



Wortprotokoll der 56. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. Oktober 2015, 15.30 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsraum 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink,
Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN

Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen

BT-Drucksache 18/5104

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
 Mittwoch, 14. Oktober 2015, 15:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes



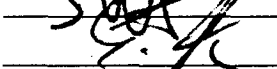
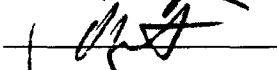
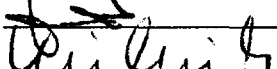
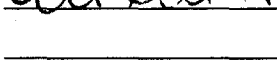
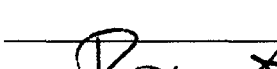
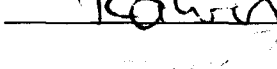


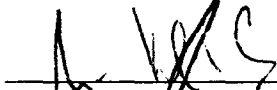
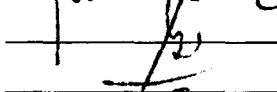
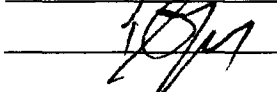
Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	
Kühne Dr., Roy		Nüßlein Dr., Georg	
Leikert Dr., Katja		Pantel, Sylvia	
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	
Monstadt, Dietrich		Steineke, Sebastian	
Riebsamen, Lothar		Steiniger, Johannes	
Rüddel, Erwin		Stockhofe, Rita	
Schmelzle, Heiko		Stracke, Stephan	
Sorge, Tino		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

Mittwoch, 14. Oktober 2015, 15:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Hinz (Essen), Petra	_____
Kermer, Marina		Katzmarek, Gabriele	_____
Kühn-Mengel, Helga		Lauterbach Dr., Karl	_____
Mattheis, Hilde	_____	Tack, Kerstin	_____
Müller, Bettina	_____	Thissen Dr., Karin	_____
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina	_____	Ziegler, Dagmar	_____
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald	_____	Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth		Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____

07/1



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

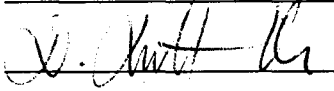
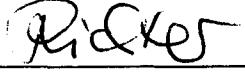
Mittwoch, 14. Oktober 2015, 15:30 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Albrecht Nilsen	SPD	Nilsen
Stephan Wilke	CDU/CSU	Stephan Wilke
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	Manfred Lang
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern			
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	Dr. Liebetrau		SitzR/in
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter		Ring.e
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

**Ministerium bzw.
Dienststelle**
(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

**Amts-
bezeichnung**

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
BMG	Godschalk	Godschalk	MP'in
BMG	Widmann-Graut	[Handwritten Signature]	[Handwritten Title]



Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen

BT-Drucksache 18/5104

Beginn der Sitzung: 15.30 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. Ich darf Sie ganz herzlich zur 56. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Es ist eine öffentliche Anhörung am heutigen Nachmittag. Zu meiner Linken begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Widmann-Mauz, und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Und ich begrüße natürlich nicht zuletzt, Sie, liebe Sachverständige bei uns hier im Ausschuss. In der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit einem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit dem Titel „Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen“ auf BT-Drucksache 18/5104. Wie immer am Anfang jeder Anhörung einige kurze Erläuterungen zum Verfahren. Wir haben insgesamt 60 Minuten zur Verfügung. Bei Anhörungen zu Anträgen stellen die Fraktionen abwechselnd Fragen. Es beginnt in der 1. Runde die CDU/CSU, dann die SPD, dann wiederum die CDU/CSU, dann die Fraktion DIE LINKE. und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der 2. Runde CDU/CSU, SPD, CDU/CSU die SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Runde 1 und 2 folgen im Wechsel. Jeder der Fragesteller stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Ich bitte sowohl die Fragesteller als auch Sie, liebe Sachverständige, möglichst kurz zu antworten, damit alle zu Wort kommen können. Die Sechzig-Minuten-Grenze bricht dann die Liste. Ich bitte die Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern sich auch mit ihrem Namen vorzustellen. Wir sind heute live im Parlamentsfernsehen zu sehen und es wird digital aufgezeichnet. Die Namensnennung ist wichtig, damit man Sie Ihrem Verband oder Organisation zuordnen kann, wenn man die Anhörung

beispielsweise im Internet ansieht. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der Anhörung. Die erste Frage stellende Fraktion ist die CDU/CSU. Herr Meier, Sie haben das Wort.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Werden aus Ihrer Sicht die von der Bundesregierung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeleiteten Maßnahmen für einen schnelleren Zugang von Menschen in psychischen Krisen zu psychotherapeutischen Behandlungen oder durch das Präventionsgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung in der Alltagswelt und der betrieblichen Gesundheitsförderung positive Auswirkungen auf die Suizidprävention haben?

Sve **Dr. Ute Lewitzka** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Es ist zu früh, dazu etwas zu sagen. Meine Befürchtung ist, dass zwar die Maßnahmen auf die psychisch Kranken einen positiven Einfluss haben werden. Suizidale Patientinnen oder Patienten sind aber nochmal eine ganz spezifische Gruppe.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Heinz von der Aktion Psychisch Kranke. In Deutschland gibt es bereits zahlreiche auch sehr unterschiedliche Beratungs- und Hilfeangebote zur Prävention und Sie selbst arbeiten an speziellen Programmen, zum Beispiel, um die Zielgruppe von Migranten zu erreichen. Bitte skizzieren Sie Ihre Erfahrungen mit bestehenden Ansätzen zur Suizidprävention und schildern Sie, welchen Handlungsbedarf Sie darüber hinaus noch sehen.

SV **Prof. Dr. Andreas Heinz** (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Es hat sehr positive Ansätze gegeben, die bisher weitgehend durchs BMBF gefördert worden sind. Das betrifft zum einen Bündnisse gegen Depressionen, die in Städten wie Nürnberg etabliert wurden. Wir haben das auch in Berlin gemacht. Das heißt, dass man Menschen wie Feuerwehrleute und Polizisten schult, die in solchen Situationen, in denen sich jemand etwas antun kann, Erstkontakt haben. Das ist extrem hilfreich. Das Problem ist, dass die Maßnahme mit der Projektförderung ausläuft. Sie haben das Projekt bei



Migranten angesprochen. Frau Schouler-Ocak, die eigentlich heute auch geladen ist, aber leider nicht kommen konnte, hatte ein Projekt zur Suizidprävention bei jungen türkischen Frauen gemacht. In dieser Gruppe liegt die Rate relativ hoch und sie dachte, die ganze türkische Gemeinde dafür gewinnen zu können. Das lief unter dem Titel „Beende dein Schweigen, nicht dein Leben“. Aber auch das ist ausgelaufen. Die Finanzierung und die Umsetzung in die Regelversorgung ist immer ein Riesensproblem, weil das eigentlich Präventivangebote sind, die im SGB V-Bereich so nicht vorkommen.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Stiftung Depressionshilfe. Depressionen sind eine der Hauptursachen von Suiziden. Welche Bedeutung haben regionale Ansätze zur Aufklärung und Beratung von Betroffenen, wie zum Beispiel die 65 regionalen Bündnisse gegen Depressionen, die unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe durchgeführt werden, für die Suizidprävention?

