hier einer zuverlässigen und qualitativ hochwertigen Struktur auf Ebene der Länder und Kommunen, die idealerweise ähnlich organisiert sind und überall 24/7-Angebote durch qualifiziertes Personal vorhalten.

B) Umsetzung rechtlich

Anknüpfungspunkte für die rechtliche Umsetzung finden sich im SGB V. Sinnvoll wäre beispielsweise die Schaffung eines § 65g SGB V „Ambulante Beratungsstellen zur Suizidprävention“. Auch die Erweiterung des § 20 Abs. 3 SGB V um eine Nr. 9 „Suizidprävention“ und die Einführung eines § 20l im SGB V „Ambulante Beratungsleistungen zur Suizidprävention“ wären sach- und systemgerecht.

Weitere Ansatzpunkte gibt es aber auch im SGB IX, das eine Vielfalt von rechtlichen Instrumenten für Menschen mit Behinderungen bereithält, von denen manche aufgrund ihrer Beeinträchtigungen zu den vulnerablen Gruppen gehören. Deswegen können hiermit auch gefährdete Menschen präventiv und in Krisensituationen erreicht werden, die nicht regelmäßig als Patient:innen im medizinischen Versorgungssystem erscheinen. Über die teilweise als Peergruppensysteme funktionierenden Angebote sind sie unter Umständen hier auch besser anzusprechen als in medizinischen Behandlungssituationen.

Rechtliche Möglichkeiten bestehen dabei in der Ausweitung des § 32 SGB IX, der eine überwiegend Peergruppen-gestützte sogenannte „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ normiert, durch eine Ergänzung nach Abs. 2 S. 1: „Davon sind auch im Einzelfall sich entwickelnde besondere Belastungs- und Krisensituationen in Zusammenhang mit der Beeinträchtigung umfasst.“

§ 76 SGB IX, die Grundnorm für das zentrale Konzept der sozialen Teilhabe, könnte durch Einfügung eines Abs. 3 erweitert werden: „Ergänzend zu den Leistungen nach Abs. 1 und 2 besteht auch ein Anspruch auf kurz- und längerfristige Beratung und Unterstützung durch spezialisierte ambulante Dienste zur Bewältigung von besonderen Krisen- und Belastungssituationen.“

Ebenso könnte auch die vergleichbar zentrale Norm des § 78 SGB IX, der Assistenzleistungen regelt, die oft von Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf in Anspruch genommen werden, durch Abs. 2 Nr. 3 ergänzt werden, und zwar: „[...] Unterstützung und Beratung der Leistungsberechtigten in besonderen Belastungs- und Krisensituationen. Die Leistungen nach § 78 Abs. 2 Nr. 2 und Nr. 3 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht.“

Diese Leistungen müssten jeweils auch in § 138 Abs. 1 unter Nr. 9 aufgeführt werden, damit Leistungsberechtigte nach dem SGB IX für die Inanspruchnahme dieser suizidpräventiven Leistungen nicht zu einem Kostenbeitrag herangezogen werden. Wir empfehlen hier das Stichwort „Suizidprävention“ in den Begründungstext des Gesetzes zu formulieren, ebenso wie den Hinweis, dass es sich um Leistungen freier Träger handelt und dass auch diese

Leistungen budgetfähig sind, also ggf. als Teil eines Persönlichen Budgets erbracht werden können.

2.3 Förderung und Schaffung von regionalen und kommunalen Beratungs- und Hilfsangeboten durch Peer-Group-Projekte

Handlungsbedarf:

- Bund und Länder sollten eine Struktur ergänzender Beratungs- und Hilfsangebote durch Förderung von Projekten, speziell Peer-Group-Projekten, für besonders suizidgefährdete Gruppen (Angehörige von Menschen, die sich suizidiert haben, Jugendliche in besonderen Lebenslagen, Menschen mit Depressionen, alte Menschen, Menschen mit erworbenen schweren Behinderungen) schaffen. Auch hier sind eine langfristige Entwicklung und Etablierung der Strukturen von außerordentlicher Bedeutung.

Warum?

Menschen in Krisensituationen bzw. in Konfliktlagen wenden sich zunächst an gleichaltrige (vor allem im Jugendbereich) oder an andere Personen, zu denen sie Vertrauen haben. Die meisten Betroffenen scheuen vor allem aus Gründen der Stigmatisierung oder auch der Angst vor (beruflichen) Konsequenzen den Kontakt zu einem System, in dem psychische Hilfe angeboten wird. Insbesondere sind hier höherschwellige Angebote von Psychiater:innen oder auch psychiatrische Kliniken problematisch, da diese meist mit einer diagnostischen Einordnung verbunden sind. Peer-Group-Unterstützung eignet sich sehr gut für bestimmte Berufsgruppen, die aufgrund der Besonderheiten der täglichen Arbeit einen besser verstehenden Zugang vermitteln. Hier kann als Beispiel ein Projekt der Berliner Polizei aufgeführt werden, das einen Peer-Group-Ansatz beinhaltet. Beratungsangebote für Jugendliche, wie beispielsweise U25, arbeiten bereits erfolgreich, sind aber längerfristig nicht finanziell abgesichert. Peer-Angebote für ältere Menschen und speziell ältere Männer, die seltener professionelle Angebote in Anspruch nehmen, fehlen in Deutschland bisher.

