

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 Wiederekrankung.

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.

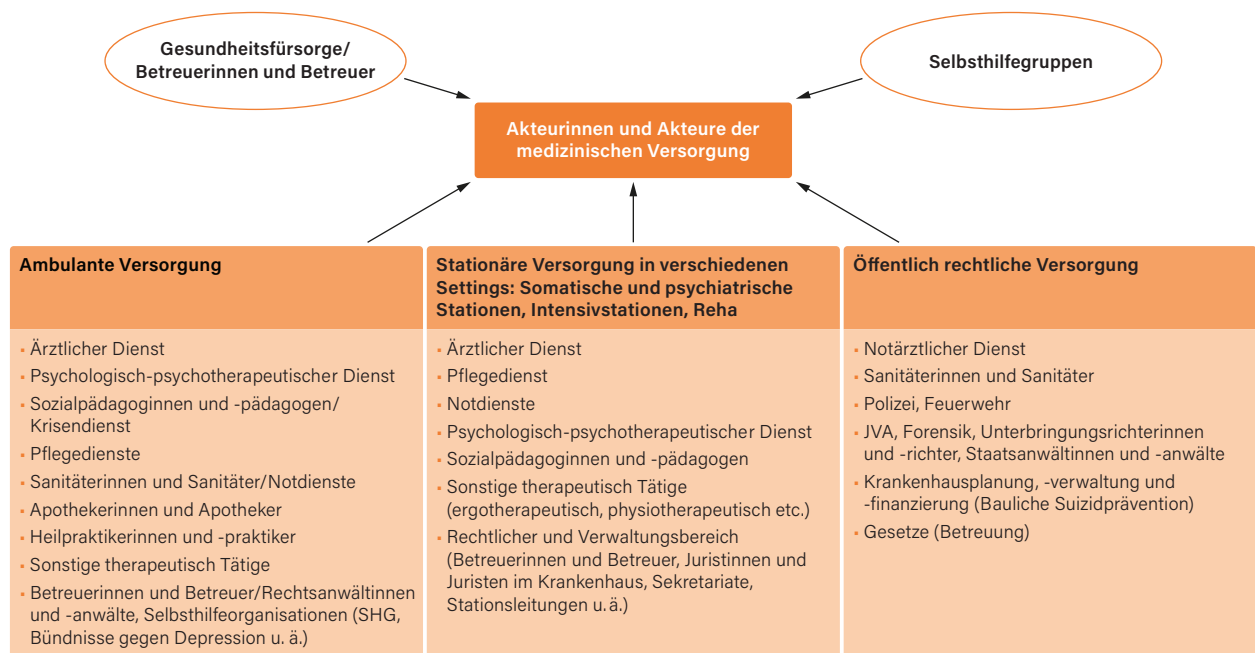


Abbildung 6.1: Relevante Akteurinnen und Akteure

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:

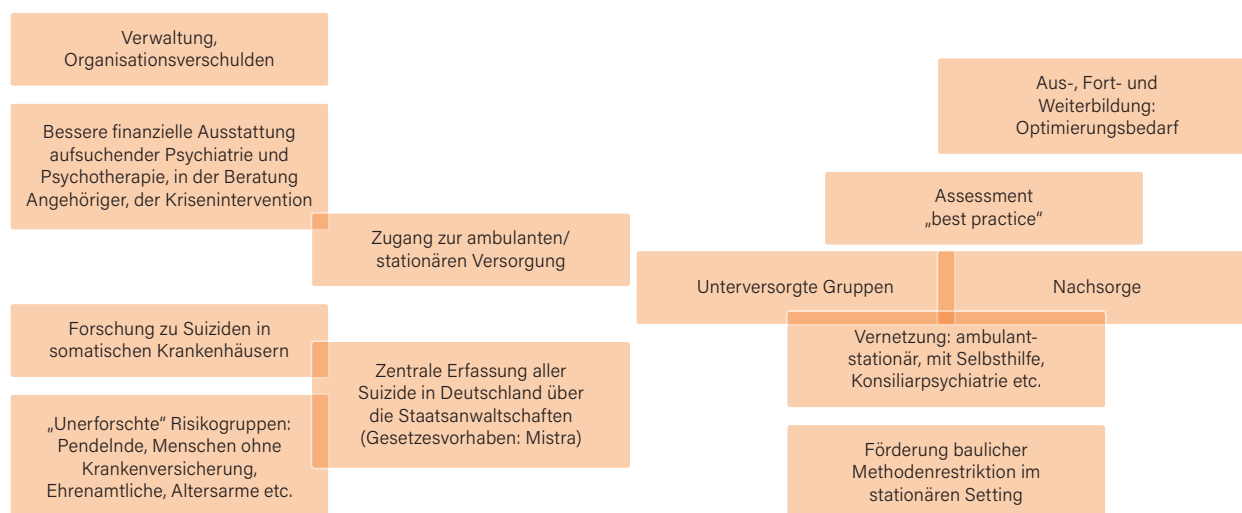


Abbildung 6.2: Hemmnisse und Problemfelder

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 (Nieder-krotenthaler, 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. Erinnert 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.

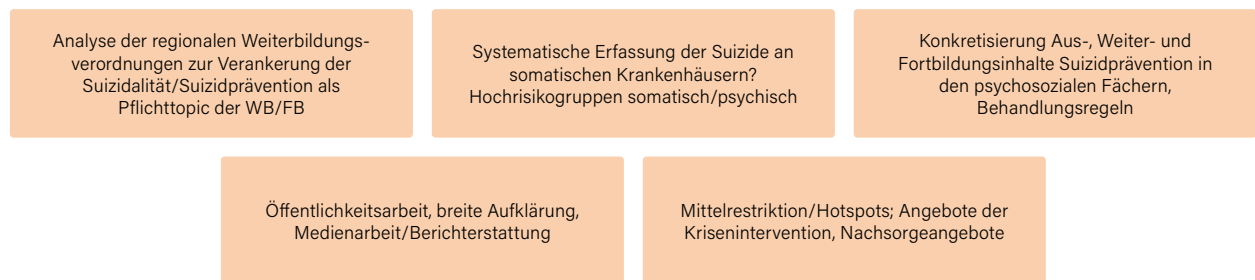


Abbildung 6.3: Nächste Arbeitsschritte

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/Sozialpsychiatrischer 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

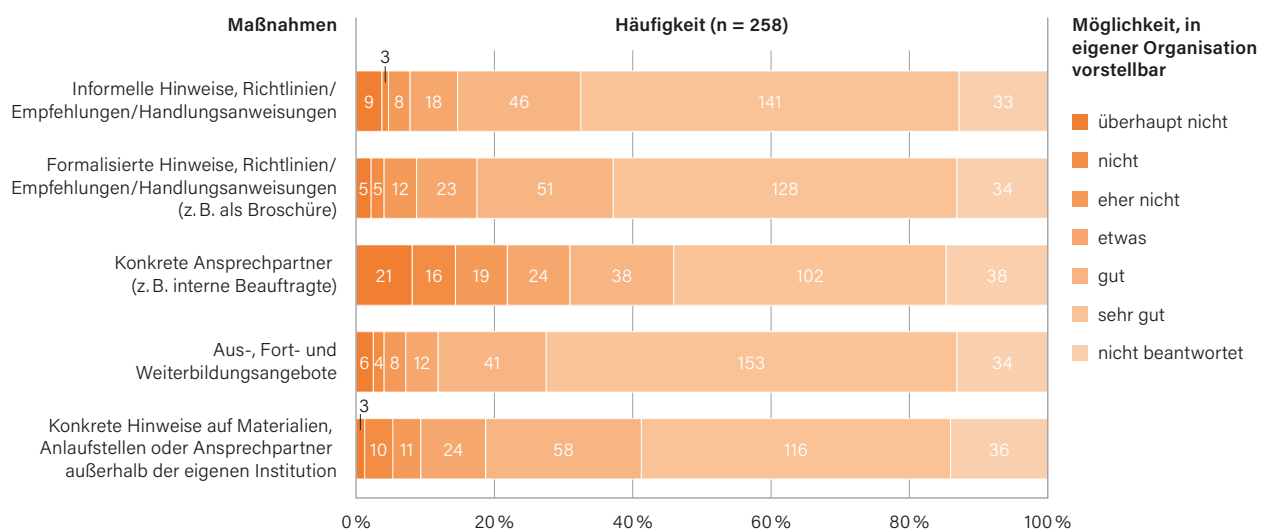
orientierenden statistischen Analyse zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen vorhandener Fort- und Weiterbildung und subjektivem Wissensstand der Befragten ($p < 0,001$; Chi²-Test nach Pearson). Dies lässt darauf schließen, dass bei Fortbildung auch der Wissensstand zur Thematik verbessert 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).