Sve **Nicole Koburger** (Stiftung Deutsche Depressionshilfe): Ich bin Mitarbeiterin der Stiftung. Die Bedeutung ist sehr groß, weil die Depressionen ein Hauptrisikofaktor für Suizidalität sind. Das heißt, wenn wir es schaffen, die Versorgung depressiv Erkrankter zu verbessern, werden wir auch indirekt Suizid und Suizidversuche verhindern können. Der Kollege von der APK hat gerade die Bündnisse gegen Depression erwähnt. Es ist nicht automatisch so, dass mit einem Projektende die Förderung ausläuft. Es gibt aktive Bündnisse bundesweit, in verschiedenen Städten, aber die Mittel sind sehr begrenzt und gerade Schulungen mit qualifizierten Referenten ließen sich viel leichter durchführen, wenn entsprechende Mittel bereitgestellt werden würden. Hauptansatzpunkt bei der Bündnisaktivität ist, dass auf mehreren Ebenen gleichzeitig Aktionen durchgeführt werden, also Schulungen, Maßnahmen für Betroffene und Angehörige und Aufklärungskampagnen, wie sie auch hier im Antrag gefordert werden.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Caritasverband e. V., an Herrn Henschel. Jugendliche in suizidalen Kreisen nutzen in begrenztem Maße etablierte Hilfsangebote, wie zum Beispiel therapeutische klinische Angebote. Wie stellt sich die aktuelle finanzielle Situation

von Angeboten wie U 25 dar und welche Veränderungen muss es hier geben?

SV **Jakob Henschel** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich weiß nicht, ob jedem in der Runde geläufig ist, was U 25 ist. Vielleicht zwei Sätze vorab. Das ist ein niedrigschwelliges Onlineberatungsangebot, bei dem gleichaltrige junge Menschen den Suizidgedanken im Internet beraten. Die finanzielle Situation ist ganz ähnlich, wie wir das schon angerissen hatten. Wir haben unsere fünf Standorte im Moment in einer Projektfinanzierung, die über Eigenmittel der Caritas und über Spenden getragen wird. Die Projektfinanzierung ist immer auf ein Jahr begrenzt, kann dann verlängert werden. Wenn nicht, steht eine Schließung bevor, wie wir es vor kurzem in unserem Standort in Dresden hatten. Das bedeutet konkret, dass wir 30 junge Ehrenamtliche nach Hause schicken müssen und noch mehr jungen Menschen, die sich bei uns melden, sagen müssen, sorry, wir können euch nicht beraten. Das steht an mehreren von unseren Standorten unmittelbar bevor und ruft geradezu danach, dort eine langfristige Finanzierung zu sichern, die sich ungefähr in einem Bereich von 200.000 Euro pro Jahr bewegt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Bei meiner Frage geht es um das Ehrenamt und um den niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten und richtet sich an die TelefonSeelsorge und auch an die Caritas. Welchen Stellenwert hat die ehrenamtliche Tätigkeit bei der Unterstützung von Menschen in Krisen sowie ihrer Angehörigen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie, um diese Arbeit abzusichern?

Der **Vorsitzende**: Nur eine Frage bitte, deshalb nun bitte der Vertreter der TelefonSeelsorge.

SV **Dr. Bernd Blömeke** (TelefonSeelsorge – Evangelische Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e. V.): Grundsätzlich ist es so, dass das Angebot der Telefonseelsorge, die mit Ehrenamtlichen arbeitet, die professionelle Beratungsarbeit und therapeutische Arbeit ergänzt. Viele Menschen, die suizidale Gedanken haben, tun sich schwer, überhaupt Kontakt zu einer professionellen Hilfe aufzunehmen. Zudem bietet natürlich der Kontakt über das Telefon, über die Mail oder über das Chat-Verfahren die Möglichkeit, sehr bedeckt, ohne sich



selbst sehr stark schämen zu müssen oder eingeschränkt zu sein, Kontakt aufzunehmen und überhaupt erstmal ins Gespräch zu kommen. Dieser Schritt aus dem negativen Kreislauf hin zu einem Gespräch mit einem anderen Menschen ist der entscheidende Beitrag. Die Menschen wissen, dass sie mit Ehrenamtlichen eher mit Menschen auf gleicher Augenhöhe in Kontakt treten, während bei Professionellen immer die Arzt- oder Therapeuten-Klienten-Distanz mitschwingt. Das ist für sie sicherlich ein großer Unterschied.

Ehrenamtliche Arbeit geschieht nicht im luftleeren Raum, sondern braucht personelle und strukturelle Voraussetzungen und dafür braucht es eine kontinuierliche Sicherstellung dieser Arbeit. Im Grunde geht es um eine grundsätzliche Förderung dieser Arbeit. Wenn man, wie die Caritas, das U 25-Angebot hat, klingt ein Mail-Angebot sehr einfach. Man vergisst dabei, welche technische Infrastruktur und Datenschutzfragen gewährleistet sein müssen und technisch hochaufwendig sicherzustellen sind, um ein solches Angebot zu realisieren.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an NaSPro. Es ist wahrscheinlich auch kein Zufall, dass wir jetzt diese rechtliche Debatte um den ärztlich-assistierte Suizid haben. Nun wird behauptet, wenn das über Ärzte möglich wäre, hätte man mehr Zugang zu Beratungsangeboten und das würde die Suizidrate senken. Es gibt Staaten in den USA wie Oregon, Washington, Montana und Vermont, die das zugelassen haben. Haben Sie Erfahrung, wie sich das entwickelt hat? Hat sich dort die Selbsttötungsrate verringert oder hat sie sich erhöht und hat das einen sogenannten Werther-Effekt gegeben?