Umsetzungsvorschlag:

Entsprechende Peer-Group-Projekte könnten durch Bundes- oder Länderministerien insbesondere für Jugend, Familie und Gesundheit im Rahmen eines bundesweit koordinierten, wissenschaftlich begleiteten 8-Jahresplanes gefördert werden. Dabei müssten –vor allem mit Blick auf suizidpräventive Aspekte der Arbeit – auch Schulungsmaßnahmen für die Teams von der Förderung umfasst sein.

Peer-Group-Projekte sollten vor allen Dingen für die bekannten Risikogruppen gefördert bzw. entwickelt werden. Eine berufsgruppenspezifische Förderung erscheint hier notwendig bei Berufen, die statistisch mit einer erhöhten Suizidrate einhergehen (z.B. Polizei, Militär, Justizvollzug, Land- und Forstwirtschaft, (Veterinär-)Medizin etc.).

2.4 Förderung des Ausbaus von Kriseninterventions- und Wohnprojekten für Jugendliche

Handlungsbedarf:

- Jugendliche und junge Erwachsene, die sich mit Suizidgedanken tragen, haben oftmals tiefere, nicht kurzfristig zu bearbeitende Erfahrungen, Konflikte oder Traumata. Dafür kann auch gerade das nahe soziale Umfeld verantwortlich sein – oder es ist jedenfalls nicht in der Lage, die Betroffenen ausreichend zu stützen: In solchen Konstellationen müssen Jugendliche und junge Erwachsene die Möglichkeit haben, kurzfristig oder längerfristig in eine Kriseninterventions- oder therapeutische Wohngemeinschaft (TWG) zu ziehen oder andere institutionelle Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung erhalten.
- Es muss sichergestellt sein, dass diese Maßnahmen nicht nur für Jugendliche, sondern auch für junge Erwachsene mit entsprechendem Bedarf zur Verfügung stehen bzw. in Grenzphasen zwischen Jugendlichkeit und Volljährigkeit.

Warum?

Krisen im Jugendalter sind im Rahmen der Prozesse der Selbstwerdung und Selbstfindung notwendig. Jugendliche erleben hierbei eine Erschütterung der gesamten Persönlichkeit, des Selbstwertgefühls, der äußeren Werte und Sicherheiten. Um diese Krisen positiv bewältigen zu können, bedarf es relativ stabiler Beziehungen zu den Eltern, der Umgebung, dem Freundeskreis. Dies ist leider nicht für alle Jugendliche erfahrbar. Hinzu kommen eine Schulbildung, die vor allem Leistungs- und Konkurrenzdenken fördert und eine Gesellschaft, die wenig Verständnis für Heranwachsende aufbringt. Somit können vorliegende instabile äußere und innere Lebensbedingungen für die Jugendlichen (und/oder deren Familien) die Entwicklung bedrohlicher (suizidaler) Krisen begünstigen.

Kriseninterventionseinrichtungen bzw. spezielle Wohn- und Betreuungsangebote für Kinder und Jugendliche schaffen, u.a. durch eine Kontinuität der Betreuungsteams sowie die Auseinandersetzung im Gruppenkontext, stabile Beziehungen und ermöglichen dadurch neue Erfahrungen, wie man Konflikte mit Anderen lösen kann. Eine „Nachreifung“ der Persönlichkeit ist durch die Schutzfunktion einer solchen Betreuung möglich. Ziel ist ebenfalls, das Risiko für die Entwicklung bzw. Verschlechterung psychischer Erkrankungen zu minimieren bzw. Chronifizierungen zu verhindern.

Beispiel für ein solches Angebot ist die TWG neuhland (<https://www.neuhland.net/informationen/twg-neuhland.html>) bzw. auch deren Krisenwohnung (<https://www.neuhland.net/informationen/krisenwohnung.html>). Mit einem Wohnangebot verbundene, spezifisch therapeutisch-pädagogische Angebote für suizidale Jugendliche und junge Erwachsene sind in Deutschland bisher kaum zu finden.

