

8 Niedrigschwellige Suizidprävention

Reinhard Lindner¹, Arno Drinkmann², Georg Fiedler³, Hannah Müller-Pein⁴, Barbara Schneider⁵, Jürgen Schramm⁶, Julia Söhlke⁷, Katja Coser⁸, Martha Wahl⁹, Michael Witte¹⁰, Birgit Wagner¹¹

Unter Mitarbeit von: Elisabeth Brockmann¹², Donatella Di Foggia¹³, Lisa Eilert¹⁴, Bengican Gülegen¹⁵, Simone Hauptmann¹⁶, Leoni Lampe¹⁷, Fabian Lutz¹⁸, Caroline Pampus¹⁹

- 1 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 2 Prof. Dr., Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit
- 3 Dipl.-Psych., Ehem. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 4 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 5 Prof. Dr., M.Sc., MHBA, LVR-Klinik Köln, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 6 Dipl.-Psych., PECON · intakkt Psychological Solutions, Institut für individuelle psychologische Lösungen
- 7 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Psychologie
- 8 Fachärztin für Psychiatrie, AGUS e.V. Angehörige um Suizid
- 9 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Psychologie
- 10 Dipl.-Soz.päd., Dipl.-Soz., Berlin
- 11 Prof. Dr., MSB Medical School Berlin, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie
- 12 Dipl.-Soz.päd., AGUS e.V. Angehörige um Suizid (†)
- 13 B.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 14 M.Sc., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie
- 15 Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fakultät für Humanmedizin
- 16 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 17 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 18 B.Sc., B.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 19 M.Sc., MSB Medical School Berlin, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie

ZUSAMMENFASSUNG Niedrigschwellige Suizidprävention umfasst professionelle, semi-professionelle sowie laiengestützte Angebote und dient dem barrierefreien Zugang für hilfesuchende Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Suizidalität mit dem Ziel der Reduktion von Suizidalität und der psychosozialen Unterstützung. Angebote der niedrigschwelligen Suizidprävention sollten für Betroffene leicht zugänglich, vertraulich, bestenfalls kostenfrei und ohne Wartezeit verfügbar sein. Ziel dieses Berichts ist es, die Probleme und Herausforderungen der niedrigschwelligen Suizidprävention vorzustellen, zu diskutieren und Möglichkeiten sowie Ansätze für den Umgang mit diesen Problemen aufzuzeigen. Ferner sollen ein Überblick über bereits bestehende Akteurinnen und Akteure der niedrigschwelligen Suizidprävention sowie Impulse für weitere Angebote gegeben werden. Zur Erfassung des Status quo der niedrigschwelligen Suizidprävention wurden eine quantitative und zwei qualitative Befragungen durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse der Befragungen zeigten, dass als häufigstes Problem die fehlende oder zeitlich begrenzte Finanzierung von Projekten zur Suizidprävention genannt wurde. Darüber hinaus wurden die schwierige Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen, Stigmatisierung und Tabuisierung von Suizidalität sowie die fehlende Vernetzung von Angeboten und Projekten thematisiert. Es wird deutlich, dass konkrete Maßnahmen zu einer Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention führen würden. Zentral sind hierbei vor allem eine Vernetzung der Akteurinnen und Akteure sowie eine zentrale Informationsstelle, Öffentlichkeitsarbeit sowie ein besonderer Fokus auf Risikogruppen (z. B. Männer). Weitere Vorschläge und Maßnahmen werden im Bericht vorgestellt und diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER *Krisenintervention, Suizidalität, Telefonseelsorge, Seelsorge, Krisendienste, niedrigschwellig*

ABSTRACT Low-threshold suicide prevention includes professional, semi-professional, and lay-supported services and serves to provide barrier-free access for persons seeking help with various forms of suicidality with the aim to reduce suicidality and to provide psychosocial support. Low-threshold suicide prevention should be easily accessible to those affected, confidential, free of charge, and available without long wait times for available appointments. The aim of this report is to present and discuss the problems and challenges of low-threshold suicide prevention and to identify possibilities and approaches to deal with these challenges. Furthermore, an overview will be given of already existing programs in low-threshold suicide prevention as well as impulses for further offers. To determine the status quo of low-threshold suicide prevention, one quantitative and two qualitative surveys were conducted and evaluated. The results of the studies showed that the most frequent problem cited was the lack of funding. In addition, the difficult accessibility of certain groups of people, stigmatization of suicidality, as well as the lack of networking of services and projects were addressed. Concrete measures could lead to an improvement in low-threshold suicide prevention. Central here are above all an improved networking of all prevention services as well as a central information office, public relations work and a special focus on risk groups (e.g. men). Further proposals and measures are presented and discussed in the report.

KEY WORDS *Crisis intervention, suicidality, telephone counseling, pastoral care, crisis services, low-threshold*

Einleitung

Niedrigschwelligkeit im psychosozialen Bereich: Niedrigschwellige Suizidprävention unterliegt keiner einheitlichen Definition. Dabei ist der Begriff der Niedrigschwelligkeit allgemein und auch im psychosozialen Bereich weit verbreitet. Der Duden definiert Niedrigschwelligkeit wie folgt: „nicht an [nur schwer erfüllbare] Vorbedingungen geknüpft; schnell und unbürokratisch zu erhalten“ (Dudenredaktion, 2019b). In der Sozialen Arbeit wird häufig von Niedrigschwelligkeit in Bezug auf Arbeits- oder Herangehensweisen psychosozialer Dienste gesprochen (Redemeyer & Block, 2011). Doch auch in diesem Feld ist weder die Verwendung einheitlich noch die Definition umfassend (Haas, 2017).

Niedrigschwelligkeit ist nicht nur als Attribut einer Akteurin oder eines Akteurs in einer Beziehung zu betrachten, sondern auch als ein interaktionelles Geschehen, zu dem beide Seiten, also auch diejenige Person, die ein psychosoziales Angebot in Anspruch nimmt, beitragen. Um die Thematik differenzierter zu betrachten, können zunächst die von Hartmann (2007) aufgestellten *Kriterien für Niedrigschwelligkeit* in Bezug auf soziale Hilfsangebote herangezogen werden (siehe Tabelle 8.1).

Die genannten Kriterien lassen sich auf jegliche Hilfsangebote im sozialen Bereich beziehen, so auch auf niedrigschwellige suizidpräventive Angebote. Anonymität und Vertraulichkeit sind bei einem hochsensiblen Thema wie Suizidalität beispielsweise besonders wichtig. Ebenso muss eine gewisse Offenheit der Helfenden vorhanden sein, damit Betroffene sich an sie wenden und ihnen gegenüber auch öffnen. Dies bedeutet z. B., dass Suizidalität als subjektiver Lösungsversuch in einer schwierigen Situation zu respektieren, anzunehmen und auszuhalten ist, um gemeinsam nach alternativen Möglichkeiten zu suchen. Hartmann (2007) erläutert aber auch, dass die Definition von Niedrigschwelligkeit stets neu an die jeweilige Zielgruppe und deren Bedürfnisse angepasst werden muss. Ob ein Angebot niedrigschwellig ist, kann nicht universell entschieden

werden, sondern ist auch abhängig von den inneren und äußeren Umständen einer Person. So kann z. B. die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik für eine Gruppe von Personen eine hohe Schwelle haben, nämlich dann, wenn die Personen Zwang und Willkür fürchten. Andere Personen aber können die stationär-psychiatrische Behandlung als niedrigschwellig und leicht zugänglich erleben, wenn sie den angebotenen Schutz, die Versorgung und die therapeutischen Maßnahmen als angenehm erleben können.

- | |
|--|
| 1. Offenheit |
| 2. Keine formalen Hürden |
| 3. Alltagsnähe |
| 4. Individuelle Settings sind möglich |
| 5. Flexible Zugangswege |
| 6. Die Nutzung des Angebots ist nicht stigmatisierend, der Ort ist positiv belegt |
| 7. Kombination von „Komm- und Gehstruktur“ |
| 8. Anonymität/Vertraulichkeit |
| 9. Freiwilligkeit und Auftragsorientierung |
| 10. Berücksichtigung einer angemessenen Informations- und Kommunikationsform |
| 11. Beachtung spezieller kultureller, religiöser oder weltanschaulicher Hintergründe |
| 12. Angebote unter einem Dach und in vertrauten Räumen |
| 13. Nutzerinnen- und nutzerfreundliche Öffnungszeiten |
| 14. Berücksichtigung biografischer Zeitfenster |
| 15. Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit zu anderen Angeboten |

Tabelle 8.1: Qualitätskriterien für Niedrigschwelligkeit (Hartmann, o.J., 2007)

Niedrigschwellige Suizidprävention beinhaltet noch weitere spezifische Aspekte: So setzt sie bei (noch) nicht suizidgefährdeten Personen bereits an, fördert wissenschaftlich basierte mediale Information und Kenntnisvermittlung, mit dem Ziel einer breiten Enttabuisierung von Suizid und Suizidalität in der Gesellschaft, um eine allgemeine Schwelle zu Hilfen und Unterstützung zu überwinden. Im englischen Sprachgebrauch wird „Niedrigschwelligkeit“ nicht wortwörtlich mit „low-threshold“, sondern häufiger mit „barrier free“ übersetzt, was die Überlegung nahelegt, auch im Deutschen von „Barrierefreiheit“ zu sprechen. Dadurch würde deutlicher gemacht, dass für suizidale Personen zahlreiche Hindernisse existieren, welche die Inanspruchnahme von Hilfe erschweren oder sogar für manche unmöglich machen. Goldsmith et al. (2002) zählen einige Barrieren der Suizidprävention auf. Darunter fallen beispielsweise Stigmatisierung und Diskriminierung, Hürden des Gesundheitssystems (z. B. Wartezeiten) oder auch psychische Barrieren der Betroffenen. Letztere können unter anderem die Angst vor Hospitalisierung sowie Medikation oder der Glauben, alle Probleme alleine lösen zu können, sein.