SV **Armin Schmidtke** (Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland (NaSPro)): Es ist leider so, dass man eher auf einen Werther-Effekt schließen kann. Die Datenlage ist zwar noch dürftig, aber durchaus valide. In den vier Staaten sind die assistierten Suizide um 430 Prozent angestiegen. Auch die Suizidraten sind angestiegen und das betrifft insbesondere die älteren Altersgruppen wie die 45-Jährigen bis 64-Jährigen und vor allem die Frauen. Schaut man sich Oregon an, so ist die Zahl von einem niedrigeren Bereich unter zehn in 2004 auf 105 angestiegen. Die Suizidrate der 45- bis 64-Jährigen ist um 50 Prozent angestiegen. Man

kann annehmen, je mehr darüber geredet und publiziert wird, umso mehr Leute werden möglicherweise angesteckt, sich zu suizidieren.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Mit dem Antrag soll auch die Bundesregierung aufgefordert werden, eine Aufklärungskampagne über Suizidalität, Beratungsangebote und Therapiemöglichkeiten zu initiieren. Wie bewerten Sie dies? Das beinhaltet Chancen. Es gibt aber auch immer wieder Experten, die hier Risiken sehen.

SV **Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): In der Tat möchte ich sagen, dass Aufklärungskampagnen sehr vorsichtig angegangen werden müssen, nicht zuletzt wegen dieses Werther-Effekts. Wir haben im Bereich des Journalismus Absprachen mit den Zeitungen, wie über Suizide berichtet oder auch nicht berichtet werden soll, um keine ungewollten Mitnahmeeffekte zu provozieren. Wenn man über Aufklärung redet, so ist in den Bündnissen gegen Depression sehr viel Gutes geleistet worden. Die sind das auch sehr sensibel angegangen und haben im Vorfeld von Depressionen sehr gut informiert. Man muss die Hilfs- und Angebotsstrukturen haben und man kann nur ein Thema benennen, wenn diese Angebote überhaupt nicht vorhanden sind. Das muss gut zusammenwirken und zusammengefasst werden. Es wäre wünschenswert, wenn diese in der Tat verstetigt und flächendeckend ausgeweitet werden könnten.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) haben wir als CDU/CSU-Fraktion darauf hingewirkt, dass die kasernenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen einzurichten haben. Können diese Terminservicestellen dazu beitragen, dass Menschen, die in Krisensituationen potenziell suizidgefährdet sind, rechtzeitig ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten zugewiesen bekommen?

SV **Dr. Thomas Uhlemann** (GKV-Spitzenverband): Wir hoffen doch sehr, dass die Terminservicestellen diese Funktion haben können. Es geht darum, dass mit dem VSG ein niedrigschwelliger Zugang zu Angeboten der ambulanten Psychotherapie ermöglicht werden soll, wobei das im Fall von Suizidalität komplexer ist. Diese Servicestellen werden



auf eine Erstberatung verweisen, bei der zunächst eruiert werden soll, wie es um die Fragesteller bzw. Patienten tatsächlich bestellt ist. Dort sollen Weichenstellungen vorgenommen werden. Bei manifester Suizidalität wäre das der Verweis auf die Kliniken bzw. auf eine stationäre Behandlung. Wenn das nicht so ist, stellt sich die Frage, ob es etwas für den Bereich der Psychotherapie oder die Selbsthilfe ist oder ob es letzten Endes Hintergründe sind, die auf ganz andere Zusammenhänge verweisen, zum Beispiel auf die Schuldnerberatung oder ähnliches. Wir hoffen sehr, dass diese Sprechstunde, die wir einrichten werden und die im G-BA vereinbart wird, dazu beiträgt, auch solche Sachen aufzufangen.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die DGPPN. Wie bewerten Sie in den letzten Jahren die Entwicklung der Suizidrate in Deutschland, worauf führen Sie das vor allem zurück und wo sehen Sie besonderen Handlungsbedarf für den Bundesgesetzgeber?

Sve **Dr. Ute Lewitzka** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Sie alle kennen die Zahlen, die auch in dem Antrag hinterlegt worden sind. Diese sind zwar bis etwa 2010 erst einmal gesunken. Seitdem ist aber eine kleine Wende eingetreten und die Suizidzahlen in Deutschland steigen wieder. Für dieses und letztes Jahr haben wir noch keine Zahlen. Wir bekommen immer erst Ende des Jahres die neuen Zahlen vorgelegt. Ich persönlich würde postulieren, dass wir einen weiteren Anstieg zu verzeichnen haben. Suizidologen streiten sich darum, welche Ursachen das hat. Es gibt Arbeiten, wie zum Beispiel aus Griechenland, die gezeigt haben, dass selbstverständlich globale Dinge wie Weltwirtschaftskrise etc., einen Einfluss darauf haben. Es gibt immer einen sozioökonomischen Einfluss. Inwieweit eine Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen eine Rolle spielt, kann noch nicht gesagt werden. Wir haben 2002 mit der NaSPro-Gründung, die eine Initiative der DGS ist, eine unglaublich großartige Initiative starten können. Es braucht Personen, die sich nicht nur ehrenamtlich, sondern auch beruflich dafür einsetzen können. Das ist ganz wichtig. Die DGPPN, die ich hier auch vertrete, sieht eine Stärkung der Versorgung von psychisch Kranken, die eine Kerngruppe von Suizidpatienten ist, mit

dem Ausbau von Versorgungsstrukturen, die niedrigschwellig sein müssen, aber auch, und da würde ich dem Kollegen ein bisschen widersprechen, unmittelbar sein müssen. In dem Moment, wo die Betroffenen auf einen Termin warten müssen, auch wenn der absehbar in vier Wochen stattfindet, gibt es einen Behandlerwechsel und einen Abbruch und dadurch verliert man möglicherweise den Zugang zu diesem suizidalen Patienten. Das heißt, wir brauchen viel mehr niedrigschwellige, flächendeckende Angebote, die idealerweise auch vernetzt und bundeseinheitlich sein sollten, um diese große Gruppe von Menschen, die nicht in die Psychiatrie wollen, aufzufangen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die DGPPN. Sie bezeichnen auch Menschen in akuten, schwierigen psychosozialen Lebenssituationen mit einer bedrohlichen Finanzlage, einer prekären Arbeitssituation und ähnlichem als Risikogruppe für Suizidalität. Nun ergibt sich für uns die Frage, welche Rolle Sanktionen beispielsweise im Rahmen des Hartz IV-Regimes für diese Gruppe spielen. DIE LINKE. will die Sanktionen abschaffen und eine bedarfsdeckende, existenzsichernde Mindestsicherung einführen. Könnte man darüber hinaus in den Jobcentern darauf hinwirken, dass die Mitarbeiter in die Lage versetzt werden, solche Gefährdungen zu erkennen und kann man präventiv tätig werden?

