

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie - 89075 Ulm

Deutscher Bundestag
Herrn Michael Thiedemann
Sekretariat des Ausschusses für
Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61600/61601
Telefax: 0731 500-61602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

PD Dr. Paul Plener
Leitender Oberarzt
Telefon: 0731 500-61655
Telefax: 0731 500-61602
E-Mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0135(1)
gel. VB zur öAnhörung am 14.10.
15_Suizidprävention
12.10.2015

Ulm, 09. Oktober 2015

Öffentliche Anhörung zum Thema „Suizidprävention“ am 14.10.2015

Sehr geehrter Herr Thiedemann,

vielen Dank für die Einladung des Projekts „Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (4S)“ zur öffentlichen Anhörung am 14.10.2015 in Bezug auf den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen“, BT-Drucksache 18/5104.

Bedauerlicherweise kann so kurzfristig kein Mitarbeiter unseres Projekts persönlich anwesend sein, da zeitgleich eine wissenschaftliche Konferenz zur Suizidprävention in den USA stattfindet an der die leitenden Projektmitarbeiter beteiligt sind.

Ich möchte Ihnen daher im Anhang eine kurze Stellungnahme zur Suizidprävention bei Jugendlichen übersenden und betonen, dass ich gerne bereit bin, mich an weiteren Anhörungen zu beteiligen bzw. an dieser Thematik mitzuarbeiten, falls das von Interesse sein sollte.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. Paul Plener
Leitender Oberarzt



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie - 89075 Ulm

Deutscher Bundestag
Herrn Michael Thiedemann
Sekretariat des Ausschusses für
Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61600/61601
Telefax: 0731 500-61602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

PD Dr. Paul Plener
Leitender Oberarzt
Telefon: 0731 500-61655
Telefax: 0731 500-61602
E-Mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de

Ulm, 09. Oktober 2015

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen“, BT-Drucksache 18/5104 von Seiten des Projekts „Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (4S)“

Suizidales Verhalten ist ein Phänomen, welches erstmals einen Häufigkeitsgipfel in der Adoleszenz (etwa um das 16. Lebensjahr) zeigt, wobei hier vor allem Suizidgedanken und Suizidversuche im Vordergrund stehen. Die Anzahl durchgeführter Suizide liegt mit 200 – 250 pro Jahr verglichen mit den ca. 10.000 Suiziden in ganz Deutschland in allen Altersgruppen in einem vergleichsweise geringen Bereich, dennoch ist Suizid im Jugendalter die zweithäufigste Todesursache für Jugendliche in Deutschland. Ungeachtet der vergleichsweise geringen Zahl an Suiziden findet sich jedoch im Jugendalter ein hoher Prozentsatz an Suizidgedanken und Suizidversuchen. So konnte in einer Schulstudie in Baden-Württemberg eine Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken von 36,4% beschrieben werden¹, aktuell wurde diese Zahl in einer für Deutschland repräsentativen Untersuchung von Jugendlichen erneut bestätigt

¹ Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ (2009) An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. Psychol Med 39: 1549-1558.

(39,4%)². Auch für Suizidversuche fanden sich vergleichsweise hohe Werte. So wurden in der zuvor genannten baden-württembergischen Schulstudie eine Lebenszeitprävalenz von 6,5% für Suizidversuche geschildert¹, in der erwähnten repräsentativen Sample gaben 9% an, sich bereits zumindest einmalig versucht zu haben das Leben zu nehmen.²

Vor diesem Hintergrund scheint das Jugendalter eine Zeit, in der suizidpräventive Maßnahmen besondere Bedeutung haben. Ein Suizidversuch in der Vorgeschichte konnte in vielen Studien als bedeutender Risikofaktor für weitere Suizidversuche und Suizide beschrieben werden³, so dass die Population derer, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, als Ziel für suizidpräventive Maßnahmen eine wichtige Klientel darstellen. Aufgrund der hohen Raten im Jugendalter, würde sich eine Intervention in dieser Altersgruppe anbieten, bedenkt man, dass bei Befragungen im Erwachsenenalter die Suizidversuchsraten für gewöhnlich geringer ausfallen, da Erwachsene möglicherweise frühere Suizidversuche nicht angeben oder re-attribuieren. Jugendliche, die noch eine rezente Erinnerung an ihren letzten Suizidversuch aufweisen, besitzen also als Klientel für präventive Maßnahmen ein hohes Potenzial.

Darüber hinaus muss auch Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV), welches in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der Forschung und auch der schulischen Prävention gerückt ist, unter dem Aspekt des gesteigerten Suizidrisikos betrachtet werden. Jugendliche, die sich absichtlich selbst verletzen ohne jedoch dabei sterben zu wollen, haben ebenfalls ein deutlich erhöhtes Suizidversuchs- und Suizidrisiko⁴. Bedenkt man, dass Deutschland innerhalb Europas hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz von selbstverletzendem Verhalten, nach Frankreich, die zweithöchste Position einnimmt⁵, so kann festgehalten werden, dass es sich hier um ein relevantes Public Health-Problem im Jugendalter handelt. Aufgrund des mehrfach replizierten Befundes, dass NSSV einen starken Prädiktor für weitere Suizidversuche und

² Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S, Hillemacher T (2014) Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics* 14:113.

³ Plener PL (2015) *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzung*. Springer Heidelberg.

⁴ Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME (2012) The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health* 6:11.

⁵ Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosmanm D, Haring C, Iosuec M, Kahn JP, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Pdlogar T, Postuvan V, Saiz PA, Sisask M, Tubiana A, Varnik A, Wasserman D: Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2014, 55: 337-348.

Suizide darstellt, sollten bei präventiven Maßnahmen auch Jugendliche mit eingeschlossen werden, welche selbstverletzendes Verhalten zeigen.

Einen Ansatz zur Intervention im schulischen Rahmen, die eine Reduktion von Suizidversuchen zeigen konnte, stellt die SEYLE-Studie dar⁶. Hier konnte gezeigt werden, dass vor allem eine Intervention im Klassenkontext eine Wirkung zeigt, die den Jugendlichen vermittelt, dass sie bei Auffälligkeiten aktiv Peers ansprechen und sie an entsprechende professionelle Hilfspersonen im schulischen Kontext vermitteln sollten. Dieses Vorgehen ist vergleichbar mit dem aus den USA bekannten Signs of Self-Injury-Programm (SOSI)⁷ bzw. auch dem Signs of Suicide (SOS)-Programm. Auch hier werden Peer-zentrierte Ansätze verfolgt. Daneben scheint es notwendig, in den Schulen Strukturen zu etablieren, um ein suffizientes Hilfesystem für den Fall zu schaffen, dass Jugendliche selbst Hilfe im schulischen System suchen bzw. innerhalb des Systems Schule Jugendliche mit problematischem Verhalten von Peer identifiziert werden und diese an einen Ansprechpartner vermittelt werden sollen. Es scheint daher aus unserer Sicht notwendig, Programme zu unterstützen, die einen Peer-Ansatz verfolgen und bei denen gleichzeitig das Schulpersonal in der Erkennung und dem Erstkontakt mit Jugendlichen, die suizidales oder selbstverletzendes Verhalten zeigen, geschult werden.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass – auch wenn die absoluten Zahlen an Suiziden im Jugendalter vergleichsweise gering erscheinen - die Population der Jugendlichen aufgrund der hohen Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen ein ideales Interventionsfeld für präventive Maßnahmen darstellt. Letztendlich fehlen hier auch große populationsbasierte Längsschnittstudien, die den Verlauf von Jugendlichen mit Suizidversuchen bis in das hohe Erwachsenenalter begleiten. Vor dem Hintergrund, dass Suizidversuche als Prädiktor für weitere Suizidversuche und Suizide angesehen werden können, erscheint jedoch

⁶ Wasserman D, Hoven CW, Wassermann C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosmann D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V (2015) School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised trial. *Lancet* 385:1536-1544.

⁷ Muehlenkamp JJ, Walsh BW, McDade M (2010) Preventing Non-Suicidal Self-Injury in adolescents: the signs of self-injury program. *J Youth Adolesc* 39:306-314.

die Schlussfolgerung legitim, dass präventive Maßnahmen bereits in der Adoleszenz etabliert werden sollten.

Für weitere Diskussion und Austausch bzw. detaillierte Informationen stehe ich selbstverständlich gerne zu Ihrer Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



PD Dr. Paul Plener

Projektleiter „Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (4S)“
Leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am
Universitätsklinikum Ulm