



# Was ist Suizidprävention?

Prof. Dr. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA  
*LVR-Klinik Köln,  
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie*

*LEITUNG NATIONALES SUIZIDPRÄVENTIONSPROGRAMM (NaSPro)*

# Agenda

- **Grundlagen**
- **Einflussfaktoren**
- **Was beinhaltet Suizidprävention?**
- **Wie kann Suizidprävention gestärkt werden?**

## Unerträgliche Situation

Wunsch nach Ruhe,  
Pause, Unterbrechung  
im Leben

Impulsartig, spontan  
Mit/ohne Plan

**Suizidabsicht**

Weiterleben,  
aber nicht so

**Suizidgedanke**

## Ambivalenz

Todeswunsch

zwanghaft  
sich aufdrängend

**Suizidhandlung**

Mythos:

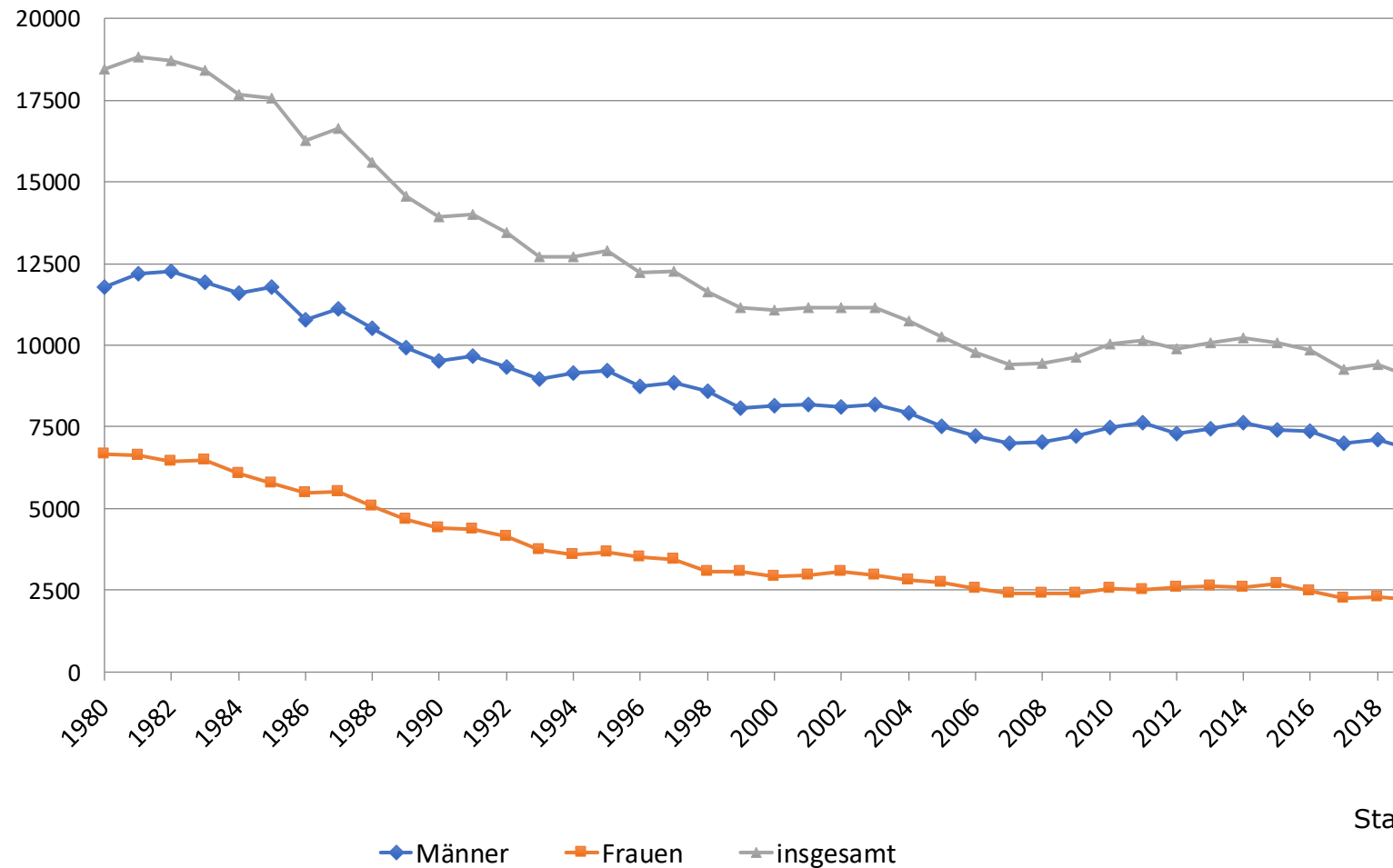
**Wer Suizidgehen äußert, der  
möchte auch unbedingt sterben.**



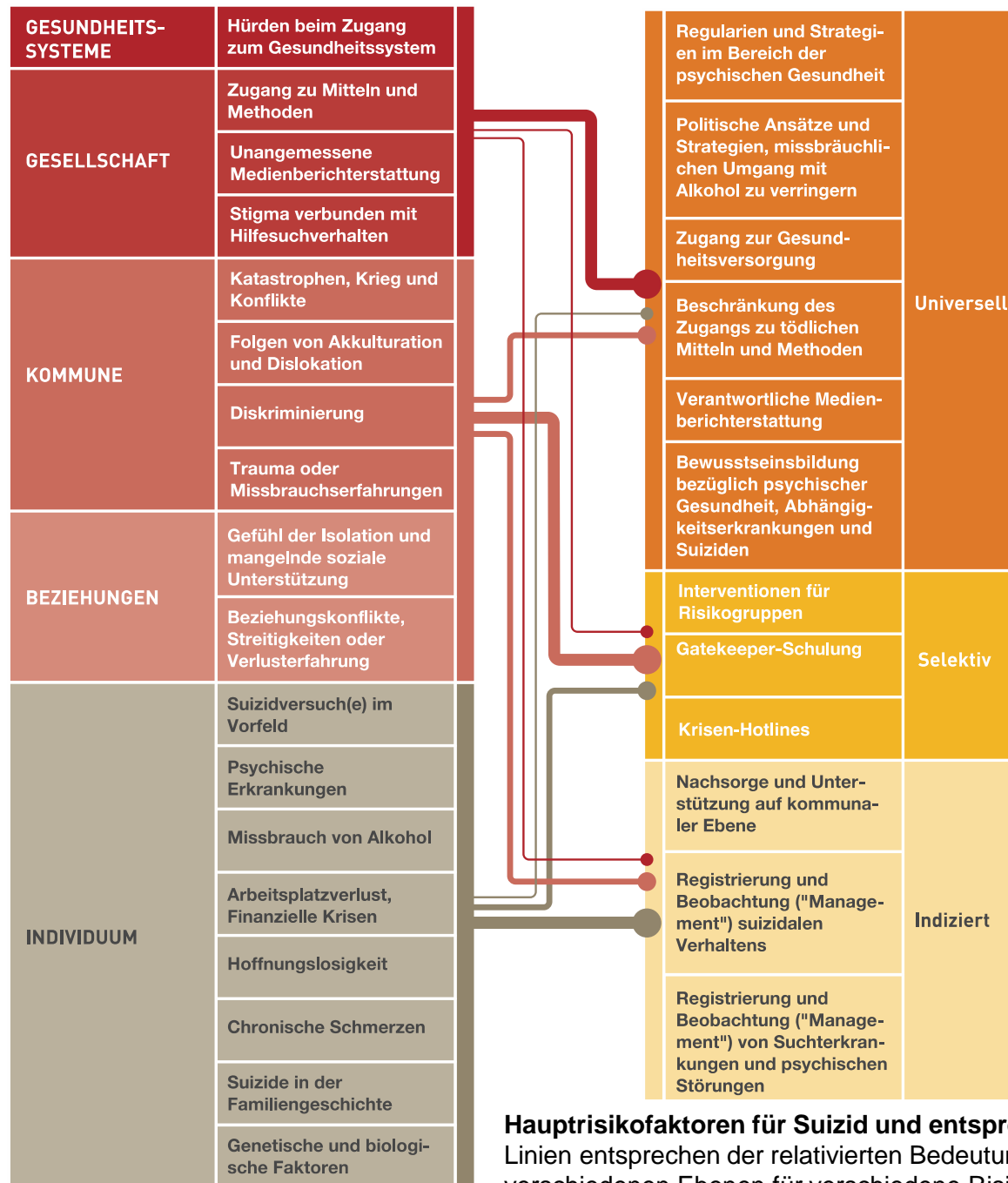
**Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches  
zu leben oder zu sterben ist ein  
grundlegendes Merkmal von Suizidalität.**

- **Suizidalität ist in der Regel nicht beständig**
- **Akute lebensgefährdende Phasen bestehen nur für kurze Zeit.**

## Entwicklung der Suizidzahlen in Gesamtdeutschland zwischen 1980 und 2019



Statistisches Bundesamt 2020



**Haupttrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen**  
 Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren (WHO 2014)



WHO, 2014

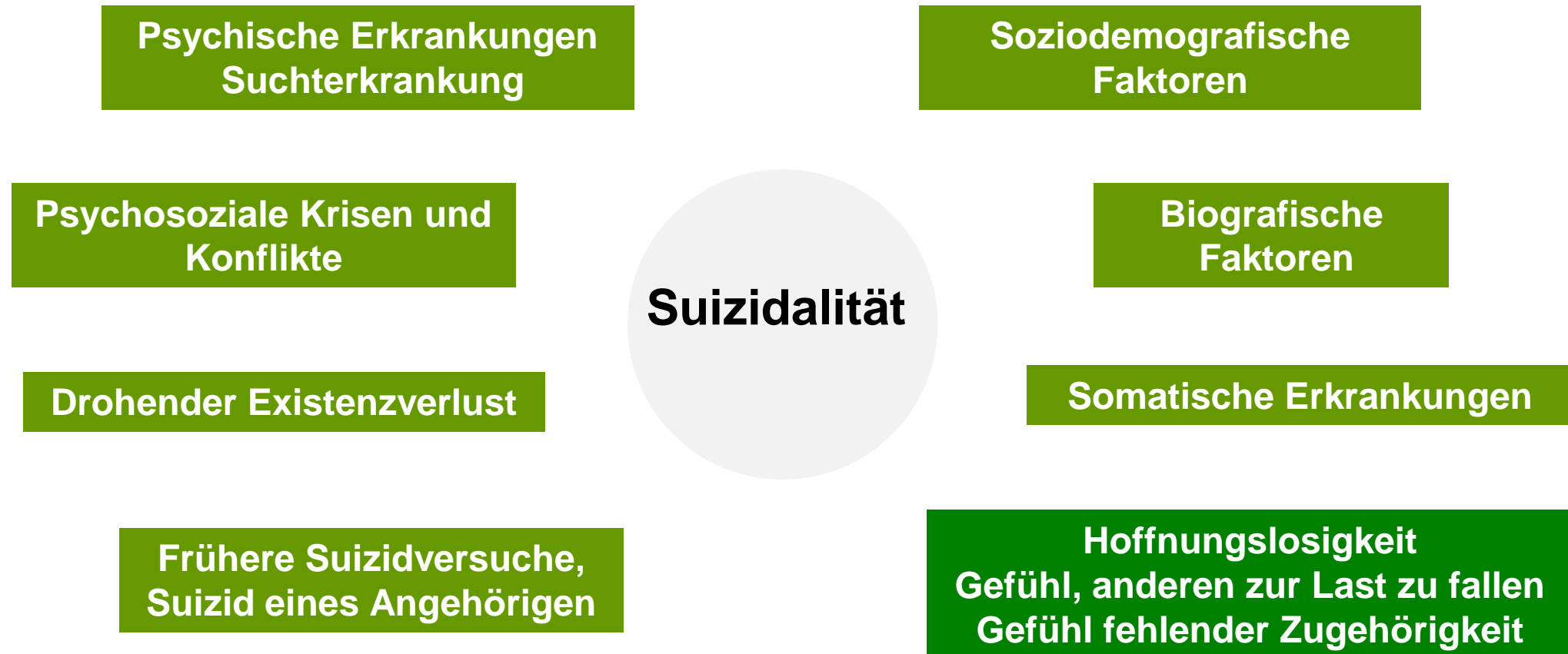


# Einflussfaktoren für Suizidalität

- Gesundheitssysteme
- Gesellschaft
- Kommune
- Beziehungen
- Individuum

WHO 2014

# Individuelle Einflussfaktoren für Suizidalität



# Maßnahmen der Suizidprävention

- Universelle Interventionen
- Selektive Interventionen
- Indizierte Interventionen

# Suizidprävention(1)

- Suizidprävention **hilft** Menschen, die Unterstützung suchen, sich mit ihren suizidalen Gedanken auseinanderzusetzen und auch Möglichkeiten zu suchen, ihr Leben nicht in einem Suizid enden lassen zu müssen.
- Suizidprävention basiert auf den Erkenntnissen einer multidisziplinären **wissenschaftlichen** Disziplin, der **Suizidologie**.
- Moderne Suizidprävention ist von einer **annehmenden, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, wissenschaftlich fundierten, menschlichen Grundhaltung geprägt**.
- Die **Akzeptanz von Suizidgedanken** der Betroffenen, d. h. sie nicht-wertend ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die **Voraussetzung für stützende Kontakte**.

## Suizidprävention(2)

- **Wissen und Kenntnisse** über Suizidalität und Suizid **sind eine notwendige Voraussetzung** der Suizidprävention.
- Das Wissen um die Möglichkeiten der Suizidprävention, nicht nur bei Professionellen, sondern auch **in der Gesellschaft insgesamt, hilft, bei Suizidalität zielgerichtet zu unterstützen** und letztlich auch die Folgen von Suizidversuchen und Suiziden zu mindern.
- Es muss vermittelt werden, dass Suizid **meist nicht ein Akt des freien Willens** mit Kontrolle über die eigene Lebenssituation ist.
- Suizid ist weiterhin mit einer **Vielzahl von negativen Gefühlen** wie Scham und Schuld **assoziiert und** wird weiterhin tabuisiert.

## Suizidprävention wird gestärkt durch:

- Verbesserung und Evaluation von **Gatekeeper-Programmen**
- Evaluation von **Suizidpräventionsprogrammen**
- Effektive pharmakologische und psychotherapeutische **Behandlungsmethoden** bei allen psychischen Erkrankungen
- Bessere **Vernetzung**
- Steigerung der **Awareness** in der Öffentlichkeit
- Verbesserung und Umsetzung von Medienrichtlinien
- **Mittelrestriktion**
- Leichter Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten
- **Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern** im Gesundheitswesen

## Stärkung der Suizidprävention

### *Beispiele* aus dem Bereich der Medizin (1):

- Niedrigschwellige Erreichbarkeit von Hilfen für Menschen in Krisen/psychischen Erkrankungen:
  - *flächendeckendes Angebot*
  - *mobile, aufsuchende Dienste*
  - Einsatz moderner Kommunikationsmittel
- *Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung, der Qualifizierung des Fachpersonals, der Finanzierung*
- *Zielgruppenspezifische Versorgungsangebote* für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität
- Weitere Förderung der *Palliativmedizin*, der ambulanten palliativen Versorgung und der Hospize.
- Entwicklung einer *bürgerschaftlichen Sorgeskultur* (Caring Community)

## Stärkung der Suizidprävention

### *Beispiele* aus dem Bereich der Medizin (2):

- Bessere *Vernetzung* innerhalb des Gesundheitswesens – ambulant und stationär:  
Sicherstellung des *Entlassmanagements* und der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen *Nachsorge* nach stationärer Behandlung
- *Vernetzung* von psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Behandlungsangeboten *bei Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen*
- *Psychotherapeutische* Krisenintervention und langfristige Begleitung – insbesondere aufsuchende psychotherapeutische Behandlung bei älteren und immobilen Personen, auch *aufsuchend*
- Versorgung von *Angehörigen* von Patient\*innen mit Z. n. Suizidversuch und solchen nach Suizid (Postvention)
- *Interdisziplinäre Konferenzen*, Mortalitäts- und Suizidkonferenzen
- (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von *Leitlinien*
- *Berufsgruppenübergreifende* Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Suizidalität



## Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte

- Irrtum:

Wer Suizidgedanken äußert, der möchte auch unbedingt sterben.

- Die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität.
- Suizidgedanken sind nicht beständig und zeitlich schwankend.
- Einen Suizidwunsch nicht-wertend ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

# Empfehlungen des NaSPro (1)

**Es ist nicht möglich, Empfehlungen geben, welche die Suizidprävention und die Möglichkeit des assistierten Suizids widerspruchsfrei regeln.**

- 1. Strikte Regulierung der Werbung für den assistierten Suizid bis hin zum Verbot.**
- 2. Dokumentation, Erfassung und statistische Darstellung der assistierten Suizide, deren Rahmen und damit verbundenen finanziellen Transaktionen.**
- 3. Weitere Förderung der Palliativmedizin, der ambulanten palliativen Versorgung und der Hospize.**
- 4. Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der palliativen Versorgung und der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende**
- 5. Entwicklung von psychosozialen Hilfsangeboten für Menschen, die einen Wunsch nach einem assistierten Suizid äußern, innerhalb der betroffenen Institutionen (ambulante und stationäre Altenhilfe, medizinische Versorgung etc.)**

# Empfehlungen des NaSPro (2)

**6. Förderung der niedrigschwelligen Suizidprävention.**

**7. Förderung der Suizidprävention und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms als koordinierendes Netzwerk.**

**8. Förderung der Forschung zum assistierten Suizid, besonders hinsichtlich der Fragestellungen:**

- a. Wie unterscheiden sich die Gruppen derjenigen, die einen Suizid oder Suizidversuch selbst durchführen, von jenen, die einen assistierten Suizid wünschen?
- b. Untersuchung der Bedingungen, die zu einem Wunsch zum assistierten Suizid führen, unter besonderer Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen und Genderaspekten.
- c. Untersuchung der Auswirkung der Legalisierung des assistierten Suizids auf die Entwicklung der Einstellungen und Werte in der Gesellschaft, besonders im Hinblick auf Tod und Sterben sowie zum Lebenswert des Individuums oder von Gruppen.
- d. Untersuchungen zur Effektivität von psychosozialen Hilfsangeboten für Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid.

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Kontakt:

Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc., MHBA

Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm

Chefärztin Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Str. 23

51109 Köln

Tel. 0049 221 8993-400/-401

Fax 0049 221 8993-486

E-Mail: [B.Schneider@lvr.de](mailto:B.Schneider@lvr.de)

Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz.

Online-Dokument: <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>