

1 Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln

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

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

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

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

4 Dr., BAG Suizidforschung im Vollzug, Restorf

5 Dr., Kriminologischer Dienst des Freistaates Sachsen, Leipzig

6 Dr., universalRAUM GmbH, Dresden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

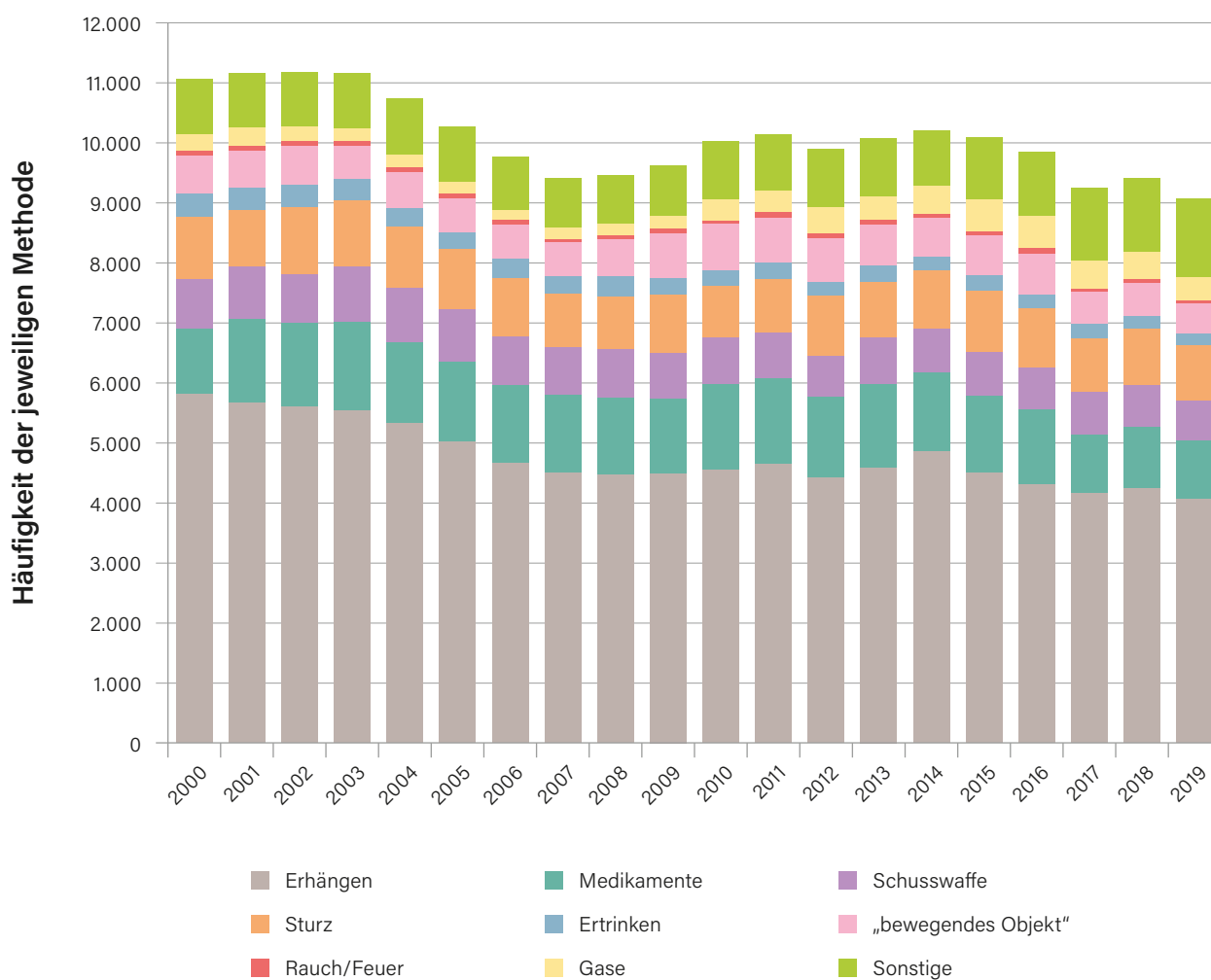


Abbildung 1.1: Suizidmethoden in Deutschland in den Jahren 2000–2019

Quelle: Nationales Suizidpräventionsprogramm, 2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Institutioneller Raum

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

1.1.1 Justizvollzugsanstalten

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

Im Zeitraum von 2000 bis 2019 haben sich

1.449 inhaftierte Suizidentinnen
und Suizidenten

das Leben genommen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Psychiatrische Kliniken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