Definition niedrigschwellige Suizidprävention

Niedrigschwellige Hilfen bei Suizidalität sind professionelle, semiprofessionelle und laiengestützte Angebote. Sie können Menschen mit unterschiedlichen Formen von Suizidalität (sowohl suizidale Gedanken mit unterschiedlich ausgeprägtem Handlungsdruck als auch suizidales Verhalten) mit möglichst geringem Aufwand erreichen. Hierzu zählen auch präventive Angebote für Personen aus Risikogruppen für Suizidalität. Das Ziel der Hilfen ist die wirksame Unterstützung und folglich eine Reduktion der Suizidgefahr. Unter möglichst geringem Aufwand werden niedrige formale Hürden, wie beispielsweise eine minimale zeitliche Verzögerung, ein minimaler Kostenaufwand sowie eine maximal

leichte Erreichbarkeit (i. S. d. Zugänglichkeit), verstanden. Hinzu kommt auch die Berücksichtigung von Wünschen nach Anonymität gegenüber den Helfenden und den Trägern. Niedrigschwellige Suizidprävention berücksichtigt zudem psychische, soziale, kulturelle und körperliche Barrieren der Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer. Hierzu zählen besondere Ängste, paranoide Befürchtungen und negative Erfahrungen mit Professionellen des Gesundheitswesens. Zu den niedrigschwelligen suizidpräventiven Angeboten gehören Telefon-Hotlines und internetbasierte Angebote, beispielsweise E-Mail-Beratung, Chats oder Foren. Außerdem zählen dazu Einrichtungen wie lokale Krisendienste, Beratungsstellen, psychosoziale Zentren und Selbsthilfegruppen. Dabei sei erneut betont, dass niedrigschwellige Suizidprävention immer kontextabhängig ist, d. h. sowohl personen- als auch situationsspezifisch. Wie niedrigschwellig ein Angebot wahrgenommen wird, kann zwischen verschiedenen Personen und Personengruppen und auch in unterschiedlichen Lebenssituationen variieren. Gruppen, welche diesbezüglich unterschieden werden sollten, sind unter anderem Kinder, Jugendliche, alte Menschen, körperlich schwer kranke Menschen, geschlechtsspezifische Gruppen, Nicht-Deutschsprachige, Asylsuchende, Migrantinnen und Migranten, Angehörige nach Suizid, Strafgefangene oder bildungsferne Menschen.

Der vorliegende Bericht wurde von Mitgliedern der Teilprojektgruppe „Niedrigschwellige Suizidprävention“ in mehreren Arbeitsmeetings, Workshops und gemeinsamen Symposien mit Mitgliedern von Organisationen aus der niedrigschwelligen Suizidprävention erstellt. Die niedrigschwellige Suizidprävention zeichnet sich durch ein vielfältiges Netzwerk verschiedenster Berufsgruppen (z. B. Medizin, Pflege, Psychologie, Soziale Arbeit), Angebote (z. B. Krisendienste, psychiatrische Kliniken, Telefonseelsorge) und Formate (face-to-face, online, telefonisch) aus. In die Auswertung werden die Ergebnisse von qualitativen und quantitativen Befragungen einbezogen und deren Ergebnisse vorgestellt.

8.1 Aktueller Stand der niedrigschwelligen Suizidprävention

Der aktuelle Stand der niedrigschwelligen Suizidprävention wird zugleich mit der Analyse von vorherrschenden Problemen in diesem Segment der Suizidprävention erörtert.

8.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidalität im niedrigschwelligen Bereich

Die strukturellen, ressourcenbezogenen und finanziellen Problemlagen der niedrigschwelligen Suizidprävention werden anhand zweier qualitativer und einer quantitativen Erhebung vorgestellt, welche durch die Teilprojektgruppe „Niedrigschwellige Suizidprävention“ durchgeführt wurden.

8.1.1.1 Quantitative Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der niedrigschwelligen Suizidprävention

Zunächst wurden 404 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der niedrigschwelligen Suizidprävention nach ihrer Tätigkeit, den darin enthaltenen Problemlagen und möglichen, aus der Praxis generierten Lösungsoptionen, befragt (Tabelle 8.2).

Zunächst wurde ermittelt, dass es bestimmte Personengruppen sind, die selten niedrigschwellige Hilfen in Anspruch nehmen (Tabelle 8.3). Hierzu zählen besonders alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Geflüchtete, Suchtkranke und Männer.

Geschlecht = weiblich (n = 379)	255 (67,3%)
Alter in Jahren M (SD), Range (n = 380)	50,07 (10,95), 24–75
Kategorisierte Berufe (n = 381)	
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten/Psychologinnen und Psychologen	176 (46,2%)
Ärztinnen und Ärzte/Psychiaterinnen und Psychiater	11 (2,9%)
Psychosoziale Beraterinnen und Berater	60 (15,7%)
Geistliche/Seelsorgerinnen und Seelsorger	36 (9,4%)
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter/(Sozial-)Pädagoginnen und Pädagogen	82 (21,5%)
Ehrenamtliche	1 (0,3%)
Apothekerinnen und Apotheker	7 (1,8%)
Sonstige	8 (2,1%)

Tabelle 8.2: Demographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Alte Menschen	76 (18,8%)
Kinder und Jugendliche	100 (24,8%)
Migrantinnen und Migranten	82 (20,3%)
Frauen	8 (2,0%)
Männer	21 (5,2%)
Geflüchtete	126 (31,2%)
Suchtkranke	71 (17,2%)
Sonstige	16 (4,0%)

Tabelle 8.3: Personengruppen, die selten niedrigschwellige Hilfen in Anspruch nehmen (n = 404).

Zur Einschätzung, welche möglichen Ursachen oder Hindernisse Suizidgefährdete oder ihre Angehörigen davon abhalten, Hilfe in Anspruch zu nehmen, nannten

die befragten Teilnehmenden (n = 404) Scham, Angst vor Stigmatisierung, Vorurteile gegen Hilfsangebote und Therapie, Freiheitsentzug, und Informationsdefizite über das Hilfsangebot (Tabelle 8.4).

Als strukturelle Hindernisse bzw. Schwierigkeiten in ihrer Arbeit mit suizidalen Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen, wurden von den befragten Teilnehmenden am häufigsten ein Mangel an Therapieplätzen genannt, gefolgt von einem Mangel an fachärztlichen Ressourcen und schwerer Erreichbarkeit der Klientinnen und Klienten. Weiterhin berichteten die Teilnehmenden, dass rechtliche Unsicherheiten ein strukturelles Hindernis darstellten, und es zudem einen Mangel an öffentlichem Bewusstsein für die Problematik der Suizidalität in der Gesellschaft gibt. Als weitere Schwierigkeiten sahen die befragten Teilnehmenden in ihrer Arbeit mit suizidaler Klientel und deren Angehörigen vor allem den Mangel an finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen für die Arbeit.

Ursachen/Hindernisse, Hilfe in Anspruch zu nehmen	
Scham	65%
Angst vor Stigmatisierung	56%
Vorurteile gegen Hilfsangebote und Therapie	56%
Angst vor Freiheitsentzug	56%
Informationsdefizite über das Hilfsangebot	51%
Strukturelle Hindernisse	
Schwierigkeiten bei Weitervermittlung der Klientel:	
Mangel an Therapieplätzen	57%
Mangel an fachärztlichen Ressourcen	46%
Mangel an Bereitschaft der Klientel	29%
Personelle/finanzielle Hindernisse	
Mangel an finanziellen Ressourcen	24%
Mangel an personellen Ressourcen	36%
Mangel an zeitlichen Ressourcen/Mangel an Anleitungen	42%

Tabelle 8.4: Ursachen/Hindernisse, die der Verbesserung der Suizidprävention entgegenstehen.

8.1.1.2 Erfassung der niedrigschwelligen Suizidprävention in Deutschland

Um die erfahrungsbasierte Einschätzung von Tätigen in der niedrigschwelligen Suizidprävention systematisch und zugleich differenziert zu erfassen, wurden zwei Fokusgruppensymposien veranstaltet, die sich im Abstand von einem Jahr der Frage der Problemfelder und der Entwicklung besserer Strukturen niedrigschwelliger Suizidprävention widmeten. Diese sehr interaktive und diskursive Form der Untersuchung trug

dem Umstand Rechnung, dass niedrigschwellige Institutionen oftmals wissenschaftsfern, zugleich aber kommunikations- und austauschfreudig sind. Zu Gunsten einer strikten Generalisierbarkeit wurde somit ein Meinungsbild erstellt, das zwar nicht vollständig ist, aber Einblicke in die Einschätzungen der vor Ort tätigen Personen niedrigschwelliger Suizidprävention bietet. Abbildung 8.1 zeigt Kategorien niedrigschwelliger Suizidprävention in einer grafischen Darstellung, die die vielfältige Verknüpfung verschiedener Themenfelder visualisiert.

