

**Klinik und Poliklinik  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Würzburg**  
Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. H. Beckmann  
**Klinische Psychologie**  
Leiter: Professor Dr. A. Schmidtke



D- 97080 Würzburg, 08. Mrz. 2005  
Füchslinstr. 15  
Tel.: +49 (0931)201-7668  
Fax: +49 (0931)201-7669  
E-Mail: clips-psycho@mail.uni-wuerzburg.de



Herr  
MdB Klaus Kirschner  
Vors. des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestages  
Platz der Republik 1  
Konrad Adenauerstrasse 1  
  
11011 Berlin



WHO/EURO Network on Suicide Prevention

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0816(42)  
vom 07.03.2005  
  
15. Wahlperiode**

**Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung/  
Berlin, 09. 03. 2005/Ihr Brief vom 23. 02. 2005/Stellungnahme**

Sehr geehrter Herr MdB Kirschner,

Bezug nehmend auf Ihren Brief vom 23. 02. 2005 und die Einladung zur Anhörung des Ausschusses möchte ich Ihnen im Nachgang, nach Absprache mit der Initiative, folgende kurze Stellungnahme der Arbeitsgruppe „Primärprävention“ übersenden:

1. Die Initiative „Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ begrüßt das Vorhaben eines Präventionsgesetzes sehr.
2. Das Programm sieht vor allem in § 2, § 3, § 13 und § 17 („Lebenswelten“) Möglichkeiten für den Einbezug von Suizidprävention.

**Anmerkungen**

Die Initiative würde vorschlagen, in § 1 und § 2 deutlicher zu machen, dass unter „Gesundheit“ sowohl somatische als auch psychische Gesundheit verstanden wird.

Begründung: Die Konferenz der Gesundheitsminister der europäischen Region in Helsinki (14. Januar 2005) hat in ihrer Deklaration insbesondere psychische Gesundheit als

Hauptziel von Arbeitsprogrammen der nächsten Jahre definiert. Suizidprävention ist der psychischen Gesundheitsprävention zuzuordnen. Im allgemeinen Verständnis wird unter Gesundheit meist aber nur somatische Gesundheit verstanden.

In § 16 wird insbesondere der medizinische Bereich angesprochen. Die Initiative würde begrüßen, wenn in diesem Abschnitt allgemeiner auch der psychotherapeutische, sozialtherapeutische, Selbsthilfe- und Pharmazie- (Apotheken) Bereich mit aufgenommen würde.

Begründung: Im Präventionsbereich der Suizidprophylaxe wären dann neben dem in engeren Sinne medizinischen Bereich einerseits auch Institutionen und Organisationen angesprochen, die sich bei der Primärprävention suizidalen Verhaltens mit Methodenverhinderung befassen könnten (z. B. Haus- und Brückenkonstruktionen sowie -zugang, Eisenbahnnetzzugang, Beschaffung von Medikamenten und Substanzen als Suizidmitteln). Andererseits sind bei der Primärprävention suizidalen Verhaltens, - insbesondere im niederschweligen Bereich - Berufsgruppen und Organisationen tätig, die nicht dem eigentlich medizinischen Bereich zu zurechnen sind (z. B. Telefonseelsorgemitarbeiter, Mitarbeiter von Krisendiensten, KIT-Teams, etc.).

In den § 17 und § 18 („Lebenswelten“ sollte man vielleicht deutlicher machen, dass auch Pflegesettings, insbesondere der Heimbereich mit eingeschlossen werden sollte.

Begründung: Suizidales Verhalten in Deutschland ist vor allem auch ein Problem älterer Menschen, das sich durch die Zunahme der Hochaltrigen noch verschärfen könnte. Aufklärung und Fortbildung im Pflege- und Heimbereich könnten viel zur Primärprävention beitragen.

Generell würden wir vorschlagen, der Aus- und Weiterbildung in Präventionsmaßnahmen (auch Suizidprävention) mehr Raum zu geben.

Begründung: Eine bessere Kenntnis der Verursachung (und Behandlung) von somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen kann nicht nur primärpräventiv, sondern auch zu Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention eingesetzt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. A. Schmidtke  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe zur Initiierung eines  
Nationalen Suizidpräventionsprogramms  
AG Primärprävention