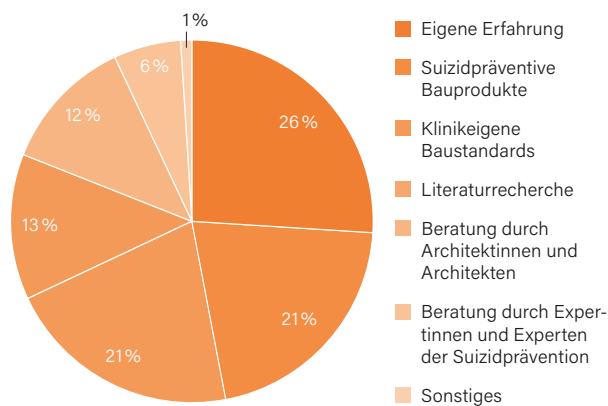


Abbildung 1.2: Auf welcher Grundlage wurden restriktive Maßnahmen entwickelt?

Quelle: Projekterhebung, Onlinebefragung, 2019

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

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

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

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

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

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

Welche Hindernisse sehen Sie in der Umsetzung der Methodenrestriktion?

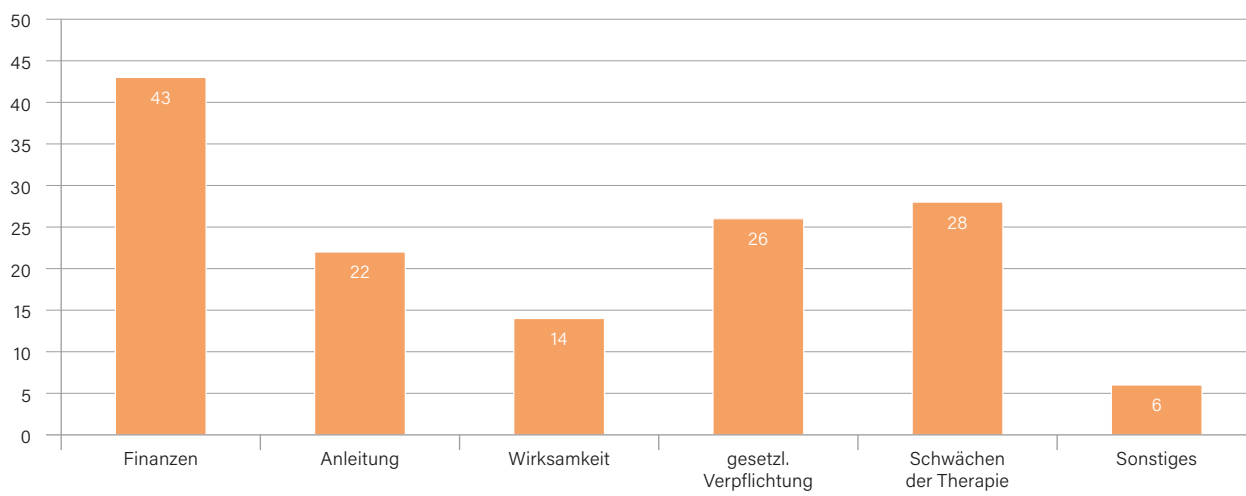


Abbildung 1.3: Welche Hindernisse sehen Sie in der Umsetzung der Methodenrestriktion?

Quelle: eigene Erhebung, Online-Umfrage, 2019

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

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

Die Kliniksuiziddatenbank erfüllt darüber hinaus folgende Funktionen:

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

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

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

1.2 Öffentlicher Raum

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

1.2.1 Brücken und Türme

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

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

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

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

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

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

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

Brückensuizide werden
meist von jungen
Menschen aus einem
heraus ausgeführt.

Impuls

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Patrouillen
- Förderung der Zivilcourage der Bevölkerung
- Medienguidelines

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

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

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

1.2.2 Bahnschienen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Medikamentenverfügbarkeit

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

In Deutschland haben sich im Jahr 2019 nach den Angaben des gbe-Bund insgesamt **968** Menschen mit Arzneimitteln selbst getötet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 Schusswaffenverfügbarkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5 Auswahl der wichtigsten konkreten Maßnahmen

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

1.5.1 Etablierung suizidpräventiver Maßnahmen im Recht

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

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

1.5.2 Datenerhebung

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

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

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

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

1.5.3 Bundesweite Informationsstelle

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

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

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

1.5.4 Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)

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

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