Sve **Dr. Ute Lewitzka** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Es ist absolut wünschenswert. In Jobcentern und in allen existenziellen Bereichen braucht es professionell geschulte Mitarbeiter, die ein Gespür dafür haben, ob ein Mensch in Not gerät und wann er Hilfe braucht. Die Patienten, die zu uns in die Klinik kommen, stellen psychiatrische Notfälle dar, weil sie sich gerade das Leben nehmen wollten. Da spielt ganz häufig der Arbeitsplatzverlust und die Angst zu verarmen eine wichtige Rolle. Wenn diese Sorge wegfallen würde, hätten wir sicherlich etwas im Sinne der Suizidprävention getan.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Alte Menschen in Krisen nehmen sehr selten die Hilfe von Krisendiensten in Anspruch und erhalten auch selten Psychotherapie. Aus wel-



chen Gründen erreicht das Hilfesystem alte Menschen nicht? Was kann man tun, damit sie frühzeitig erreicht werden? Meine Frage richtet sich an Dr. Melcop und Herrn Schmidtke.

Der **Vorsitzende**: Bitte immer nur eine Frage an einen Sachverständigen. An wen soll die Frage gehen?

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Dr. Melcop.

SV **Dr. Nikolaus Melcop** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Ich bin Vizepräsident in der Bundespsychotherapeutenkammer. Es ist eine große Herausforderung, diese Hilfsangebote mehr älteren Menschen zur Verfügung zu stellen. Der erste Schritt ist es, eine größere Akzeptanz für die bestehenden Versorgungsangebote zu erreichen. Das heißt, man müsste zielgruppenspezifische Adaptionen erreichen und zielgruppenspezifische Informationen aufbereiten, die dann sowohl den älteren Menschen als auch gegebenenfalls betreuten Personen zur Verfügung gestellt werden. Ältere Patienten können auch gezielt auf Angebote hingewiesen werden, zum Beispiel über Beratungsstellen. Auch Krisendienste etc. sollten sich besser auf diesen Personenkreis einstellen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Bundesärztekammer. Wo sehen Sie Mängel in der Versorgung von Suizidgefährdeten? Bitte gehen Sie dabei insbesondere auf die ambulante Versorgung in Deutschland ein.

SV **Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Zum einen muss man vorwegschicken, dass wir ein sehr gutes Netz an ärztlicher und auch an psychotherapeutischer Versorgung haben. Wenn Sie die Mängel ansprechen, kann man natürlich alles noch besser machen. Wir sind bemüht, gerade auch das Thema ärztliches Gespräch und ärztliche Kommunikation stärker auf die Agenda zu setzen. Der letzte Deutsche Ärztetag hat sich intensiv mit dem Thema befasst. Wir werden ein Curriculum zur ärztlichen Gesprächsführung entwickeln, was in der ärztlichen Fortbildung zur Verfügung gestellt wird, so dass niedergelassene Ärzte und Hausärzte noch stärker für solche Thematiken und das Gespräch, das in der Praxis nicht einfach zu führen

ist, sensibilisiert werden. Mängel gibt es am Übergang von der stationärer Versorgung in die Nachbetreuung und in die ambulante Versorgung. Hier kann es nicht angehen, dass Patienten nach einem Suizidversuch nur entgiftet werden und dann eine große Hilflosigkeit eintritt, wie man jetzt mit so einem Patienten weiter umgehen soll.

Wir haben in anderen Bereichen schon sehr gute Überleitungsmodelle. Ich denke dabei an den Bereich der Suchtkranken und jugendlichen Suchtkranken, wo bereits stationär eine frühe Ansprache stattfindet und dann eine Weiterleitung in ambulante Hilfsangebote erfolgt. So etwas Ähnliches könnte man sich gut für das uns heute interessierende Thema der Suizidprävention oder dann der Tertiärprävention vorstellen. In diese Richtung sollten wir weiterdenken.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Eine besondere Risikogruppe sind auch Flüchtlinge. Sie geraten vor dem Hintergrund von Traumatisierung, Verlust von nahen Angehörigen und erlebter Perspektivlosigkeit womöglich in suizidale Krisen. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie für diese Risikogruppe, sowohl was Prävention als auch Versorgung angeht?

SV **Dr. Nikolaus Melcop** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Gerade bei Flüchtlingen ist das Thema Belastung mit psychischen Störungen und insbesondere posttraumatischen Belastungsstörungen ein großes Thema. Wir können davon ausgehen, dass ungefähr 30 Prozent der Menschen, die hierher kommen, zusätzlich zu den psychischen Erkrankungen, die sie bereits haben, eine entsprechende Belastung mitbringen. Natürlich sind nicht alle suizidal, aber Zahlen belegen, dass auch ein sehr hoher Teil der Flüchtlinge, etwa die Hälfte Suizidgedanken haben und davon ein wesentlicher Teil suizidal im engeren Sinn ist. Hier ist die Erkennung ein ganz wichtiger Punkt. Es ist leider so, dass bei den Erstuntersuchungen bisher psychische Probleme, vorsichtig gesagt, eine untergeordnete Rolle spielen. Da würden wir vorschlagen, Sprechstunden mit entsprechend qualifizierten Fachpersonen einzurichten. Dies können psychologische Psychotherapeuten oder Fachärzte entsprechender Fachrichtung sein. Es muss sehr schnell ein entsprechendes Hilfsangebot zur Verfügung stehen.



Hier ist die psychotherapeutische Versorgung das Angebot der Wahl. Im Unterschied zum GKV-Spitzenverband muss ich bemerken, dass ambulante Betreuung in allen Bereichen, auch für Flüchtlinge und unbedingt auch im Bereich der Suizidprävention und Suizidbehandlung möglich ist. Dort müssen die Schwellen gesenkt werden. Ihnen ist sicher allen das Dolmetscherproblem bekannt. Sprachmittlung ist eine Voraussetzung, wenn wir das Problem der Suizidalität unter Flüchtlingen in den Griff bekommen wollen. Es muss eine deutliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der notwendigen Dolmetscherleistungen stattfinden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Wie schätzen Sie die Verschärfung bei der Vergabe von bestimmten Arzneimitteln zur Verhinderung von Suiziden ein und wo sehen Sie den primären Schwerpunkt, um Suizide zu verhindern?