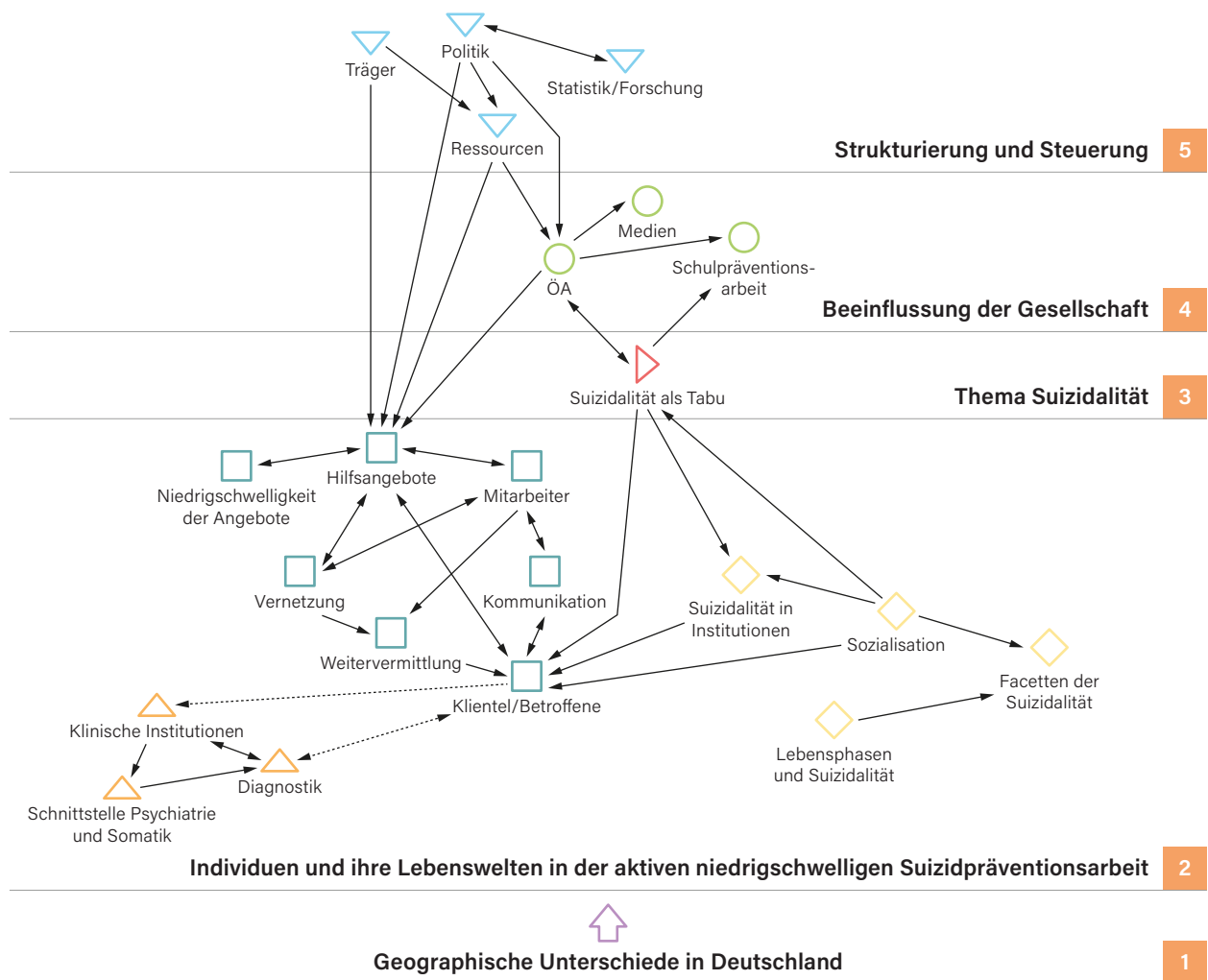


Abbildung 8.1: Kategorien der niedrigschwelligen Suizidprävention in Deutschland.

8.1.1.2.1 Strukturelle und steuernde Faktoren der niedrigschwelligen Suizidprävention

In einer ersten Studie wurden zunächst die strukturellen und steuernden Faktoren der niedrigschwelligen Suizidprävention benannt. Sie umschließen diejenigen Faktoren, die der niedrigschwelligen Suizidprävention einen organisationalen und direktiven Rahmen geben. Ohne diese Aspekte wäre die Durchführung der suizidpräventiven Arbeit nicht oder nur sehr schwer möglich. Neben Möglichkeitsräumen für die Suizidprävention werden durch diese Faktoren allerdings auch Grenzen geschaffen. Die **Politik**, so die Ansicht der teilnehmenden Personen, bestimmt maßgeblich mit, wie und in welchem Ausmaß niedrigschwellige Suizidprävention betrieben wird. Mit der Förderung von Projekten und dem Erlassen von Gesetzen nimmt die Bundesregierung Einfluss auf die Suizidprävention in Deutschland. Durch Entscheidungen, wie beispielsweise über das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) oder die polizeiliche Personalgestaltung in den Bundesländern, bestimmt die Politik zudem die aktive suizidpräventive Arbeit maßgeblich mit. Ebenso bedeutsam sind die **Träger**, welche Ressourcen zur Verfügung stellen, die dringend benötigt werden, um effektive Arbeit zu leisten. Darüber hinaus leisten manche Träger selbst niedrigschwellige Suizidprävention und sind damit nicht nur Geberin und Geber von Finanzmitteln. Als weiteres steuerndes Element wurde die Forschung identifiziert. Im **klinischen Bereich** forderten die teilnehmenden Psychiaterinnen und Psychiater der Fokusgruppen eine größere rechtliche Sicherheit und Aufklärung über Rechtsfragen. Weitere Verbesserungsideen der Teilnehmenden betreffen unter anderem Veränderungen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), in welches Suizidprävention als finanzierbare Leistung aufgenommen werden soll oder die Einrichtung einer bundesweiten Notrufnummer (z.B. 113) für Personen mit „Suizidgedanken und persönlichen Krisen“.

8.1.1.2.2 Ressourcen der niedrigschwelligen Suizidprävention

Das Thema finanzieller, personeller, zeitlicher und räumlicher Ressourcen hat in der niedrigschwelligen Suizidprävention eine hohe Relevanz. Das Vorhandensein und besonders das Fehlen dieser Ressourcen beeinflussen die suizidpräventive Arbeit im niedrigschwelligen Bereich in großem Ausmaß. Die Finanzierung von Einrichtungen und Projekten findet durch unterschiedliche Träger statt. Telefon- und Onlineseelsorgen werden häufig durch kirchliche und andere Träger der freien Wohlfahrtspflege finanziert. Da sie nicht im staatlichen Pflichtleistungskatalog aufgeführt sind, ist die Finanzierung oftmals unsicher. Teilweise bestehen Mischfinanzierungsmodelle, bei denen die Stellen der Hauptamtlichen beispielsweise zu 50% von kirchlichen oder örtlichen/kommunalen Trägern finanziert und zu 50% durch die Stellen vor Ort refinanziert werden müssen. Damit deutschlandweit Notfallseelsorge und -beratung (insbesondere bei der Telefonseelsorge) geleistet werden kann, sind die Einrichtungen zudem auf ehrenamtliche Mitarbeit angewiesen, da mit den bestehenden Mitteln nicht genügend hauptamtliche Stellen finanziert werden können. Aus diesem Grund wird ein Großteil der seelsorgerischen und beratenden Tätigkeiten in der niedrigschwelligen Suizidprävention von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geleistet.

Die Beratungsarbeit suizidaler Klientinnen und Klienten selbst wird als eine große psychische Belastung für Mitarbeitende empfunden. Umso wichtiger erscheint die Betreuung derjenigen, die suizidalen Menschen Hilfe bieten. Supervision ist eine gute Möglichkeit, Mitarbeitende sowohl zu entlasten als auch die Qualität ihrer Arbeit zu fördern. Sie wird in manchen, aber nicht allen Einrichtungen angeboten. Vor allem ehrenamtliche Mitarbeitende scheinen nicht ausreichende supervisorische Betreuung zu erhalten. Darüber hinaus können explizite Schulungen zum Thema „Umgang mit Suizidalität“ helfen, persönliche Belastungen zu ver-

mindern und gleichzeitig die Arbeit mit den Betroffenen zu verbessern. Im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit, die geleistet werden muss, um die eigene Einrichtung bekannt zu machen, werden personelle Mängel genannt. Oft müssen Beraterinnen und Berater diese Arbeit zusätzlich zur Arbeit mit Klienten leisten, obwohl sie diesbezüglich nicht ausgebildet sind. Eine Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit könnte die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden senken.

In Psychiatrien bestehen in der Regel keine akuten finanziellen Mängel, allerdings häufig Personalmangel. In den anderen Feldern, die auf Honorarkräfte zurückgreifen, besteht der Wunsch, diese besser zu bezahlen. An räumlichen Ressourcen fehlt es vor allem in Ballungsgebieten, in denen Räumlichkeiten sehr teuer sind. Als Lösung für viele dieser Probleme erhoffen sich die Teilnehmenden eine stärkere staatliche Unterstützung für die Einrichtungen, die niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland durchführen.

8.1.1.2.3 Aufklärungsarbeit als Teilbereich der niedrigschwelligen Suizidprävention

Enttabuisierung der Suizidalität: *Aufklärungsarbeit* enthält jene Aspekte der niedrigschwelligen Suizidprävention in Deutschland, die sich damit beschäftigen, das Thema Suizidalität ins Bewusstsein der Menschen zu rufen und besprechbar zu machen. Eines der größten Ziele ist es, das Thema Suizidalität zu enttabuisieren. Darüber hinaus sollen insbesondere niedrigschwellige Hilfsangebote bekannter gemacht und der individuelle, aber auch der gesellschaftliche Umgang mit Suizidalität positiv beeinflusst werden. Aufklärungsarbeit, Information und Vermittlung von Kenntnissen der niedrigschwelligen Suizidprävention umfassen dabei folgende drei Subkategorien: *Öffentlichkeitsarbeit, Medien und Schulpräventionsarbeit*. Der zentrale Mechanismus der Aufklärungsarbeit ist die Öffentlichkeitsarbeit, welche verschiedene Medien nutzt, um unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen. Ein häufig auftauchender Aspekt ist die niedrigschwellige Schulsuizidpräventionsarbeit, welche zum Ziel hat, das Thema Suizidalität schon in frühen Jahren zu enttabuisieren und jungen Betroffenen Hilfsmöglichkeiten an die Hand zu geben. Es stel-

len sich zwei große Aufgabenbereiche der Öffentlichkeitsarbeit in Verbindung mit Suizidprävention heraus. Zum einen sollte sie zum Ziel haben, Suizidalität zu enttabuisieren und besprechbar zu machen, da noch immer zu viele Menschen die Augen davor verschließen. Zum anderen ist es notwendig, Wissen über die bestehenden Hilfsangebote zu vermitteln, von denen die breite Bevölkerung nicht genug Kenntnis zu haben scheint. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Symposien nannten folgende Medien, welche für suizidpräventive Öffentlichkeitsarbeit in ihren Einrichtungen genutzt werden: Printmedien (z. B. Zeitungen, Flyer, Plakate, Postkarten), Onlinemedien (z. B. Social Media wie Facebook und Instagram, YouTube, Websites), Fernsehen, Radio und Sonstiges (z. B. Give-aways, wie Kugelschreiber oder Aktionskunst, Installationen). Die Medien der Öffentlichkeitsarbeit sollten dabei zielgruppenspezifisch gewählt werden: Die älteren Generationen nutzen eher Zeitungen und Zeitschriften oder Fernsehen und Radio, um sich über niedrigschwellige Angebote zu informieren. Die jungen Menschen lassen sich hingegen besser durch Onlinemedien oder Plakate und Postkarten erreichen. Nachteilig an Printmedien ist beispielsweise, dass die Aktualität der Informationen nicht dauerhaft ist. Telefonnummern und Ansprechpartnerinnen und -partnern von Hilfeeinrichtungen können sich ändern, beziehungsweise wechseln, sodass ausgelegte Flyer und Zeitschriften nicht mehr aktuell sind. Um dieses Problem gedruckter Informationsträger generell zu umgehen, können Onlinemedien, wie beispielsweise Websites, genutzt werden. Beispielhaft sei die Stadt Krefeld genannt, in der ein Psychosoziales Adressbuch als Online-Plattform besteht, in das sich alle Einrichtungen und Projekte eintragen und ihre Daten selbstständig aktualisieren können. Nach einem derartigen Vorbild könnte auch eine deutschlandweite Information zur niedrigschwelligen Suizidprävention erstellt werden.