Umsetzungsvorschlag:

Im Bereich der Suizidprävention bestehen im Hinblick auf Kriseninterventions- und Wohnprojekte für Jugendliche (und junge Erwachsene) noch deutliche Defizite, die durch Förderprogramme ausgeglichen werden müssen. Regelungsmaterie ist hier vor allem das SGB VIII, insbesondere die Hilfen zur Erziehung (§§ 27 bis 34, wobei für die Grenzphasen §

41 SGB VIII Regelungsmaterie ist). Es sollte erwogen werden, hier suizidpräventive Maßnahmen ausdrücklich anzusprechen. Insbesondere könnten in § 41 Abs. 1 S. 2 SGB VIII Maßnahmen, die zum Zweck der Suizidprävention unternommen werden, als Regelbeispiel für Ausnahmen von der Begrenzung des Hilfszeitraumes bis zum 21. Lebensjahr erwähnt werden. Als Praxisbeispiel kann die TWG neuhland in Berlin angeführt werden: Sie bietet insgesamt 18 teilzeitbetreute Wohnplätze für psychisch erkrankte junge Erwachsene mit dem Schwerpunkt Suizidgefährdung / Selbstverletzungen. Die Betreuung findet im Rahmen der §§ 53, 54 SGB XII statt.

2.5 Stärkung der Schulsozialarbeit und der schulpsychologischen Beratung auch zur Suizidprävention

Handlungsbedarf:

- Auf der Ebene der Bundesländer ist, gefördert mit einem Bundeszuschuss, ein vor Ort präsenter unterstützender Dienst in weiterführenden Schulen verpflichtend und stetig einzurichten. Je 500 Schüler:innen sind dabei je 1,5 Stellen für Schulpsycholog:innen und Schulsozialpädagog:innen einzurichten.
- Die Stelleninhaber:innen müssen eine qualifizierte Fort- oder Weiterbildung auf Grundlage der anerkannten Curricula in Suizidprävention aufweisen bzw. die Möglichkeit zur Teilnahme in den ersten 6 Monaten nach Dienstantritt erhalten.

Warum?

In der Schule verbringen Kinder und Jugendliche eine große und zudem wichtige und prägende Zeit ihres Lebens. Kinder und Jugendliche bringen in die Schule ihre Erfahrungen von zu Hause mit. Hierzu gehören auch Erfahrungen von schwierigen Bedingungen (z.B. Trennung der Eltern, Gewalt, psychische Erkrankungen, wie z.B. Alkoholabhängigkeit). Die Schule ist neben dem Ort der Wissensvermittlung auch immer ein soziales Beziehungsfeld, in dem z.B. Beziehungen zu Gleichaltrigen, zu Bezugspersonen und zur Klassengemeinschaft eine wichtige Rolle spielen.

Auch in der Schule finden Krisen statt und der Umgang von Mitschüler:innen und Lehrer:innen kann hier maßgeblich einen Einfluss haben, wie der/die Betroffene die Krise meistern kann. Jugendliche in suizidalen Krisen drücken diese Gedanken und Gefühle oft im Schulalltag, gegenüber Mitschüler:innen und Freund:innen, aber auch Lehrer:innen aus. Aus vielen Studien ist bekannt, dass Prävention in der Schule dabei hilft, Suizidalität zu verringern. Eines der bekanntesten Beispiele ist die SEYLE-Studie. Sie wurde in mehreren europäischen Ländern durchgeführt und konnte mit dem eigens entwickelten Präventionsprogramm YAM solche Effekte zeigen.

Das Dresdener Programm Netzwerk für Suizidprävention (NeSuD) konnte ebenfalls zeigen, dass bereits 2 x 90 Minuten eines psychoedukativen universellen Workshops dazu führen, dass Jugendliche besser erkennen, wenn es einem/r Mitschüler:in psychisch nicht gut geht, mehr darüber wissen, was sie selbst tun können (und es sich trauen) und die Absicht entfalten, zuvor benannte Hilfsangebote aufzusuchen.

Neben schwierigen familiären Bedingungen kann zudem die Schule selbst für manche Kinder und Jugendliche ein Stressor sein – insbesondere dann, wenn Eltern eine sehr hohe Leistungserwartung haben und das Kind bzw. der Jugendliche dieser nicht gerecht wird. Neben dem Druck, gegenüber gleichaltrigen Mitschüler:innen zu bestehen, spielen in der heutigen Zeit vor allem Phänomene wie Cyberbullying oder andere Arten von Mobbing in der Eskalation suizidaler Krisen eine Rolle. Hier trägt Schule Fürsorge und Mitverantwortung und sollte deshalb regelhaft in suizidpräventive Maßnahmen eingebunden werden.