Sve **Dr. Ute Lewitzka** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Wir haben auf Initiative des NaSPros erreichen können, dass die Packungsgrößen für nichtrezeptpflichtige Arzneimittel wie Paracetamol verringert wurden. Das hat einen Effekt. Wenn ein Suizidmittel nicht zur Verfügung steht, nehmen sich die Menschen damit auch nicht das Leben nehmen und interessanterweise auch nicht mit einem anderen Suizidmittel. Das ist eine ähnliche Geschichte wie mit den sogenannten Hot-Spots. Wenn ich eine Brücke sichere, werden die Menschen nicht zu einer anderen Brücke gehen, weil sie genau diese Brücke in ihrem Kopf hatten, um herunter zu springen. Und nach vielen Jahren ist es jetzt endlich gelungen, Sicherungsmaßnahmen für einen der berühmtesten Hot-Spots der Welt, die Golden Gate Bridge in San Francisco, einzuführen. Alles, was dazu führt, dass die Menschen weniger Mittel zur Verfügung haben, die sie zum Suizid verwenden könnten, ist hilfreich. Bei den Medikamenten ist es sehr komplex, weil die meisten Menschen eine sogenannte Mischintoxikation verwenden, das heißt alles nehmen, was im Apothekenschrank ist, vorzugsweise sogenannte sedierende Substanzen, also Schlaf- und Beruhigungsmittel. Das heißt, in diesem Bereich müssten die Mengen reduziert werden und

nur kleinere Packungsgrößen abgegeben werden dürfen. Dann hätte man das Rüstzeug in der Hand, um die Suizidzahlen zu vermindern.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Welche Maßnahmen sind Ihrer Meinung nach erforderlich, um möglichst flächendeckende Angebote für Kriseninterventionen bei Suizidgefährdeten zu etablieren und welche Aufgaben haben dabei die Kommunen? Was kann von Seiten der Gesundheitsversorgung getan werden?

SV **Dr. Nikolaus Melcop** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Der Aufbau von Krisendienstleistungen zum Beispiel in Stuttgart oder Berlin hat gezeigt, dass mit einem vergleichsweise überschaubaren finanziellen Aufwand ein sehr wirksames Hilfsangebot für Menschen in psychischen und psychosozialen Krisen etabliert werden kann. Diese Einrichtungen können darüber hinaus auch die erforderlichen Vernetzungen zu sozialpsychiatrischen Diensten und zu den Praxen und Einrichtungen des Gesundheitswesens leisten. Die Vorhaltung niedrighwelliger Hilfsangebote über psychosoziale Kriseneinrichtungen und den sozialpsychiatrischen Diensten bleibt eine zentrale Aufgabe der Kommunen, die regional aber sehr unterschiedlich verortet sind und eng mit verschiedenen Versorgungsanbietern zusammenarbeiten. In ländlichen Gebieten muss es anders organisiert und in vielen Bereichen auch erst aufgebaut werden. Die vorhandenen kommunalen Angebote müssen zielgruppenspezifisch weiter ausgebaut werden. Flüchtlinge, Migranten, Frauen etc. sollten zielgruppenspezifisch berücksichtigt werden, ebenso wie Erwachsene, Kinder und Jugendliche.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an Herrn Schmidtke. Ich komme auf die alten Menschen zurück, weil sie eine sehr wesentliche Gruppe bei den Suizidgefährdeten darstellen. Sie haben sich in einer Unterarbeitsgruppe mit diesem Personenkreis in besonderer Weise auseinandergesetzt. Welche Hilfsangebote sind notwendig und welchen Stellenwert hat die regionale Abstimmung?

SV **Armin Schmidtke** (Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland (NaSPro)): Man kann das in zwei Bereiche teilen. Zum einen muss



die Ausbildung der Menschen, die in der Altenpflege oder in der Geriatrie tätig sind, verbessert werden. Da sind große Defizite vorhanden. Bei den Maßnahmen für die alten Menschen selbst schlagen wir vor, von einschränkenden Bestimmungen wegzugehen und sich neue Konzepte zu überlegen, wie es zum Beispiel in Hamburg gemacht wird, zum Beispiel mit aufsuchender Psychotherapie. Ein alter Mensch, der im Rollstuhl sitzt, kann nicht zu einem Krisendienst kommen, der im dritten Stock ist und keinen Aufzug hat. Das geht nicht. Bisher ist leider, und das ist auch in einer Stellungnahme so, die Einstellung zu solch ausholenden Maßnahmen negativ, weil man noch das Bild der alten psychotherapeutischen Situation im Kopf hat. Patient sucht auf, liegt möglicherweise noch auf einer Couch und dann wird besprochen. Davon muss man abkommen. Wir sind der Meinung, dass wir für die alten Menschen von der sogenannten Komm-Struktur, bei der wir warten, bis jemand kommt und sich an uns wendet, wegkommen und eher zu einer aufsuchenden Struktur kommen müssen.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Ich frage die Bundesärztekammer. Können Sie uns darlegen, unter welchen Voraussetzungen ein beabsichtigter Suizid rechtzeitig bemerkt bzw. medizinisch diagnostiziert werden kann? Was macht die Feststellung oftmals so schwierig bzw. woran könnte es liegen, dass es unerkannt bleiben kann? Könnten Situationen vorliegen, nach denen eine medizinische Diagnose fast nicht möglich ist?

SV Dr. Wilfried Kunstmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie beschreiben das ganze Spektrum der Möglichkeiten und es gibt in der Tat nicht unerhebliche Situationen, wo es für den Arzt sehr schwierig ist, eine akute suizidale Situation zu erkennen. Sie kennen wahrscheinlich alle das präsuizidale Syndrom, was schon in den fünfziger Jahren von dem Wiener Psychiater Erwin Ringel beschrieben worden ist. Dieses beschreibt, wie sich die Einengung der Gedanken und auch die Abschirmung gegen die Außenwelt in dieser letzten Phase vor der Tat ausdrücken. Das macht es schwierig, so jemanden anzusprechen und überhaupt zu erkennen, zumal diese Patienten häufig eine enorme Ruhe ausstrahlen, die letztlich auch in der Bewertung tückisch ist.