8.1.1.2.4 Kommunikationskanäle in der niedrigschwelligen Suizidprävention

Gelingende Kommunikation zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Hilfesuchenden ist ein notwendiger Bestandteil für erfolgreiche suizidpräventive Arbeit.

Umso wichtiger ist es, zu erkennen, dass unterschiedliche Personengruppen unterschiedliche Arten der Kommunikation nutzen. Dabei geht es nicht nur um die Sprache an sich, welche beispielsweise bei Migrantinnen und Migranten oder kognitiv beeinträchtigten Personen häufig eine große Barriere ist, sondern auch um Kommunikationskanäle. Jugendliche beispielsweise nutzen vermehrt Onlineangebote, um in Kontakt mit niedrigschwelligen Angeboten zu kommen. Ältere Personen suchen bevorzugt das persönliche Gespräch oder nutzen telefonische Beratungen. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede der Nutzung von Kommunikationsformen sollten beachtet werden: Vermutlich nutzen Männer, im Vergleich zu Frauen, Beratungsangebote deutlich geringer, weil dort durch die überwiegend weiblichen Mitarbeiterinnen geschlechtsspezifisch einseitige Formen von Kontakt und Zuwendung angeboten wird. Perspektivisch ist es wohl sinnvoll, sich die unterschiedlichen Aspekte von Kommunikation in Bezug auf verschiedene Zielgruppen bewusst zu machen und die Arbeit mit Betroffenen entsprechend zu modifizieren.

8.1.1.2.5 Wen erreicht die niedrigschwellige Suizidprävention?

Die verschiedenen Felder niedrigschwelliger Suizidprävention erreichen unterschiedliche Zielgruppen: Telefon- und Onlineseelsorge erreicht folgende Personengruppen gut: Jugendliche, Mädchen, Frauen, Menschen mit psychischen Störungen, einsame Personen, Menschen aus der LGBT-Community, „westdeutsche Männer“²⁸ besser im Vergleich zu „ostdeutschen Männern“. Innerhalb der spezifischen Telefonseelsorge der Polizei werden eher Beamtinnen und Beamte über 45 Jahre erreicht. Weniger gut erreichte Personengruppen sind in der Telefon- und Onlineseelsorge: Jungen, Männer, alte Menschen, Migrantinnen und Migranten und „ostdeutsche Männer“. Im medizinisch-psychiatrisch-psychosomatischen Feld sind dies besonders onkologi-

sche Patientinnen und Patienten, anderweitig körperlich erkrankte und zugleich suizidale Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, mit Intoxikation oder im Delir, ältere (männliche) Personen nach Operationen, gerade wenn sie Zugang zu Waffen haben, Migrantinnen und Migranten, ältere, suizidale Frauen, die sich in Rehakliniken befinden, Heranwachsende (Alter: 17–18 Jahre) und Menschen mit geistiger Behinderung.

8.1.1.2.6 Vernetzung innerhalb der niedrigschwelligen Suizidprävention

Die gegenseitige Vernetzung von Institutionen der niedrigschwelligen Suizidprävention scheint in vielen Bereichen bereits gut zu funktionieren. Viele Telefonseelsorgestellen sind eng mit Krisendiensten und sozialpsychiatrischen Diensten verbunden. Die polizeilichen Suizidpräventionsdienste sind oftmals gut mit sozialarbeiterischen, psychologischen und medizinischen Diensten verknüpft (siehe Bericht der TPG „Suizidprävention im beruflichen Umfeld“). Außerdem gibt es zahlreiche Zusammenschlüsse verschiedener Protagonisten der Suizidprävention (z. B. Berliner Netzwerk zur Suizidprävention, Arbeitskreis Suizidprävention in Würzburg, Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention). Unter anderem sind in solchen Kooperationen Kliniken, sozialpsychiatrische Dienste, Seelsorge- und Beratungsstellen, Schulpsychologen, Senatsverwaltungen etc. vertreten. Dennoch gibt es ein solches enges und kooperatives Zusammenarbeiten nicht flächendeckend überall in Deutschland. Es besteht vielmehr auch ein Mangel an gegenseitigem Austausch und wechselseitiger Unterstützung. Ein weiteres Defizit wurde in Bezug auf den medizinisch-psychiatrischen Bereich deutlich. Die Vernetzung klinischer Institutionen mit niedrigschwelligen außerklinischen Angeboten ist oftmals weniger gelungen. Die Optimierung der Zusammenarbeit dieser Bereiche würde die gesamte Suizidprävention vermutlich um einiges stärken.

²⁸ Hinter den Bezeichnungen „westdeutsche“ und „ostdeutsche“ Männer verbergen sich Stereotypen, die im Kontext deutscher Geschichte kritisch betrachtet werden müssen. Sie wurden in diesen Bericht aufgenommen, da sie zum einen in den Diskussionen der Symposien der Teilprojektgruppe von mehreren Beteiligten unabhängig genannt wurden und zum anderen eine spezifische Problematik benennen, die eine Gruppe von Männern hat, sich im Gespräch mit anderen bedürftig zu zeigen und zu erleben sowie Hilfe und Unterstützung aus einem vertrauensvollen Gespräch mit zunächst unbekanntem Fachleuten zu gewinnen. Diese Problematik ist dann letztlich nicht geographisch auf Bewohner des Ostens Deutschlands beschränkt.

8.1.1.2.7 Niedrigschwellige Suizidprävention in medizinischen Institutionen

Suizidale Menschen erhalten niedrigschwellig Unterstützung in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Besondere Anlaufstellen mit leichtem Zugang sind dabei Hausärztinnen und Hausärzte, Krisenzentren, ärztliche Leitstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Tageskliniken, sowie psychiatrische und (psycho-)somatische Kliniken. Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass die Schwelle für die Aufnahme von weiterführenden Beratungen und Behandlungen bei Suizidalität und/oder nach einem Suizidversuch von einem einfühlsamen und zielgerichteten Kontakt abhängt, der auch eine dezidierte Planung und Anbahnung des nächsten Schrittes der Behandlung beinhalten kann (vgl. z.B. Fiedler et al. 1999, 2007, 2020). Die Art der klinischen Behandlung kann dabei stationär, tagesklinisch, ambulant oder auch nur mit einmaligem Kontakt stattfinden. Im Umgang mit dem Thema Suizidalität werden in somatischen Kliniken unter anderem Konsiliardienste beauftragt, die Schwere der Suizidalität einer Person zu beurteilen und einen ersten, klärenden und weiterleitenden Kontakt zu vermitteln. Dass hier im Kontakt zwischen Professionellen und Patientinnen und Patienten auch über die „Schwelle“ verhandelt wird, die zum nächsten Behandlungsschritt besteht, ist von eminent wichtiger Bedeutung.

Ein weiterer Aspekt niedrigschwelliger Suizidprävention liegt im Angebot von spezifischen Krisendiensten für medizinische Einrichtungen nach einem Suizid oder einem schweren Suizidversuch. Als Beispiel für eine organisierte Form von sogenannten Suizidkonferenzen seien hier die fünf Kriseninterventionsteams für Tageskliniken in der Nähe von Hildburghausen (Thüringen) genannt, welche satellitenartig aufgebaut und für den Fall eines Suizids oder eines schweren Suizidversuchs einsatzbereit sind. In einer anderen Klinik bilden drei Professionelle aus Medizin, Psychologie und Pflege einen Zusammenschluss zu einem Suizidkrisendienst. Dieser bietet im Fall eines Suizids/-versuchs auf Station Gesprächsangebote für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende an. Ziel ist es, Folgesuizide zu verhindern und die Bewältigung des Suizids zu erleich-

tern und die Arbeitsfähigkeit der Professionellen wieder herzustellen.

Gerade in somatischen Krankenhäusern ohne psychiatrische Fachabteilungen ist die Seelsorge ein wichtiger Bestandteil der niedrigschwelligen suizidpräventiven Arbeit, wobei hier auch eine Schwelle darin bestehen kann, dass nicht religiös orientierte Personen das Gespräch mit Seelsorgerinnen und Seelsorgern meiden oder ablehnen könnten. Trotz der weit verbreiteten Kenntnis über die Bedeutung einer zeitnahen und verbindlichen Vermittlung in nachfolgende Hilfesysteme sind immer noch ein Mangel an poststationären Angeboten beziehungsweise zu lange Wartezeiten auf eine ambulante Versorgung einerseits und Widerstände, weitere Hilfen in suizidalen Krisen aufzusuchen, andererseits klinischer Alltag.

8.1.2 Darstellung der relevanten Akteure in der niedrigschwelligen Suizidprävention

Die niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland zeichnet sich durch eine Vielfalt von Hilfsangeboten für suizidale Personen, deren Angehörigen und sonstige Betroffene aus. Die Hilfsangebote können sowohl im regulären Face-to-Face-Setting als auch im Online-Setting stattfinden. In Deutschland werden die meisten Angebote der niedrigschwelligen Suizidprävention durch kirchliche (z. B. Diözesen, Dekanate, Wohlfahrtsverbände, Diakonie, Caritas), kommunale oder staatliche Träger realisiert.

- *Klinisches Setting.* In einer akuten suizidalen Krise haben Menschen die Möglichkeit, den Polizeiruf 110 oder einen psychiatrischen oder allgemeinen medizinischen Notdienst anzurufen. Diese Dienste vermitteln häufig bei suizidalen Äußerungen, insbesondere nachts und an Sonn- und Feiertagen, ein Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt in der Aufnahme einer psychiatrischen Klinik. In hochakuten Situationen mit deutlicher Gefahr für das Leben der Personen kann auch eine Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer erfolgen. Die

Aufnahme in psychiatrische Kliniken ist i. d. R. rund um die Uhr möglich. Im Falle akuter Suizidalität und/oder nach einem Suizidversuch findet die Aufnahme oftmals auch zunächst über die zentralen Aufnahme-stationen der Krankenhäuser statt. Niedrigschwelligkeit in dieser Situation ist somit durch die klinische Versorgung in Deutschland gewährleistet: Jede und jeder muss, wenn notwendig, aufgenommen werden.