Die bisherige Lage in den Schulen Deutschlands ist sehr unterschiedlich. Zwar existieren in allen Schulen sogenannten Notfallpläne (z.B. für den Fall einer Katastrophe oder eines akuten Notfalls), darüber hinaus ist jedoch das Wissen über den Umgang mit Suizidalität in den verschiedenen Altersgruppen der Schüler:innen bei den Lehrkräften und Schulsozialarbeiter:innen sehr ungleich ausgebildet und meist ungenügend vorhanden. Dies auch, da es (wie überhaupt das Thema psychische Gesundheit) in den Ausbildungsinhalten kaum vertreten ist. Psychisch gesund zu bleiben, Resilienz zu steigern, Stressmanagement, der Umgang mit Krisen – diese Themen sind nicht regelhaft in den Lehrplänen verankert, ein Aufgreifen ist den Lehrkräften und Pädagog:innen im Rahmen von Projektarbeit zwar möglich, wird jedoch aufgrund vielfältiger Besorgnisse und Ängste sowie des ohnehin umfangreichen Lehrplanes nicht genutzt. Andererseits gibt es keine Schule, die nicht in irgendeiner Art und Weise vom Thema psychische Erkrankungen, Krisen und Suizidalität betroffen ist, insbesondere dann, wenn sich die Schulen in sozialen Brennpunkten befinden. Die Vorhaltung von Fachpersonal in Schulen (Schulpsycholog:innen) ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. Zum Teil ist ein/e Schulpsychologe/ Schulpsychologin für 7.000 Schüler und 450 Lehrkräfte zuständig.

Umsetzungsvorschlag:

Möglich wäre eine rechtliche Verankerung unter Umständen in Landesverordnungen oder Schulgesetzen und über einen Bundeszuschuss im Haushaltsplan.

Folgende Inhalte sollten (wiederholt) Bestandteil von Lehrplänen gemäß der Altersstufen werden: Konfliktlösungen, Stressmanagement, psychische Gesundheit, Entspannungstechniken, soziale Medien und Schutz vor Folgen (inkl. Mobbing), Erkrankungen, Suizidalität / Selbstverletzungen, Erkennen von Krisen, Wissen und Stärkung der Kompetenz, Inanspruchnahme von Hilfen.

Parallel dazu sollte eine Verankerung in allen Ausbildungsinhalten für Lehr- und Pädagogikberufe mit späterer verpflichtender Weiterbildung erfolgen.

3. Suizidprävention als Gesundheitsfürsorge

3.1 Hospizarbeit und Palliativversorgung

Handlungsbedarf:

- Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und der um sie trauernden An- und Zugehörigen

Warum?

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 steht die Politik vor der Herausforderung, eine verfassungskonforme Regelung zum assistierten Suizid zu finden. Gleichzeitig sollte jedoch verhindert werden, dass der assistierte Suizid als gleichberechtigte alternative „Behandlungsmethode“ wahrgenommen wird. Besorgniserregend ist bereits jetzt, dass seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vermehrt Anfragen an die Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung herangetragen werden, beim Suizid zu assistieren. Der assistierte Suizid gehört jedoch nicht zum Aufgabenspektrum des Gesundheits- und Sozialwesens. Vielmehr bleibt der Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung ein wichtiger Baustein der Suizidprävention. Durch die multiprofessionelle und auf Empathie und Verständnis beruhende Begleitung ist es häufig möglich, gemeinsam mit der dem Suizid zugeneigten Person, die Gründe für ihre Suizidwünsche herauszuarbeiten und Lösungswege zu finden, die die Lebensqualität entscheidend verbessern und den Wunsch auf aktive vorzeitige Beendigung des Lebens in den Hintergrund treten lassen.

In den letzten 25 Jahren wurden zwar wichtige gesetzliche Meilensteine auf den Weg gebracht, die zu einer spürbaren Verbesserung der Lebenssituation schwerstkranker und sterbender Menschen beitragen. Gleichwohl bestehen weiterhin Defizite. Diese müssen behoben werden, damit die Hospizarbeit und Palliativversorgung ihre – auch suizidpräventive – Wirkkraft voll entfalten kann. Flankiert werden sollten diese Rahmenbedingungen von einem gesellschaftlichen Klima, in welchem das Sterben, der Tod sowie die Trauer als menschliche Reaktion darauf als Teil des Lebens betrachtet werden.

Umsetzungsvorschlag:

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband hat in einem Forderungspapier für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zehn Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen beschrieben. Hierauf möchten der DHPV und die DGS vollumfänglich verweisen.

Das Forderungspapier kann hier eingesehen werden:

<https://www.yumpu.com/de/document/read/65944761/forderungen-des-dhpv-fur-die-20-legislaturperiode-des-deutschen-bundestages>.

3.2 Trauerbegleitung

Handlungsbedarf:

- Verbesserung des Wissens, um Unsicherheiten bei Verlusterfahrung und Trauerprozessen abzubauen
- Selbstwirksamkeit trauernder Menschen stärken durch Hilfe zur Selbsthilfe und Stabilisierung im Trauerprozess
- Ausbau der Trauerbegleitungsangebote
 - insbesondere im Kontext der ambulanten und stationären Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie
 - in Bezug auf Familiensysteme, in denen ein Eltern-, Großelternteil, Geschwister stirbt bzw. eine langjährige Beziehung durch Tod oder Trennung endet
- Verbesserung der Zugänge zu Trauerbegleitungsangeboten und Förderung der grundsätzlichen gesellschaftlichen Akzeptanz, niederschwellige Hilfen, aber auch therapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen

Warum?