Das ist sicherlich eine große Schwierigkeit. Es ist wichtig, dass wir Ärzte ausreichend dafür qualifizieren in einem Vorfeld, wo psychische Erkrankungen und depressive Belastungen vorliegen, diese anzusprechen und dann auch im Sinne einer primären Prävention frühzeitig zu intervenieren. Wir haben im Rahmen der allgemeinärztlichen Curricula in der Weiterbildung eine 80-stündige psychosomatische Grundversorgung für den Erwerb der Facharztanerkennung vorgesehen. In dieser psychosomatischen Grundversorgung werden auch Fragen von Lebenskrisen, Krisensituationen und der Umgang und die Intervention thematisiert. Wir versuchen, diese Themen auch in den Weiter- und Ausbildungen mit aufzunehmen. Für die ärztliche Gesprächsführung entwickeln wir momentan ein Curriculum.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Ich möchte die Zielgruppe der Jüngeren ansprechen und frage Herrn Schmidtke von der NaSPro. Jugendliche zeigen eine vergleichsweise höhere Prävalenz für Suizidgedanken und Suizidversuche, gleichzeitig sind sie aber auch für präventive Ansätze besonders empfänglich. Können Sie von Erfahrungen berichten, die sich in der Präventionsarbeit bewährt haben und welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sehen Sie?

SV Armin Schmidtke (Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland (NaSPro)): Im Sinne der Primärprävention muss besser dafür gesorgt werden, dass Jugendliche im Internet nicht zu suizidalen Handlungen verführt werden. Da ist die Jugendschutzaktion in Mainz sehr aktiv und wir hoffen, dass sie auch weiter gefördert wird, weil wir sehen, dass sich schon Neunjährige im Internet zu suizidalen Handlungen verabreden. Im Bereich der sekundären Prävention, wenn man direkt mit den Patienten oder den Personen zu tun hat, würden wir uns wünschen, dass spezifische Projekte, bei denen Jugendliche andere Jugendliche beraten, also Peer-to-Peer-Beratung, mehr und besser gefördert werden. Von mir als Älterem nimmt ein Jugendlicher so einen Rat schwerer an als von einem Gleichaltrigen. Das wird unserer Meinung nach bisher noch zu wenig genutzt. Das Projekt U 25 ist gut. Wir wissen aus anderen Ländern, die zum Beispiel SMS- oder direkte Internetberatung machen, dass das durchaus erfolgreich sein kann.



Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Antrag sieht eine stärkere Förderung für Angehörige von suizidgefährdeten Menschen im Rahmen der Selbsthilfe vor. Wie stehen Sie dazu?

SV **Dr. Thomas Uhlemann** (GKV-Spitzenverband): Die gesetzlichen Krankenkassen fördern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen auf Grundlage des § 20 SGB V und eine Förderung erfolgt gemäß dem Leitfadens zur Selbsthilfeförderung. Die Förderung nach diesem Leitfaden setzt voraus, dass die Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe auf einem freiwilligen Zusammenschluss von Menschen basieren, die eine chronische Erkrankung oder Behinderung haben. Maßgeblich für die Förderung sind die im sogenannten Krankheitsverzeichnis aufgeführten Krankheiten. Sofern Suizidalität eine Folge psychischer Störungen oder auch Verhaltensstörungen ist, wird sie bereits heute von diesem Krankheitsverzeichnis erfasst. Es gibt darüber hinaus in den Ländern und Kommunen bereits heute aufgrund staatlicher Förderung auch in kirchlicher Trägerschaft zahlreiche professionelle oder auch leicht erreichbare Beratungs- und Unterstützungsangebote. Hierzu zählen zum Beispiel die verbreiteten Krisentelefone, Einrichtungen der Schwangerschaftskonfliktberatung, Lebensberatungsstellen der Diakonie oder auch Angebote der Notfallseelsorge. Der geforderte Aufbau weiterer Beratungs- und Unterstützungsangebote, die sich speziell auf suizidpräventive Arbeit konzentrieren, ist problematisch, da man aufpassen muss, dass man nicht Doppelstrukturen aufbaut, da die genannten Beratungsstellen bereits heute auf Krisenberatung spezialisiert sind und in dieser Funktion auch suizidpräventiv wirken.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich stelle eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention. Es geht um Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ich möchte das akzentuieren. Ich weiß aus der Literatur, dass es ungefähr 100.000 Menschen gibt, die wegen eines Suizidversuches Kontakt zum Gesundheitssystem haben. Also ist es wichtig, dass möglichst viele informiert sind. Was kann man tun, nicht nur für die ärztliche Ausbildung, sondern auch für andere Berufsgruppen, damit Signale richtig erfasst werden?

SVe **Dr. Ute Lewitzka** (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)): Wir kennen die Risikogruppen, das ist ein entscheidender Vorteil. Wir müssen jetzt nicht in der allgemeinen Bevölkerung suchen, wer das höchste Risiko hat. Alte einsame Männer und junge Menschen in adoleszenten Krisen etc. sind primäre Risikogruppen. Das heißt, wenn wir in diesen Bereichen, in Altenheimen, Schulen und anderen Institutionen, wo diese Menschen vorzugsweise ihre Zeit verbringen, Aufklärung, Information und Weiterbildung möglich machen, dann machen wir auch möglich, dass das frühzeitig erkannt wird.

Ein anderes Thema, was ich noch ansprechen wollte, ist, dass es gut ist, dass das ärztliche Personal geschult wird. Wenn es dann jedoch nicht entsprechend vergütet wird, weil der Arzt für den Patienten sehr viel Zeit braucht, um zu eruieren, wie suizidal gefährdet dieser ist, dann kann der Hausarzt den besten Willen haben und das trotzdem nicht leisten. Es gibt eine Diskrepanz zwischen dem, was wir für Weiterbildung tun, und der Realität, in der das nicht umgesetzt werden kann.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich hätte nochmal eine Frage an das NaSPro. Es gibt Untersuchungen von Rory o'Connor, der festgestellt hat, dass es bislang keine überzeugende Evidenz dafür gibt, dass psychotherapeutische Verfahren tatsächlich Suizidgedanken und Suizidhandlungen reduzierten. Wie können wir hier Ihrer Ansicht nach mehr wissenschaftliche Klarheit schaffen und vor allem, wer kann solche Studien finanzieren? Es gibt niemanden, der ein Interesse dran hätte, zu untersuchen, welche Art von Psychotherapie hilfreich oder welche Art von Präventionsprogramm überhaupt wirksam und erfolgversprechend ist.