- *Krisendienste.* Weitere Strukturen, auf die Menschen in Krisen zurückgreifen können, sind lokale Krisendienste/Krisenzentren oder Krisenpensionen, die es inzwischen in vielen größeren deutschen Städten gibt. Krisendienste beraten kostenlos, anonym, vertraulich und kurzfristig vor Ort oder telefonisch, wodurch ihnen bei den häufig langen Wartezeiten niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine besondere Bedeutung zukommt. Krisenhilfe ist unterschiedlich organisiert; Beispiele sind der Arbeitskreis Leben in Baden-Württemberg. In Berlin gibt es beispielsweise in jedem Bezirk, also an neun Standorten, den sogenannten „Berliner Krisendienst“. Nachts steht ein telefonisch zu erreichender, überregionaler Bereitschaftsdienst auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung. Seltener bieten Krisenzentren, wie beispielsweise der Berliner Krisendienst, auch einen mobilen Kriseninterventionsdienst an. Aufsuchende Hilfe und Hausbesuche findet ansonsten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst statt, welchen es in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt gegenwärtig gibt.
- *Telefon- und Onlineseelsorgen.* Ähnlich wie die Krisendienste bieten auch die verschiedenen Einrichtungen der Telefon- und Onlineseelsorge bundesweit eine niedrigschwellige Telefonberatung, Mailberatung, Chatberatung, und Vor-Ort-Beratung an. Die Telefonseelsorge wird größtenteils von geschulten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen (Weber, 2006). Darüber hinaus gibt es spezialisierte Angebote, wie beispielsweise für suizidgefährdete junge Menschen das Caritas-Beratungsangebot „U25“ für Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren, das ebenfalls von ausgebildeten, ehrenamtlichen Peer-Beraterinnen und -Beratern unter 25 Jahren durchgeführt wird.
- *Nummer gegen Kummer e.V.* Der Verein richtet sich an Kinder und Jugendliche in Krisen sowie an deren Eltern und bietet anonyme Unterstützung per Telefon, Chat oder E-Mail. Nummer gegen Kummer e.V. wird vom Deutschen Kinderschutzbund unterstützt und engagiert sich zusätzlich in Projekten für pflegende Kinder und Jugendliche sowie in der Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- *Seelsorge.* Kirchliche (Polizei-)Seelsorgerinnen und Seelsorger betreuen mitunter Menschen in Krisen auf kommunaler Ebene, in Krankenhäusern und Betroffene aus dem Polizeidienst.
- *Sozialpsychiatrische Dienste.* Die sozialpsychiatrischen Dienste sind ein wichtiges Element der psychosozialen Versorgung in den einzelnen Bundesländern und werden daher je nach Standort durch verschiedene Stellen finanziert. Zu den Aufgaben zählen vor allem die Sicherstellung der Versorgung psychisch erkrankter Personen sowie die Vernetzung verschiedener psychosozialer Unterstützungsangebote (Ambulanzen, Kliniken, Tagesstätten etc.).
- *Angehörige nach Suizid.* Angehörige nach einem Suizid finden Unterstützung durch AGUS e.V. und den Bundesverband für verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. Der Verband AGUS – Angehörige um Suizid e.V. ist eine bundesweite Selbsthilfeorganisation für Trauernde, die einen nahe stehenden Menschen durch Suizid verloren haben. AGUS ist in Europa der größte und älteste Verein, der sich seit mehr als 25 Jahren für die Belange und Interessen Suizidtrauernder einsetzt. Getragen wird der Verein vom ehrenamtlichen Engagement der Gruppenleiterinnen und -leiter, Vorstände und Mitglieder. AGUS bietet Unterstützung wie beispielsweise durch Beratung von Betroffenen per Telefon und/oder E-Mail sowie Vermittlung von Selbsthilfegruppen. Der Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. (VEID) bietet deutschlandweit Familien, die ein Kind durch Suizid verloren haben, ein Netzwerk, in welchem Hinterbliebene vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten erhalten. Durch den Bundesverband als Dachverband erhalten inzwischen mehr als 500 Selbsthil-

fegruppen für verwaiste Eltern und trauernde Geschwister Hilfe.

- *Beratung für suizidbetroffene Angehörige (BeSu).* Hier finden Angehörige Unterstützung, welche entweder eine Person durch Suizid verloren haben, einen oder mehrere Suizidversuche einer angehörigen Person erlebten oder eine suizidale Person in ihrem engen Umfeld haben. BeSu bietet sowohl kostenlose Einzel- als auch Gruppenberatungen an, welche auf Wunsch auch anonym stattfinden können. BeSu ist ein Projekt der Telefonseelsorge Berlin e.V. Die Beratung findet in den eigenen Räumlichkeiten in Berlin oder auch telefonisch statt.
- *Psychotherapie.* Weiterhin sind natürlich auch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wichtige Akteure in der Suizidprävention. Problematisch sind jedoch die mitunter langen Wartezeiten aufgrund nicht ausreichend verfügbarer Kassensitze. Dies führt nicht selten zu Frustration seitens der hilfesuchenden Personen und somit zu einer Nicht-Inanspruchnahme einer Therapie.
- *Arbeitskreis Leben e.V.* Der Arbeitskreis Leben e.V. ist ein Zusammenschluss von Beratungsstellen für Menschen in suizidalen Krisen und deren Angehörige im Süden Deutschlands. Die Angebote reichen von einmaligen Beratungen in akuten Krisen bis hin zu längerfristiger Begleitung der Betroffenen. Der Arbeitskreis Leben e.V. kooperiert hierbei eng mit Krankenhäusern.
- *JugendNotmail.* JugendNotmail gehört zu der KJSH-Stiftung und bietet kostenlose Online-Beratung für Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren in Krisen. Die Beratung erfolgt per Chat oder Mail, Betroffene können sich zudem in themenspezifischen Chats oder in Foren austauschen.
- *Russische Telefonseelsorge Doweria.* Doweria bietet anonyme und kostenlose telefonische Unterstützung für russischsprachige Menschen in Krisen. Zweimal pro Woche findet zusätzlich eine Beratung im Chat statt. Die Telefonseelsorge Doweria gehört

zum Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.

- *Silbernetz.* Silbernetz ist ein kostenloses telefonisches Angebot für Menschen ab 60 Jahren. Ziel ist es, älteren Menschen aus der Isolation zu helfen, den Kontaktaufbau zu anderen Menschen zu unterstützen sowie die anrufende Person mit Angeboten in ihrem Umfeld zu vernetzen. Silbernetz wird durch Spenden und Fördergelder finanziert.

8.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention

Aufgrund der diesem Bericht zugrunde liegenden Erhebungsstruktur (netzwerkbasierter Befragungen und Diskussionen) wird hier nur exemplarisch eine Auswahl der Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention vorgestellt.

- *Welttag der Suizidprävention (WSPD):* Der WSPD stellt einen zentralen Erinnerungstag für die niedrigschwellige Suizidprävention im September dar. An diesem weltweiten Gedenktag finden regelmäßig deutschlandweit Veranstaltungen, Vorträge, Ausstellungen und Aufklärungskampagnen zum Thema Suizidprävention statt. Die Website www.welttag-suizidpraevention.de gibt jährlich eine Übersicht über die laufenden Aktionen. Im Jahr 2020 fand beispielsweise ein Online-Abendsymposium mit Vorträgen statt, in Bayreuth eine Ausstellung zum Thema „Suizid - keine Trauer wie jede andere“ und in der Berliner Gedächtniskirche ein ökumenischer Gottesdienst mit nachfolgendem öffentlichem Gespräch. Parallel werden in den sozialen Medien Informationen zum Thema Suizidprävention gepostet. Die öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten rund um den WSPD sollen die Möglichkeiten von Betroffenen fördern, Hilfen zu suchen und zu finden.
- *Frans hilft:* Frans hilft (www.frans-hilft.de) ist ein Frankfurter Netzwerk zur Suizidprävention, welches mehr als 60 Frankfurterinnen und Frankfurter und

überregionale Institutionen vernetzt, Aktivitäten bündelt und Informationen vermittelt. Es finden Lesungen, Kampagnen, Informationsveranstaltungen statt, die ebenfalls die Erreichbarkeit von Informationen und Hilfsangeboten in der Region erleichtern.

- *8 Leben (Forschungsprojekt)*: Das Online-Programm „8 Leben“ richtet sich an Menschen, die Suizidgedanken haben oder hatten, sowie Personen, die in der Vergangenheit versucht haben, sich das Leben zu nehmen oder dadurch eine nahestehende Person verloren haben. Das Projekt hat zum Ziel, Stigmatisierung von Suizidalität zu verringern und Wissen darüber zu erhöhen.
- *Hilfe nach Suizid (Forschungsprojekt)*: Hilfe nach Suizid ist ein Online-Präventionsgruppen-Programm für Angehörige nach einem Suizid. Das 12-wöchige Programm beinhaltet wichtige Themen, die nach einem Suizid relevant sind (z. B. Schuldgefühle, eigene Suizidalität) und findet im Rahmen eines Webinars statt.
- *Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen (NEST) (Forschungsprojekt)*: Vernetzung und Ausbau von Einrichtungen und Institutionen in Thüringen, die suizidgefährdete Menschen betreuen oder mit diesen arbeiten.
- *Arbeitsgruppe (AG) „Niedrigschwellige Suizidprävention“*: Die AG „Niedrigschwellige Suizidprävention“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms umfasst derzeit ca. 20 Mitglieder aus den Bereichen der Telefonseelsorge, Krisendienste, Polizeiseelsorge, kirchlichen Seelsorge, Online-Beratungsangebote, Psychiatrie, Notfallpsychologie, Forschung, kommunalen Einrichtungen und Hinterbliebenen-Verbände nach einem Suizid. Diese Arbeitsgruppe trifft sich regelmäßig im Rahmen von Workshop- oder Online-Meetings. Aus dieser AG haben sich 2020 weitere Unterarbeitsgruppen zu den folgenden Themen gebildet: 1) Vernetzung, 2) Männersuizidalität sowie 3) Schulung und Weiterbildung. Im Rahmen dieser

Themenbereiche werden fortlaufend neue Konzepte und Weiterentwicklungen erarbeitet. Geplant sind Veröffentlichungen und Guidelines für die bereits genannten Themenbereiche. Die Arbeitsgruppe ist regelmäßig an folgenden Kongressen und Symposien mit Beiträgen ihrer Mitglieder beteiligt:

- Wissenschaftliche Frühjahrstagung und Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
- Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Internationale Tagungen wie das European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior (ESSSB) oder die Kongresse der International Association for Suicide Prevention (IASP)

8.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen

Aktuelle Richtlinien für die niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland oder in der internationalen Literatur sind nicht bekannt. Obwohl eine Reihe von Meta-Analysen und Überblickspublikationen zum Thema „Suizidprävention“ oder „Krisenintervention“ und deren Wirksamkeit in der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur veröffentlicht wurden, gibt es keine expliziten Empfehlungen zum Thema der niedrigschwelligen Suizidprävention (Hartmann, 2007). Dies liegt vor allem an der Tatsache, dass im Wesen der niedrigschwelligen Suizidprävention eine starke Überlappung mit den anderen Gebieten der Suizidprävention liegt (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Medizinische Versorgung, Alte Menschen). Aktuell sind in der AG „Niedrigschwellige Suizidprävention“ Guidelines und Konzepte zum Thema Männersuizidalität und dem Bereich Schulung und Weiterbildung geplant.