Das Wissen um Trauerprozesse aufgrund von vielfältigen Verlusterfahrungen (u.a. von Arbeit, Heimat, durch Tod oder Trennung) kann helfen, das eigene Erleben besser zu verstehen und einordnen zu können und dieses in ein Weiterleben zu integrieren – mit der Kenntnis, dass Trauer ein Prozess ist und das aktuelle Erleben normal und gesund ist. Trauer erfasst den Menschen ganzheitlich – auf allen Ebenen. Trauer braucht Zeit und Raum. Trauer braucht Ausdrucksmöglichkeiten.

Für den Trauerprozess erweisen sich die Häufung verschiedener Verlusterfahrungen, die Dramatik des Todesereignisses (z.B. plötzliche Tode wie Herzinfarkt, Unfall, Mord, Suizid, aber auch Todesarten wie der Tod eines Kindes oder Mehrfachverluste) und die Intensität der Verbundenheit mit einem Menschen oder einer Sache (z.B. einem Beruf) als erschwerend. Trauer ist zwar eine gesunde Reaktion auf Verlust. Dennoch haben viele Menschen in ihrem Umfeld verlernt, mit dem Gedanken- und Gefühlschaos und den damit verbundenen körperlichen und psychischen Reaktionen umzugehen. Vielfach erscheint die einzige Lösung, sich dem unglaublichen Schmerz der Trauer, der Verzweiflung und dem Gefühl der Hilflosigkeit, dem Ausgeliefertsein durch den eigenen Tod zu entziehen.

Unbewältigte Trauer führt zu Einschränkungen in der Lebensführung und Alltagsbewältigung. Das führt zur Frustration, Versagensgefühlen, Scham und Suizidgedanken. So will man nicht weiterleben – es fehlt an Strategien mit Trauer umzugehen. Das Gefühl, in dieser Situation keinen Ausweg zu erkennen, lässt den Wunsch nach Suizid wachsen. Gleichzeitig ist es nach wie vor ein verbreitetes gesellschaftliches Tabu, seine eigene Trauer zu zeigen. Die Zeit, die wir als Gesellschaft trauernden Menschen zugestehen, ist kurz. Recht bald wird erwartet, dass der Trauernde wieder „funktioniert“. Das erzeugt Druck. Häufig gibt es einen sogenannten „Nachsterbewunsch“, das ist normal. Manchmal aber ist dieses Gefühl so intensiv und anhaltend, dass auch hieraus der Wunsch nach Suizid entstehen kann.

Trauernde Menschen brauchen Raum, darüber reden zu können, sich mit diesen Gedanken und vielfältigen Gefühlen auseinanderzusetzen. Der Besuch von Trauergruppen oder eines Beratungsangebotes wird seitens der Betroffenen gegenüber Dritten, seien es

Mitschüler:innen oder Arbeitskolleg:innen, jedoch geheim gehalten, da eine Stigmatisierung als schwach und nicht belastbar befürchtet wird. Dies verstärkt die Trauerreaktion und behindert den Trauerprozess. All diese Stolpersteine erschweren und verhindern möglicherweise die Integration des Verlustes in die eigene Lebensbiografie. Das wiederum ist aber wichtig, um mit dem Verlust gut weiterleben zu können.

Das Wissen um die Trauerprozesse und die Möglichkeit, sich beraten und begleiten zu lassen, würdigt zum einen die Bedeutung dessen, was verloren wurde, zum anderen hilft es, über die Beratung und Begleitung wieder neue Lebensanker zu finden. Es entlastet trauernde Menschen auch, aus Suizidgedanken kein Tabu machen zu müssen, diese in einem geschützten Rahmen aussprechen zu dürfen (ohne Sorge, dass man gleich in eine psychiatrische Einrichtung kommt), um dann gemeinsam mit Trauerbegleiter:innen nach Alternativen, Strategien und Handlungsoptionen zu sehen. Dies kann und soll helfen, trauernde Menschen nicht allein zu lassen und Suizide zu verhindern. Daher leistet die Trauerbegleitung einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention – ein gelingender Trauerprozess ist die beste Suizidprophylaxe.

Einen besonderen Stellenwert nimmt hier AGUS (Angehörige um Suizid) ein, Europas größter und ältester Verein, der sich für die Belange und Interessen Suizidtrauernder einsetzt. Getragen wird er vom ehrenamtlichen Engagement der Gruppenleiter:innen, Vorstände und Mitglieder. AGUS bietet die Kompetenz Betroffener an sowie die langjährige Überlebenserfahrung nach einem Suizid. Die AGUS-Arbeit gibt Menschen Halt und zeigt Perspektiven auf, wenn das eigene Leben unwiederbringlich zerstört scheint. Angehörige um Suizid haben mit extremen emotionalen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten bei der Trauerbewältigung zu kämpfen, was das Risiko für psychische Erkrankungen, wie z.B. Anpassungsstörungen und auch einer verstärkten eigenen Suizidalität, erhöht. Üblicherweise haben diese Betroffenen keinen Zugang zum medizinischen Hilfesystem, da häufig erst beim Auftreten schwerer und langanhaltender Symptome ärztliche Hilfe gesucht wird. Umso wichtiger erscheint es, den Betroffenen die Trauerarbeit zu erleichtern und das Augenmerk auf die besonders bedeutende, ehrenamtliche Arbeit der AGUS-Initiative zu lenken. AGUS – Angehörige um Suizid e.V. ist die bundesweite Selbsthilfeorganisation für Trauernde, die einen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben.

Umsetzungsvorschlag:

Trauerbegleitungsangebote sind gezielt auszubauen und gesetzlich zu fördern: Förderung eines qualifizierten Trauerbegleitungsangebotes als Qualitätsmerkmal des ambulanten Hospizdienstes im Sinne des §39a Abs. 2 SGB V (vgl. Punkt 5 des DHPV-Forderungspapiers für die 20. Legislaturperiode: Trauerbegleitung fördern). Die bereits bestehenden Trauerbegleitungsangebote im Kontext der Hospizarbeit sind anzuerkennen und finanziell abzusichern.

Beratungs- und Anlaufstellen, die Menschen in existenziellen Krisen beraten, sollten ihre Mitarbeitenden in Bezug auf das Wissen um Trauerprozesse qualifizieren und dadurch für die Bedeutung von Trauer sensibilisieren. Der AGUS e.V. ist als zentrale Selbsthilfeorganisation zu stärken und zu fördern.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte das Wissen um Verlusterfahrung und Trauerprozesse verbreiten und durch Kampagnen helfen, der Stigmatisierung von Trauernden (in allen Lebensaltern) und der Tabuisierung von Trauer entgegenzutreten.

3.3 Strategien und altersspezifische Konzepte gegen Einsamkeit

Handlungsbedarf:

- Entwicklung von Strategien und altersspezifischen Konzepten, wie Einsamkeit vorgebeugt werden kann bzw. wie die betroffenen Personen aus der Einsamkeit und Isolation wieder herausfinden können.

Warum?

Aufgrund der Tendenz zu einer zunehmenden Vereinsamung der Menschen sollte sich der Gesetzgeber auch dieses Themas gesondert annehmen. Einsamkeit stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit dar und erhöht das Risiko für chronischen Stress, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Demenz, eine verkürzte Lebenserwartung und Suizid (vgl. WD / Deutscher Bundestag: Drucksache 19/25249, S. 1). Dies wiederum führt zu gesellschaftlichen Folgekosten (steigende Gesundheitskosten, sinkende Produktivität).

Die gesamtgesellschaftliche Herausforderung der „Einsamkeit“ – gerade von älteren Menschen und Kindern bzw. Jugendlichen – ist durch die aktuelle Pandemie und das notwendige „Social Distancing“ verstärkt in das Blickfeld geraten. In einer Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 19.04.2021 wurde hervorgehoben, dass ca. 10 bis 20 % der Bevölkerung von chronischer Einsamkeit betroffen sind; diese kann über die gesamte Lebensspanne auftreten, wobei das junge Erwachsenenalter und das hohe Lebensalter besonders vulnerable Phasen im Leben sind (vgl. Stellungnahme Bückler: BT-Drs. 19/25249, S. 4). Dieser Befund zeigt auch, dass Strategien zur Einsamkeit sich nicht ausschließlich auf ältere Menschen fokussieren sollten, sondern alle Bevölkerungs- und Altersgruppen betreffen.

Umsetzungsvorschlag:

In anderen Ländern wurde die gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Themas Einsamkeit bereits erkannt. Großbritannien war das erste Land, das eine nationale Strategie zur Bekämpfung der Einsamkeit etablierte (vgl. WD: 9 – 3000 – 026/21, S. 4); in Japan wurde aufgrund gestiegener Suizide während der Corona-Pandemie eine eigene Ressortzuständigkeit geschaffen (WD: 9 – 3000 – 010/21, S. 4).

Auch in Deutschland sollten Strategien und altersspezifische Konzepte entwickelt werden, wie Einsamkeit vorgebeugt werden kann bzw. die betroffenen Personen aus der Einsamkeit und Isolation wieder herausfinden können. Strategien und Konzepte sollten dabei vielfältig ansetzen, beispielsweise durch: Koordination der Strategie auf Bundesebene, Informations- und Aufklärungskampagnen, Förderung und Etablierung von Caring Communities / Nachbarschaftsprojekten, finanzielle Förderung themenspezifischer Forschungen (Verbreitung, Ursachen, Auswirkung der Einsamkeit, Maßnahmen), Evaluation der Maßnahmen und Veröffentlichung entsprechender Jahresberichte.

4. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige der medizinischen, pflegerischen und sozialen Berufsgruppen

Handlungsbedarf:

- Suizidales Verhalten tritt in allen medizinischen, therapeutischen und fürsorglichen Settings auf: Unabhängig davon, ob es sich um Menschen während diagnostischer Maßnahmen, einer Notfallversorgung oder in der Fürsorge (z.B. in Betreuungseinrichtungen) handelt – Suizidalität tritt dort überall auf. Die Kompetenz der Berufstätigen in diesen Bereichen wird als oft nicht ausreichend angesehen (vgl. NaSPro-Bericht zur Suizidprävention Deutschland: <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>).
- Suizidprävention muss in allen beruflichen Ausbildungen für medizinische, soziale, therapeutische und pflegerische Professionen regelhaft verankert werden. In den einzelnen Berufsfeldern ist eine wiederholte Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidalität einzuführen.
- Eine differenzierte Ausbildung zum Thema „Erkennen und Umgang mit suizidalen Menschen“ ist ebenfalls für Berufe bei der Polizei, Feuerwehr sowie anderen notfallversorgenden Anbietern (z.B. Rettungssanitäter:innen) festzuschreiben.

Warum?

Das Gesundheitswesen spielt eine wesentliche Rolle bei der Suizidprävention (World Health Organization, 2014). Vielfältige Risikofaktoren für die Entstehung suizidalen Verhaltens sind gut bekannt und untersucht. Zu den stärksten Risikofaktoren gehören psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Suchterkrankungen). Ebenso ist das Vorliegen körperlicher Erkrankungen (z.B. chronische, mit Schmerzen einhergehende Erkrankungen, aber auch schwere und das Leben limitierende Erkrankungen) ein Risikofaktor, warum sich Menschen das Leben nehmen wollen. Daneben spielen zahlreiche soziale Faktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Flucht, Einsamkeit) eine wichtige Rolle. Allein aus dem Wissen über die Unterschiedlichkeit der Risikobedingungen kann abgeleitet werden, wie groß der Bedarf an qualitativ hochwertiger und regelmäßiger Fort- und Weiterbildung der in den unterschiedlichen Berufsfeldern Tätigen zum Umgang damit ist.

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine wiederholte Fort- und Weiterbildung, z.B. zum Thema des Erkennens und richtigen Behandeln von Depressionen bei Hausärzt:innen, dazu führt, dass die Suizidrate sinkt. Dieser Effekt lässt nach einiger Zeit wieder nach, so dass Wiederholungen und Auffrischungen dieser Weiterbildung notwendig sind.

In der Medizin werden für zahlreiche Erkrankungen aber auch Leitlinien entwickelt und regelmäßig validiert. Eine Leitlinie zur Suizidprävention existiert bis heute nicht.

Umsetzungsvorschlag:

In den Regelungen für Ausbildungs- und Studiengänge, deren Absolvent:innen in hohem Maße (auch) mit suizidgefährdeten Menschen zu tun haben werden, sind Ausbildungseinheiten zu Suizidprävention in die Curricula zu übernehmen. Das betrifft insbesondere die Ausbildung von Pflegekräften für die Kranken- und Altenpflege (Änderungen im Pflegeberufegesetz, z.B. § 5 Abs. 3).

Außerdem ist die Ärztliche Approbationsordnung entsprechend zu ergänzen. Fragen des Umgangs mit Suizidwünschen und mit möglichen Suizidgefährdungen sollten in das Pflichtfachprogramm aufgenommen werden.

Wie für andere medizinisch-therapeutische Inhalte gefordert, sollten auch die Fort- und Weiterbildungen für die Suizidprävention zertifiziert werden. Hierbei können verschiedene Fachgesellschaften (z.B. DGS, DGPPN, DGP) einen Katalog und entsprechende Inhalte entwickeln sowie Durchführungsmodalitäten und Leistungsüberprüfungen organisieren.

In diesem Zusammenhang ist eine bundesweite Initiative zu starten, die darauf abzielt, dass in jedem Bundesland ein Lehrstuhl für Psychologie, Medizin, Sozialpädagogik und/oder Pflegewissenschaften mit dem Forschungsschwerpunkt Suizidprävention entsteht – mit mindestens einer Professur für Suizidforschung und -prävention. Das Forschungsministerium sollte hier in Absprache mit den Wissenschaftsministerien der Länder ein entsprechendes Finanzierungsprogramm auflegen.

5. Methodenrestriktion

Unter *Methodenrestriktion* wird der Zugang zu Suizidmitteln und -methoden jeder Art verstanden.

Handlungsbedarf:

- Umsetzung aktuellster Forschungserkenntnisse und -ergebnisse zur Methodenhäufigkeit sowie lokalen und zeitlichen Clustern von Suiziden, um Trends zu sogenannten Hotspots und Mode-Suizidmethoden rechtzeitig zu erkennen und rasch begegnen zu können.
- Beim Neubau bzw. bei Rekonstruktionen von Gebäuden der medizinischen, betreuenden, rehabilitativen Einrichtungen ist ein Nachweis baulicher Suizidpräventionsmaßnahmen zu fordern.
- Bekannte öffentliche Gebäude, die für Suizide wiederholt genutzt werden (z.B. Müngstener Brücke, Bahnanlage in Eilvese), sind unter Berücksichtigung von baulichen und architektonischen Aspekten zu sichern. Das Spektrum der Möglichkeiten reicht sehr weit und muss an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden: von Auffangnetzen über Hinweisschilder mit Hilfsangeboten bis hin zu Zugangshindernissen oder Kameraüberwachung.

Warum?

Bauliche Methodenrestriktion (z.B. von Brücken) gehört zu den wirkungsvollsten Präventionsmaßnahmen. Ein erschwerter Zugang zu einer Methode verringert deren Häufigkeit für Suizid – dies gilt in der Wissenschaft als gesichert. Dabei ist insbesondere die Sicherung von Methoden, die eine rasche Umsetzung ermöglichen (z.B. Sprung von hohen Gebäuden), für eine Reduktion der Suizidrate wirksam. Diese betrifft nicht nur den jeweiligen Ort des Suizides selbst, sondern hat auch Auswirkungen auf die Gesamtsuizidrate.

Es ist erwiesen, dass Menschen, die bei der Umsetzung ihrer Intention gehindert werden, in den allermeisten Fällen unmittelbar danach, aber auch im Langzeitverlauf nicht auf andere Methoden ausweichen. Eindrücklichstes Beispiel ist hier die Golden Gate Bridge: Von 515 Personen, die von einem Sprung zurückgehalten wurden, hatten sich im Langzeitverlauf von 26 Jahren „nur“ 5 % das Leben genommen. Beeindruckende Ergebnisse liegen für weitere Reduktionen von Methoden vor (z.B. Entgiftung des Stadtgases in England, Verringerung der Packungsgröße bestimmter Medikamente, Zugang zu Schusswaffen/Armeereform etc.).

Ein besonders kritischer Punkt ist der Bau von psychiatrischen Kliniken. Ca. 700 bis 800 Patient:innen nehmen sich jedes Jahr in Deutschland das Leben, während sie in einem Krankenhaus behandelt werden. Der größere Teil dieser Suizide geschieht in der Belastungserprobung, d.h. außerhalb des Klinikgeländes, jedoch kommt es auch immer wieder zu Suiziden in der Klinik selbst (auch in geschützten Bereichen). Häufig werden hier Mittel verwendet, deren andere Gestaltung (z.B. Badarmaturen) einen Suizid verhindern könnten.

Ebenso stellt der Justizvollzug einen Ort mit einer deutlich erhöhten Suizidrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung dar. Wie in den Kliniken sind dort – neben der Verbesserung vom Risiko-Assessment und Umgang mit Suizidalität durch die Beschäftigten – vor allem auch bauliche Aspekte zur Methodenrestriktion wichtig. Hierbei ist der Einfluss einer positiv gestalteten Atmosphäre zu beachten und schließt die bauliche Prävention nicht aus.

Umsetzungsvorschlag:

In jedem Bundesland sind Orte gehäufter Suizide bekannt. Deren Erfassung erfolgt jedoch nicht systematisch. Um einen solchen Ort zu detektieren, ist eine regelmäßige Auswertung von Daten genutzter Suizidorte notwendig. Kommt es zu Häufungen (z.B. Brücke = 5 oder mehr Suizide pro 10 Jahre; Bahn = 5 oder mehr Suizide pro 10 Jahre auf einem Streckenabschnitt +/- 2km vom Bahnhof entfernt) ist die Sicherung dieser Orte notwendig.

Im Baurecht ist darauf zu achten, dass Suizidprävention bei der Konzeption von Bauwerken berücksichtigt wird. Das gilt in besonderem Maße für psychiatrische Kliniken. Das Bauen von psychiatrischen Kliniken in der Nähe von Bahnstrecken ist zu vermeiden und es ist anzustreben Geschosse so zu bauen, dass sie nicht zum Sprung in die Tiefe einladen.

Aber auch bauliche Maßnahmen an Suizid-Hotspots wie Brücken, hohen Türmen oder Bahnstrecken sind wirksam in der Senkung der Suizidzahlen.

Regelungsmaterien: Bauordnungen (der Länder); hinsichtlich der Absicherung des Schienenverkehrs: Auflagen im Planfeststellungsverfahren, Eisenbahnbundesamt für den Schienenverkehr der DB AG, Ergänzung der EBO.