SV **Armin Schmidtke** (Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland (NaSPro)): Ich hoffe, ich setze mich nicht in die Nesseln. Es gibt schon genug Studien, die zeigen, dass sich bestimmte Therapiearten oder verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieformen eignen. Das Problem bisher war, dass man alles über einen Kamm geschert und keine spezifischen Therapien entwickelt hat. Wir haben für die WHO und die EU viele Studien gemacht und es hat sich herausgestellt, dass die kontinuierliche Betreuung eines Patienten entscheidend ist. Genau das passt leider nicht zu



unserem System. In Deutschland erhält ein Patient oder eine Person nach einem Suizidversuch in der Regel fünf Kontakte zu einem sogenannten Provider im Krankenhaus. Ich weiß nicht, ob Sie sich vorstellen können, dass Sie fünf Personen hintereinander erzählen, warum Sie einen Suizidversuch gemacht haben. Spätestens beim vierten sagen Sie, ich verspreche ihnen, das mache ich nie mehr und verschwinden aus dem Krankenhaus. Deswegen sind auch die ersten sechs Monate nach einem Suizidversuch für einen Rezidiv sehr gefährlich. Es muss etwas geändert werden, damit wir für einen Patienten nach einem Suizidversuch nach dem Krankenhaus eine vernünftige Fürsorge haben. Es kann nicht angehen, dass für ungefähr 50 Prozent der Patienten der erste Termin erst nach einem halben Jahr gemacht wird. In der Zeit ist die Hälfte von ihnen tot.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an Professor Heinz. Sie sind Vertreter eines psychiatrischen Angebotes und wir haben gleichzeitig die ganze Palette zwischen niederschweligen Krisenangebot, ambulanter Hilfe und eben Sie, mit der stationären Hilfe, am Tisch. Was brauchen wir an vernetzter Hilfeleistung vor Ort? Gibt es Konzeptionen, wie man das sinnvoll in einen Zusammenhang bringt?

SV **Prof. Dr. Andreas Heinz** (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Zum einen gibt es zum Glück in vielen Bereichen sehr gut vernetzte Angebote. Berlin zum Beispiel hat einen Krisen- und Beratungsdienst, der sehr niederschwellig ansprechbar und auch anrufbar ist, ähnlich wie die Telefonseelsorge. Dann gibt es eine damit verbundene Interaktion vor allem auf Bezirksebene, also im Bereich der direkten Zusammenarbeit. Es ist aber sicher so, dass Koordinations- oder Clearingstellen in vielen Bereichen fehlen. Dass Bündnis gegen Depressionen könnte so eine Funktion ausüben, ist aber in dem Bereich massiv unterfinanziert, da in vielen Städten oder Bündnissen die Finanzierung weggebrochen ist.

Es sind auch die Flüchtlinge angesprochen worden. Natürlich können die nicht alle in die Regelversorgung gehen, sondern wir brauchen Kurzzeit-Psychotherapieangebote und relativ niederschwellige, auch auf Selbsthilfe ausgerichtete Aktivitäten. De-

ren Koordination ist im Augenblick nicht durchdacht oder gar finanziert. Das wäre aber sehr wichtig und könnte leicht aufgezo-gen werden.

Der **Vorsitzende**: Die CDU/CSU-Fraktion stellt keine Frage mehr, daher fragt die SPD weiter. Frau Kermer bitte.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Ich stelle meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Die Bundesregierung hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und -prävention Regelungen für mehr Prävention in den Lebenswelten und zur Stärkung der Selbsthilfe getroffen. Wie bewerten Sie diese Regelungen mit Blick auf die Suizidprävention?

SV **Dr. Thomas Uhlemann** (GKV-Spitzenverband): Dieser Lebenswelten - Ansatz ist aus unserer Sicht völlig richtig. Da geht man den richtigen Weg und wir erwarten eine Senkung der Suizidrate, wenn man das überhaupt so schnell feststellen kann.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Henschel vom Deutschen Caritasverband. Sie fordern in der Stellungnahme analog zum Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine nationale Aufklärungskampagne. Welche Wirkung versprechen Sie sich davon und wie könnte das aussehen?

SV **Jakob Henschel** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir sind der Meinung, dass, und ich glaube, da sind wir uns auch alle einig, in Deutschland viel zu wenig über Suizid und Suizidprävention gesprochen wird, obwohl die Zahlen derart hoch sind. Wenn ich irgendwo darüber spreche, wie hoch die Suizidraten in Deutschland sind, werde ich oft groß angesehen, wenn ich sage, dass es mehr als doppelt so viele sind wie Verkehrstote. Das heißt, es muss mehr darüber gesprochen und aufgeklärt werden. Eine Kampagne zur Aufklärung wäre von der statistischen Relevanz wichtig, damit klar ist, dass wir nicht über eine Randgruppe, die man so einfach mal übergehen kann, sprechen. In dieser Kampagne muss angesprochen werden, wie ich erkennen oder herausfinden kann, ob jemand in meinem Umfeld Suizidgedanken hat und was ich tun kann. Wir haben den Eindruck, dass dem Thema Suizid mit viel Hilflosigkeit und Ohnmacht begegnet wird. Einfache Schritte wie zum Beispiel nachzufragen sind oft gar nicht bekannt. Wir sind mit dem Projekt U 25 häufig zur Aufklärung in Schulen und stellen



fest, dass gerade Schülerinnen und Schüler diesem Thema relativ offen gegenüber sind. Das heißt, wir haben Ansätze, Ideen und auch offene Ohren, die wir nun nutzen müssen. Es wäre schön, wenn man das zum Beispiel durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf einer großen Ebene transportieren könnte, um der Größe des Problems Rechnung zu tragen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nochmal eine Frage an die TelefonSeelsorge. Sie sind als niedrigschwelliger Ansprechpartner vielleicht auch derjenige, der am ehesten Aussagen dazu machen könnte, welche Gründe für Suizidgedanken häufig eine Rolle spielen.