8.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention entgegenstehen

Aus der Analyse der Fokusgruppen auf dem Symposium zu niedrigschwelliger Suizidprävention und der quantitativen Befragung mit Akteuren der niedrigschwelligen Suizidprävention lassen sich folgende, zentrale Hemmnisse in Bezug auf eine gelingende niedrigschwellige Suizidprävention in Deutschland darstellen:

8.2.1 Allgemeine Hemmnisse: Tabuisierung der Suizidalität als spezifisches Hemmnis niedrigschwelliger Suizidprävention

Der Suizid stellt immer noch ein Tabu dar, über welches weder gesellschaftlich noch in kleinen Einheiten der Gesellschaft, wie der Familie, mit ausreichender Freiheit gesprochen werden kann. Obwohl hier in den letzten Jahrzehnten ein Fortschritt zu verzeichnen ist, leiden noch immer viele Betroffene, Angehörige und andere Nahestehende unter der Tabuisierung des Suizids und der Suizidalität. Auf Seiten der Angehörigen behindert die eigene und fremde Tabuisierung, die mögliche Entwicklung einer psychischen Erkrankung oder eigener Suizidalität die Suche und das Finden von Hilfe. Dieses Faktum stellt ein direktes Hemmnis dar, eine Schwelle zu Kenntnis, Verstehen und Hilfe. Dabei gibt es eine Reihe besonders betroffener Gruppen:

- **Migrantinnen und Migranten und Asylsuchende**, mit einem eigenen, kulturell geprägten tabuisierenden Umgang mit familiären Problemen und der Suizidalität im Besonderen. Hinzu kommen Sprachprobleme bei Hilfsangeboten.
- In der **Schule** wird Suizidpräventionsarbeit immer noch häufig tabuisiert und ausgegrenzt.
- Dies gilt auch für andere Bereiche, wie die **Polizei**, den **Strafvollzug**, den **Leistungssport**.
- Es gibt bestimmte, besonders gefährdete Gruppen, die von Suizidprävention kaum erreicht werden. Hierzu zählen bestimmte **Migranten- und Flüchtlingsgruppen**, aber auch größere **Gruppen von Männern**, besonders eine Gruppe **50–60-jähriger Männer** („**ostdeutsche Männer**“), oftmals vereinsamt und ohne familiäre Bindungen, die weder die Fähigkeit zur Hilfesuche haben noch auf ausreichend Hilfsangebote treffen können.
- **Personen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid**: Angesichts der aktuellen Diskussion um eine gesetzliche Regelung des Zugangs zu assistiertem Suizid werden in einigen Gesetzentwürfen sogenannte „Beratungsstellen“ vorgeschlagen, die eher i. S. einer Information und Fachberatung bei Konfliktlagen agieren sollen. Die Struktur und Ausrichtung niedrigschwelliger Beratung entspricht diesem Ansatz überhaupt nicht. Vielmehr ist dieses Angebot geknüpft an Grundsätze der Suizidprävention: eine vertrauensvolle, annehmende, verstehende, entwicklungsförderliche Beratung auf Augenhöhe mit dem Ziel, eigenverantwortliche Entscheidungen im Leben zu treffen.

8.2.2 Finanzielle Förderung und Gesundheitsfürsorge

Hilfen und Unterstützung von Angehörigen von suizidalen Menschen, von Menschen nach Suizidversuch und von Suizidentinnen und Suizidenten sind in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und deren Finanzierung noch nicht ausreichend verankert. Dies liegt u. a. an dem Aspekt, dass Angehörige sich nicht als „erkrankt“ definieren und demnach auch nicht ohne Weiteres Leistungen der Krankenkassen in Anspruch nehmen können. Zu den Angehörigen zählen nicht nur Familien und Freundeskreise, sondern auch das soziale Umfeld (wie

die Schulen, der Arbeitsplatz und Personen aus dem Freizeitbereich). Die Versorgung Angehöriger auf der Ebene der Psychiatrie/Psychotherapie, der Beratung und der organisierten Hilfsangebote ist außerhalb der Angebote der Telefonseelsorge und von Selbsthilfeorganisationen wie AGUS noch nicht ausreichend gelungen. Dies ist besonders dramatisch für Kinder suizidaler Eltern oder von Eltern nach Suizidversuch und Suizid. Insbesondere in diesem Bereich fehlt eine Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Information weitgehend.

8.2.3 Zusammenarbeit mit der Forschung

Eine zeitnahe Zusammenarbeit zwischen Forschungseinheiten zur Suizidprävention und Einrichtungen der niedrigschwelligen Suizidprävention, wie sie in anderen Ländern bereits erfolgt, steckt in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Einrichtungen der niedrigschwelligen Suizidprävention sind oftmals strukturell, regional und von ihrem Selbstverständnis her fern von wissenschaftlichen Einrichtungen angesiedelt. Dieses Hemmnis zu überwinden, bedarf einer konzertierten und bundesweit koordinierten Anstrengung. Neue Formen der wissenschaftlichen Determinierung sich gerade entwickelnder Suizidcluster könnten in Zusammenarbeit mit niedrigschwelligen Hilfsangeboten entdeckt werden, wie sie u. a. unter Jugendlichen nicht selten sind.

Die Erfassung von Suiziden durch das Statistische Bundesamt ist zeitlich verzögert und nur wenig differenziert (z. B. hinsichtlich bestimmter Risikogruppen), sodass andere Register und Erfassungssysteme benötigt werden, die Verbindung zwischen praktischer niedrigschwelliger Arbeit und systematischer, wissenschaftlicher Erfassung des Suizidgeschehens herzustellen. Auch wenn Forschung im suizidpräventiven Bereich schwierig ist, ist sie dennoch nötig, um die Qualität der Arbeit zu verbessern. Statistiken können dazu beitragen, die Zielgruppen zu erkennen, die besonders vulnerabel sind, beziehungsweise für die bisherige Hilfsangebote nicht anzukommen scheinen. Eine verbesserte Kooperation von Forschung und Klinik, Psychotherapie und Beratungsarbeit steht noch aus (vgl. Arensman 2019).

8.2.4 Hemmnisse im klinischen Bereich

Die Psychiatrien stellen in Deutschland das flächendeckend sicherste System schneller Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen dar. Dies gilt sowohl für Patientinnen und Patienten mit hochakuten und lebensbedrohlichen suizidalen Krisen wie auch für psychisch Kranke, bei denen der Druck, suizidal zu handeln, weniger ausgeprägt, jedoch das Leiden an suizidalen Phantasien und damit verbundenen Affektzuständen erheblich ist. Die Entwicklung eines differenzierten Angebots psychiatrischer Behandlung der letzten Jahrzehnte hat sicher zur Verbesserung der Versorgung Suizidaler wie auch zur Senkung der Suizidraten in Deutschland beigetragen. Im klinischen Bereich gibt es dennoch auch noch Unzulänglichkeiten und Hemmnisse. Die Vermittlung spezifischer Kenntnisse zur Diagnostik und Therapie der Suizidalität ist auch in der Psychiatrie noch verbesserungsfähig, besonders bei der psychotherapeutischen Behandlung der Suizidalität. Deutlich ungünstiger ist die Situation außerhalb der Psychiatrie einzuschätzen. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischen Berufsgruppen im Umgang mit suizidgefährdeten Personen vermittelt noch zu wenig Kenntnisse des Erkennens (Diagnostik), der Gesprächsführung und der spezifischen Therapie. Dies ist besonders gewichtig, weil die Schwelle zur Hilfe bei Suizidalität gerade den medizinischen Bereich betrifft: So sind Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch Klinikärztinnen und -ärzte (z. B. bei alten Menschen) oftmals die Ersten, denen von Suizidalität berichtet wird, und damit zentrale Gatekeeper. Projekte der niedrigschwelligen Suizidprävention sollten besonders hier ansetzen. Zudem stellen Suizidalität und ihre Behandlung immer auch eine Problematik des SGB V dar, nach der Suizidgefährdung nicht zu den abrechnungsfähigen Indikationen der ambulanten Behandlung der Krankenhausärzte als auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zählt. Hier sollte eine Aufnahme der Suizidalität in die Einschlusskriterien erfolgen (GKV Spitzenverband, DKG und KBV). Als besonders problematisch wird die immer noch unzureichende Zusammenarbeit von Psychiatrie/Psychosomatik und den somatischen Disziplinen in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich gesehen. Patientinnen

und Patienten mit entsprechenden Komorbiditäten fallen in beiden Bereichen oftmals durch das Behandlungsraster. Deswegen werden Patientinnen und Patienten jedes Alters und kognitiv Beeinträchtigte nach Suizidversuch oftmals nicht ausreichend versorgt. Als Erklärung werden dafür u. a. erhebliche personelle Engpässe, besonders in ländlichen Psychiatrien, gesehen.

8.2.5 Zeitliche Befristung suizidpräventiver Projekte

Ein weiteres Hemmnis stellt die meist zeitliche Befristung von innovativen, extern und kompetitiv geförderten (Drittmittel-)Projekten dar. Hierdurch entsteht zu wenig Nachhaltigkeit, aufgebaute Ressourcen werden nicht genutzt. Auch die Ausschreibung und Durchführung von Projekten, die einseitig auf die Minimierung eines Kostenfaktors zuungunsten der Qualität der erbrachten Leistung ausgerichtet sind, können nicht zu einer besseren Suizidprävention beitragen. Niedrigschwellige Suizidprävention ist von ihrer Ausrichtung her eine gesellschaftliche und von ihrer Verantwortung her eine kommunale, Landes- oder Bundesaufgabe.

8.2.6 Männersuizidalität

Die aktuellen Suizidstatistiken in Deutschland weisen große gender- und altersspezifische sowie regionale

Unterschiede auf. Dieser Zusammenhang findet sich in allen Alterskohorten, besonders aber unter den alten Männern, wieder und verdeutlicht, dass Männer eine wichtige Zielgruppe für die Suizidprävention sind. Insbesondere Männer ab dem 55. Lebensjahr zeigen stetig steigende Suizidraten. Die aktuellen Suizidstatistiken aus Deutschland belegen auch deutliche regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern. In Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen wurden im Jahr 2017 deutschlandweit die höchsten Suizidraten für Männer verzeichnet (zwischen 23,1 und 24,6 Suizide/100.000 Einwohner). Im Vergleich dazu lag die Suizidrate in den drei Bundesländern mit der niedrigsten Suizidrate (Brandenburg, Berlin und Nordrhein-Westfalen) bei Männern zwischen 6,6 und 12,8/100.000 Einwohner (siehe Abbildung 8.2). Zusammenfassend kann aus den aktuellen deutschen Suizidstatistiken geschlossen werden, dass Männer (in besonderer Weise ab dem 55. Lebensjahr und in einigen östlichen Bundesländern) zu einer Hochrisikogruppe für Suizide gehören. Besonders gefährdet sind dabei alte Männer mit Problemen im Eingehen und Aufrechterhalten tragfähiger Beziehungen, nach Verlusten und mit Alkoholabhängigkeit (siehe TPG-Bericht „Suizidprävention für alte Menschen“). Gerade in den Ländern im Osten Deutschlands scheint diese Gruppe kaum Zugang zu Hilfesystemen zu haben. Es gibt einerseits zu wenig spezifische und evaluierte Angebote, die suizidale Männer gezielt erreichen, andererseits stellen die bestehenden Angebote besondere Schranken gerade für Männer dar.

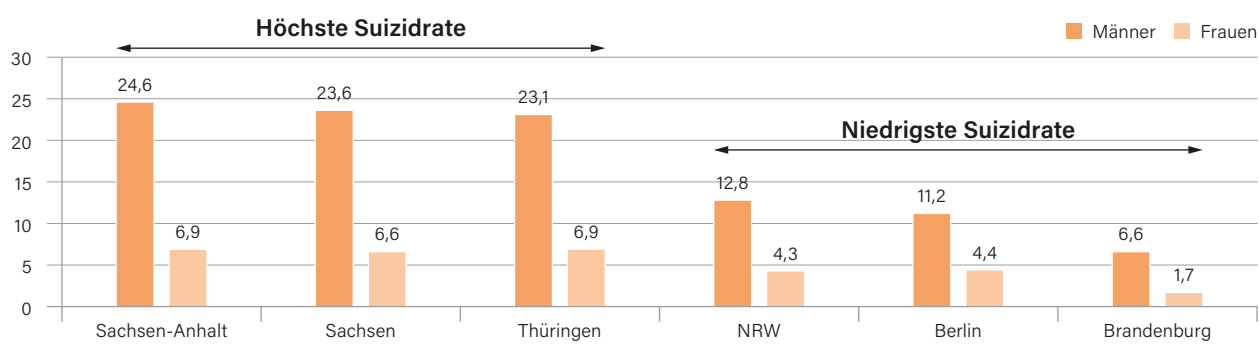


Abbildung 8.2: Suizide pro 100.000 Einwohner im Vergleich Männer und Frauen in Bundesländern mit höchster und niedrigsten Suizidraten in Deutschland.

8.2.7 Unübersichtlichkeit der Angebote

Obwohl es in Deutschland eine Vielzahl von niedrigschwelligen Suizidpräventionsangeboten gibt, gibt es eine große Kritik bezüglich der Unübersichtlichkeit der vorhandenen Hilfsangebote. Es existiert keine Übersicht über alle in Deutschland befindlichen Anlaufstellen für Betroffene. Grund für das Fehlen einer solchen Übersicht

ist zum einen die sich schnell ändernde Angebotslandschaft. Das heißt, Projekte laufen aus, Beratungsstellen ziehen um oder neue Projekte müssen sich erst vernetzen. Parallel fühlt sich keine spezifische Einrichtung dafür verantwortlich, entsprechende Listen zu erstellen und anschließend auf dem aktuellsten Stand zu halten. Eine übersichtliche aktuelle Website wäre sowohl für professionelle Helfende als auch für Betroffene hilfreich.

8.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

Es gibt eine Vielzahl von Aktivitäten, die genannten Hemmnisse in der niedrigschwelligen Suizidprävention zu überwinden. Aus der Perspektive der in den entsprechenden Institutionen Tätigen ist dies besonders das professionelle Engagement mit den und für die Betroffenen, durch das immer wieder hilfreiche Beziehungen gelingen und Lösungen für komplexe psychosoziale und medizinische Problemlagen gefunden werden. Auch die Förderung einer Vielzahl von wissenschaftlichen und suizidpräventiven Projekten mit niedrigschwelligen Ansätzen im Rahmen der durch das Bundesministerium für

Gesundheit gewährleisteten Förderung (2017–2021) dient dem Abbau von Schwellen zu Hilfen für suizidale Menschen. Genannt seien hier beispielhaft das „Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen (NEST)“, das sich gerade der Vernetzung von Institutionen widmet, das „Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierter Methoden“ (FrapPE), das Maßnahmen nach einem Suizidversuch bündelt, das Projekt Suizid-Prävention-Risiko-Management-Allianz Düsseldorf Neuss (SUPRIMA) mit einem Fokus auf Gatekeeperschulungen mittels E-Learning und andere Projekte.

8.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen im Rahmen der niedrigschwelligen Suizidprävention

Die in diesem Bericht vorgeschlagenen konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der niedrigschwelligen Suizidprävention wurden aus Befragungen von und Diskussionen mit Professionellen entwickelt, d. h. sowohl aus der o. g. quantitativen Online-Befragung wie auch

aus zwei Fachsymposien zum Thema. Diese Form der Erhebung kann somit keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Sie stellt aber ein Einschätzungs- und Meinungsbild einer größeren Gruppe von in der niedrigschwelligen Suizidprävention Tätigen dar.

8.4.1 Vorschlag einer zentralen Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention

8.4.1.1 Kontinuierliche Förderung der Vernetzung, Organisation und Koordination der Suizidprävention im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Niedrigschwellige Suizidprävention ist eingebettet in die Möglichkeiten der Suizidprävention in Deutschland im Allgemeinen. Ohne eine aktive Infrastruktur und Zusammenarbeit aller in der Suizidprävention engagierten Institutionen, Gruppen und Personen, aber auch ohne Suizidprävention in einer Vielzahl anderer Bereiche, wie z. B. in der gesamten Lebensspanne, dem Schul-, Sicherheits- und Gesundheitssystem und weiteren Feldern ist eine effektive niedrigschwellige Suizidprävention nicht denkbar. Die Untersuchung des Feldes der niedrigschwelligen Suizidprävention ergab den eindeutigen und vielfach geäußerten Bedarf nach einem koordinierten, Vernetzung fördernden, gemeinsame Aktivitäten anregenden und bündelnden Rahmen, der zugleich die Diversität der bestehenden Angebote, Hilfen und Institutionen beachtet. Aus bestehenden Netzwerken der Suizidprävention sollte eine **zentrale Informations- und Kommunikationsstelle** (siehe Abbildung 8.3) gebildet werden, die

- die Koordination (regionaler) Netzwerkkommunikation,
- die fortlaufende Arbeit an einem bundesweiten Adressbuch „Suizidprävention“ (s. u.),
- die Beratung und Intervention Professioneller und ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer der Suizidprävention,
- die Weitervermittlung hilfesuchender Suizidgefährdeter und die
- Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

durchführt.

Eine zentrale Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention und ihre besondere Rolle in der niedrigschwelligen Suizidprävention weist dabei auf ein interessantes Spannungsfeld zwischen den Vorteilen einer deutschlandweiten zentralen, zusammenfassenden, koordinierenden Struktur und den Vorteilen der regionalen Vernetzung niedrigschwelliger Angebote hin. Ein wichtiger Vorteil könnte die Schaffung eines digitalen Registers (oder „psychosozialen Adressbuchs“) aller (niedrigschwelligen) Angebote für suizidale Menschen in Deutschland sein, die systematisch, aktuell und fortlaufend, jedoch mit großem Aufwand zu erstellen (mit Angaben zu Öffnungszeiten, Ort, Kosten, Angebot, Zielgruppen) und zu unterhalten wäre. Das „Adressbuch“ hätte großen Wert für Betroffene, wie auch für Helferinnen und Helfer. Es könnte das vielfach beschriebene Problem der Weitervermittlung von suizidalen Personen in (längerfristige) Behandlungen erleichtern. Die zentrale Stelle könnte aber auch Professionellen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern schnell und kompetent kollegiale Beratung und Intervention bei schwierigen Situationen geben. Andere Berufsgruppen könnten ebenfalls Hilfen im Umgang mit suizidalen Personen erhalten: z. B. Polizei, Suchtberatung, Lehrerinnen und Lehrer, Schuldnerberatung, Altenpflege, Palliativ- und Hospizdienste. Weitere, größere Schwerpunkte der zentralen Stelle sollten die koordinierte Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vernetzungsarbeit auf regionaler Ebene sein. Kritisch wurde angemerkt, dass die zentrale Stelle keine Konkurrenz zu bereits bestehenden regionalen Institutionen (z. B. Telefonseelsorge) sein sollte.

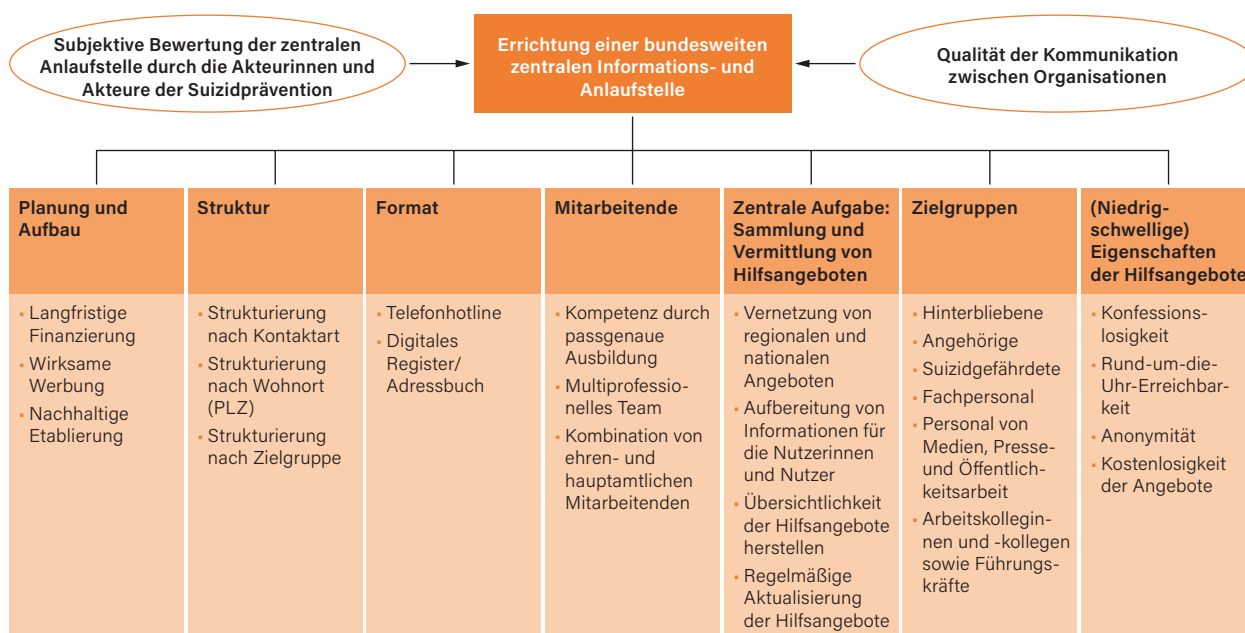


Abbildung 8.3: Struktur und Inhalte einer bundesweiten zentralen Informations- und Anlaufstelle der niedrigschwelligen Suizidprävention.

8.4.1.2 Förderung der Qualität der Kommunikation zwischen Organisationen niedrigschwelliger Suizidprävention

Ein zweiter, wichtiger Akzent ist die Qualität der Kommunikation zwischen den Organisationen der niedrigschwelligen Suizidprävention. Schnittstellen zwischen klinischem und nicht-klinischem Bereich, zwischen professionellem und ehrenamtlichem Engagement, zwischen stationärem und ambulantem Sektor sollten verbessert werden. Ein besonderes Problem besteht in der Vermittlung suizidaler Personen in ambulanter Psychotherapie.

8.4.2 Drei zentrale, vordringliche Aktionsfelder niedrigschwelliger Suizidprävention

Die folgenden drei Aktionsfelder sollten Bestandteil der zentralen Informations- und Anlaufstelle der Suizidprävention sein und ihre Arbeit strukturieren.

8.4.2.1 Öffentlichkeitsarbeit

Auf den Ebenen der universellen, selektiven und indizierten Suizidprävention sollte der Öffentlichkeitsarbeit zentrale Aufmerksamkeit gegeben werden. Nur durch eine flächendeckende und differenzierte Form öffentlicher Wahrnehmung und Ansprache des Problems der Suizidalität und des Suizids kann gerade der niedrigschwellige und barrierefreie Zugang zu Hilfen gefördert und verbessert werden. Formen des *Gatekeepertrainings*, auch für ehrenamtlich tätige Personen, müssen gefördert werden. Hierzu zählt grundsätzlich die *Wahrnehmung von Einsamkeit* als eines zentralen Faktors in der Entstehung von Suizidalität, besonders bei spezifischen Gruppen, wie bestimmten Männern, alten und verwitweten Menschen und immobilen Kranken. Die bundesweiten Aktivitäten zur öffentlichen Sichtbarmachung des Problems und seiner Lösungen muss koordiniert und verstetigt werden. *Qualitätsstandards* der suizidpräventiven Öffentlichkeitsarbeit sind zu entwickeln und zu verbreiten, hier z.B. besonders hinsichtlich neuer Medien, YouTube, Streaming-Diensten etc. Dies könnte gut im Rahmen der koordinierenden Arbeiten des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (s. o.) erfolgen.

8.4.2.2 Vernetzung, Koordination und Erleichterung von Hilfsangeboten

Für eine zentrale Vernetzung wird besonders eine bundesweite Notrufnummer vorgeschlagen, die sowohl suizidalen Personen erste Beratung und Einleitung nächster Hilsschritte ermöglicht als auch Professionellen die Möglichkeit gibt, ähnlich wie bei einer Giftnotzentrale, schnell supervisorisch Unterstützung in der Beratung und Behandlung im professionellen Kontakt mit suizidalen Personen zu erhalten. Auch Angehörige und andere Nahestehende sollten hier erste Hinweise und Unterstützung wie auch Vermittlung zu nahe liegenden Hilfsangeboten erhalten. Online-basierte Fortbildungsangebote, z. B. in Form von Webinaren, müssen erarbeitet werden. Verbunden werden sollte diese Einrichtung mit einem „**Bundesweiten Adressbuch Suizidprävention**“ (s. o.) (einschl. einer Website), in dem systematisch alle Hilfsangebote differenziert aufgeführt sind. Das bundesweite Adressbuch sollte regional, länderspezifisch und bundesweit gefördert und auch für die Detektion von „Lücken im Netz“ genutzt werden.

8.4.2.3 Suizidprävention von besonders suizidgefährdeten Gruppen, z. B. von Männern

Die niedrigschwellige Suizidprävention von suizidalen Männern muss nachhaltig gefördert werden. Bereits seit längerem ist bekannt, dass suizidale Männer deutlich seltener Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere der psychosozialen Hilfen annehmen als Frauen. Dies gilt besonders für alte Männer. Deshalb muss die Forschung zur Identifizierung von Risikogruppen, jedoch auch zur Wirksamkeit genderspezifischer Ansätze der Prävention und Behandlung, weiter gestärkt werden. Gatekeeperschulungen, die gerade auch geschlechtsspezifisch auf Männer ausgerichtet sind, wie von Friseurinnen und Friseuren und Gastwirtinnen und Gastwirten, Professionellen in Spielkasinos, Automatenhallen, Arbeitsämtern, Schuldnerberatungen und Beratungsstellen für in der Landwirtschaft Tätige etc. könnten hier einen wichtigen Beitrag leisten. Geschlechtsspezifische Formen der Beratung und Psychotherapie, z. B. alter Männer, müssen entwickelt,

erprobt, evaluiert und implementiert werden. Regionalisierte Peer-Programme, insbesondere für 50- bis 60-jährige Männer mit eingeschränkten sozialen Kontakten, müssen initiiert, entwickelt, erprobt, evaluiert und implementiert werden, mit einem besonderen Fokus auf ländliche Gebiete.

8.4.2.4 Weitere Vorschläge für Aktivitäten der niedrigschwelligen Suizidprävention

- Ermittlung der Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 vom 26.02.2020 auf die niedrigschwellige Suizidprävention. Hier gilt es zu beschreiben, welche Auswirkungen das Urteil auf die Nutzung von niedrigschwelligen Einrichtungen der Suizidprävention durch suizidale Personen hat, welche Auswirkungen das Urteil auf Professionelle und ehrenamtlich Tätige der niedrigschwelligen Suizidprävention hat und welche Herausforderungen auf die Arbeit dieser Einrichtungen zukommen. Es gilt hierbei zu klären, ob und inwieweit Einrichtungen der niedrigschwelligen Suizidprävention auf möglicherweise gesetzlich festgelegte Beratungen im Vorfeld eines assistierten Suizids fachlich vorbereitet sind und welche Konfliktlagen sich gegenüber ihrer bisherigen Arbeit mit suizidalen Personen ergeben.
- **Verknüpfung von empirischer Suizidforschung und niedrigschwelliger Beratung/Behandlung:** Neue Ansätze empirischer und epidemiologischer Forschung ermöglichen die zeitnahe Identifikation von Personen aus Risikogruppen, z. B. bei der Entwicklung eines Suizidclusters. Derartige Kooperationen müssen initiiert, koordiniert und durchgeführt werden. Problemlagen mit dem Datenschutz müssen analysiert und adressiert werden.
- **Schul-Suizidprävention:** Flächendeckend sollte Suizidprävention in den Schulen als Unterrichtsthema eingeführt werden, parallel zu den erfolgreichen Konzepten der Suchtprävention und der sexuellen Aufklärung. Hier müssen Unterrichtsmaterialien erarbeitet und evaluiert werden.

- Es muss die **Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidalität** in allen Berufen, besonders aber in der Altenpflege, der somatischen Medizin und der Seelsorge, deutlich gefördert werden. Dies erfolgt durch systematische Implementierung in die Gegenstandskataloge, Ausbildungscurricula und Fortbildungsangebote der entsprechenden Studiengänge und Berufe.
- Gerade hinsichtlich **niedrigschwelliger/barrierefreier Einrichtungen** der Suizidprävention sollten ambulante Krisendienste auch im ländlichen und ostdeutschen Bereich **gefördert** werden.

Alle genannten Maßnahmen müssen selbstverständlich wissenschaftlich evaluiert werden. Die Evaluation stellt eine unabdingbare Notwendigkeit dar. Damit erst erfüllen sie die internationalen Standards erfolgreicher Suizidprävention. Dabei sind die evidenzbasierten Methoden der Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen anzuwenden. Diese beziehen sich nicht allein auf die Endpunkte einer Senkung der Suizidraten und des dokumentierten suizidalen Verhaltens i.S. von Suizidversuchen, sondern auch auf intrapsychische und andere psychosoziale Parameter. Die Finanzierung aller Maßnahmen muss demnach auch die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung beinhalten.