SV **Dr. Bernd Blömeke** (TelefonSeelsorge – Evangelische Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e. V.): Die Gründe sind zahllos. Die Telefonseelsorge hat vor allen Dingen dann mit suizidalen Menschen zu tun, wenn sie in einer akuten Situation oder Befindlichkeit sind. Das heißt, es gibt häufig Auslöser, die aus dem konkreten Umfeld und einer konkreten Situation entstehen. Ein Familienstreit, eine Trennung, also etwas, was ganz spontan kommt. Daher kann ich nicht grundsätzlich sagen, was die Hintergründe sind. In den Gesprächen der Telefonseelsorge kommen sehr häufig ganze Zusammenhänge von Problemen und Fragestellungen auf, von Arbeitslosigkeit, schulischen Problemen oder Erkrankungen in der Familie. Man kann schwer sagen, was genau der Hintergrund für eine suizidale Krise ist. Wir können zwar die auslösende Situation kennenlernen, aber die Hintergründe für die eigentliche Suizidalität sind schwer zu erkennen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich hätte noch eine Frage an die Deutsche Depressionshilfe. Wir haben schon über die Bündnisse gegen Depressionen gehört. Welche Rolle spielt die Selbsthilfe, die wir gerade im Präventionsgesetz deutlich gestärkt haben, im Zusammenhang mit Depression und kann das etwas Positives bewirken?

Sve **Nicole Koburger** (Stiftung Deutsche Depressionshilfe): Die Selbsthilfe kann in jedem Fall etwas Positives bewirken. Von Gesprächen, die im Rahmen unserer Arbeit mit Betroffenen geführt werden, wird sie als eigene Behandlungssäule bezeichnet. Der Peer-to-Peer-Support zum Beispiel hat eine

sehr große Bedeutung. Die Bündnisse versuchen, Selbsthilfegruppen zu initiieren oder bestehende bekannt zu machen und zu vernetzen. Es ist gerade in Übergangszeiten, zum Beispiel nach einem stationären Aufenthalt, sehr wichtig, dass das Klinikpersonal über Selbsthilfe und den Sozialpsychiatrischen Dienst vor Ort Bescheid weiß und darüber informiert. Wir haben in Leipzig ein Pilotprojekt, mit dem wir versuchen, Beratungsgespräche am Krankenbett von Betroffenen für Betroffene zu organisieren, um den Übergang zu erleichtern. Dies ist auch ein wichtiges Medium während der Wartezeit auf einen Therapieplatz. Das sollte ausgebaut und gefördert werden. Das ist ein mit positiven Wirkungen versehener Bereich, der leider relativ unerforscht ist.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte den GKV-Spitzenverband nach den kulturellen Hintergründen von Prävention und nach den geschlechtsspezifischen Gründen von Prävention in diesen Kontext befragen.

SV **Dr. Thomas Uhlemann** (GKV-Spitzenverband): Da stellen Sie mir eine schwierige Frage, denn das ist extrem komplex und kompliziert. Die Parameter nach denen wir auch in der Forschung schauen, sind in der Regel etwas gröber. Ihre Frage, wenn ich Sie richtig verstehe, richtet sich zum Beispiel darauf, ob aus dem Bereich der Flüchtlinge und Asylbewerber größere Angaben über Suizide zu erwarten sind. Nachdem, was ich weiß oder in den letzten Tagen noch einmal recherchiert habe, scheint das nicht der Fall zu sein. Es sind gegenüber der deutschen Normalbevölkerung keine höheren Suizidraten zu bemerken. Aber hier fehlt es sicherlich noch an qualifizierter Forschung.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich hätte noch eine Frage an die Caritas. Es gibt Zahlen, die inzwischen belegen, dass in den reicheren Ländern die Suizidraten in ärmeren und sozial benachteiligten Gruppen eindeutig höher sind als in wohlhabenden und privilegierten Gruppen. Entspricht das auch Ihrer Erfahrung aus den Einrichtungen, mit denen Sie arbeiten und was würden Sie vorschlagen, um diesen Social Gap zu schließen?

SV **Jakob Henschel** (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Frage bezog sich darauf, dass der Gap



zwischen den armen und den reichen Ländern besteht.

*Zwischenruf Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.):
Nein, zwischen den armen und reichen Menschen
in den reichen Ländern.*

SV Jakob Henschel (Deutscher Caritasverband e. V.): Genau, deswegen war es mir wichtig, die Frage noch einmal zu klären. Die Zugänglichkeit für Angebote muss auch auf der niedrighschwelligigen Ebene sichergestellt sein, so dass für alle sozialen Gruppen Hilfsangebote verfügbar sind. Das spricht die Niedrighschwelligkeit an, die wir heute schon mehrfach hatten. So viel kann ich nur dazu sagen, weil uns keine grundlegende Stellungnahme vorliegt.

Der **Vorsitzende**: Die letzte Frage stellen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die auch Antragsteller sind. Frau Klein-Schmeink, Sie haben die Schlussfrage.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Schmidtke, was sind aus Ihrer Sicht die drei drängendsten Maßnahmen, die Sie von der Politik erwarten würden, um Suiziden entgegen zu wirken?

SV Armin Schmidtke (Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland (NaSPro)): unächst würden wir uns wünschen, dass der Vorschlag, der vorliegt, nicht von bestimmten Interessengruppen zerredet wird. Das hat uns betroffen gemacht. Diskussionen um Packungsgrößen oder aufsuchende Psychotherapie kann man eigentlich lösen. Was wir uns wünschen würden, wäre eine interfraktionelle Initiative, weil wir Suizidprävention, im Unterschied zum Beispiel zu den Holländern, als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ansehen und nicht als eine Aufgabe einer bestimmten Gruppe, zum Beispiel des medizinischen Bereichs. Aufgrund meiner Erfahrung in langen Forschungen kann man das soziale Klima einer Gesellschaft auch über ihre Suizidziffer definieren. Ganz konkret hätten wir, um da weiterzumachen, drei Wünsche. Erstens wünschen wir uns eine Verbesserung der Statistik. Das geht in Deutschland, es tut mir leid, zu langsam. Wir brauchen eine Statistik, um die Jugendlichen-, Gruppen- und Paarsuizide besser erkennen zu können. Wir wissen zum Beispiel

nicht, wie die Entwicklung im Moment in Deutschland ist. Das ist in anderen Ländern zum Teil furchterregend, dass Menschen sich im Internet verabreden und Gruppensuizide machen. Zweitens wünschen wir uns eine Bestandsaufnahme in Deutschland, um Hot-Spots zu definieren und Schutzmaßnahmen zu entwickeln. Es kann nicht sein, dass in einem so hochentwickelten Land wie Deutschland Brücken existieren, die nicht gesichert sind und von denen im Jahr ungefähr 15 bis 20 Personen herunterspringen, zum Teil noch auf Besucher, die unter der Brücke spazieren gehen.

Der **Vorsitzende**: Ich möchte mich bei Ihnen, bei den Sachverständigen, bei den Zuschauern, aber auch den Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich bedanken. Ich darf die Anhörung hiermit beenden.

Schluss der Sitzung: 16.30 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender