

**Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, Drucksache 18/5104 „Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen“ v. 10.6.2015**

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland begrüßt diesen Vorschlag zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenintervention in Deutschland sehr.

Bei 10.000 bis 11.000 Suiziden im Jahr und etwa 10 x mehr Suizidversuchen, die sehr große direkte Kosten im Gesundheitswesen sowie auch hohe indirekte Kosten im Umfeld und in der Umwelt verursachen ( z. B. bei Bahn, Arbeitsausfällen), ist eine umfassende Suizidprävention auf allen Ebenen dringend notwendig.

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm, ein Bündnis von mehr als 90 mitarbeitenden Organisationen mit 21 Arbeitsgruppen, sieht, wie in dem Antrag ähnlich formuliert, Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe unter Einschluss aller gesellschaftlichen Gruppierungen, die zur Suizidprävention beitragen können, an. Suizidprävention sollte nicht nur Experten (z. B. des medizinischen Bereichs) vorbehalten sein. Von Beginn an hat das Programm sich daher auch an Initiativen und Programmen der EU zur Reduzierung von Depression und Suizid beteiligt (EU Grünbuch, 2005; Consensus Paper Mental health: facing the challenges, building solutions; WHO 2005).

Der Antrag beschreibt in seiner Begründung (Analyse) umfassend die Suizidsituation in Deutschland, auf die hier nicht wieder eingegangen werden soll. Zu begrüßen ist vor allem der aus dieser Analyse resultierende sowohl breite Public Health Ansatz wie auch der "Mental Health Ansatz", in dem auf spezifische Risikogruppen eingegangen wird.

Analysiert man den Antrag hinsichtlich der Vorschläge zu den Bereichen Primärprävention (Allgemeine Prävention) oder Sekundäre Prävention (Spezifische Prävention) wie auch tertiäre Prävention werden für alle Bereiche adäquate Vorschläge gemacht, denen wir vollinhaltlich zustimmen können.

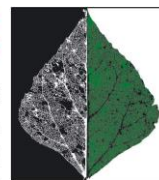
**Primärprävention** (Allgemeine Prävention): Hier würden wir auf Grund der noch mangelnden Datenlage in bestimmten Bereichen zusätzlich drei Maßnahmen vorschlagen:

1. Eine Verbesserung bzw. Differenzierung der offiziell erhobenen Statistik um Entwicklungen von Suizidclustern und Paarsuiziden zu monitoren und um Hotspots rechtzeitig zu erkennen.

Eine Initiative der

**DGS**

Deutsche  
Gesellschaft für  
Suizidprävention  
– Hilfe in  
Lebenskrisen e.V.



Mitglied in der IASP  
International Association  
for Suicide Prevention

2. Im Sinne der Wirksamkeit von "Closing the exits", d. h. der Reduktion von Suizidmitteln, sollte die Einrichtung einer Koordinierungs- bzw. Sammlungsstelle von Daten zu Suizidversuchsmitteln gefördert werden. Dies soll dazu dienen, Entwicklungen von Suizidmitteln zeitnah zu erfassen um rechtzeitig präventive Maßnahmen ergreifen zu können, wie es z. B. bei Paracetamol möglich war. Die deutschen Giftzentralen würden sich hier beteiligen.

Es sollten auch bundesweit sogenannte "Hotspots" ermittelt werden und auf potentielle Sicherungsmassnahmen überprüft werden. Präventivmaßnahmen bei neuen Bau-  
maßnahmen werden in dem Entwurf bereits angesprochen.

**Sekundärprävention** (Spezifische Prävention): Hier ist vor allem die geplante Förderung von spezifischen niedrigschwelligen Angeboten, zu begrüßen. die von den Betroffenen in einem ersten Schritt auch dann aufgesucht werden können, wenn diese Hilfesucher noch sehr ambivalent, skeptisch oder misstrauisch gegenüber "offiziellen" Hilfen des Gesundheitswesens, wie regulären psychiatrischen Angeboten, sind.

**Tertiärprävention:** Hier sollten für Maßnahmen im Sinne einer verbesserte Nachsorge (z. B. Kontinuität) wie eine schnellere Versorgung (nach Suizidversuch) im ambulanten Bereich gesorgt werden, da die Risikozeit für weitere Suizidversuche nach einer Krise bei sechs Monaten liegt.

## **Forschung**

Es besteht leider immer noch eine Vernachlässigung der Erforschung von Suizidalität und deren Behandlungsmöglichkeiten (DGPPN), was zum einen am gesellschaftlichen Stigma und zum anderen an der multifaktoriellen Ätiologie liegt: Gesundheitliche, ökonomische, kulturelle, soziale und moralische Einflüsse stehen hierbei in komplexer Wechselwirkung. Um die der Suizidalität zugrunde liegenden Mechanismen besser zu verstehen, sollte die Suizidforschung intensiviert werden. Insbesondere eine Intensivierung der Forschung zur Effektivität niederschwelliger Angeboten, von Krisenwohnungen für suizidale Jugendliche und zu einer aufsuchenden ambulanten Therapie für ältere Menschen, um diese Maßnahmen verbessern zu können, erscheint uns sehr notwendig. Ob der hierfür im Vorschlag vorgesehene Etatrahmen ausreicht, erscheint uns allerdings fraglich.

## **Abschließende Beurteilung**

Insgesamt halten wir den vorliegenden Entwurf bereits für einen guten Ansatz zur Suizidprävention. Als Ergebnis der jetzt erfolgenden Beratungen wünschen wir uns als Nationales Suizidpräventionsprogramm einen Gesetzentwurf, der von allen Fraktionen mitgetragen wird. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, mit dem wir mehrmals Kontakt hatten, hatte uns schon früher mitgeteilt, dass prinzipiell alle Fraktionen dem Vorhaben der Suizidprävention wohlwollend gegenüberstehen. Wir hoffen, dass sich diese grundsätzliche positive Haltung der Suizidprävention gegenüber nicht geändert hat.

Würzburg, den 10. 10. 2015



Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke  
Vors. Nationales Suizidpräventionsprogramm

## Weiterführende Literatur zu Grundlagen

Wolferdorf, M., Schneider, B. & Schmidtke A. 2015. Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. Nervenarzt, 86: 1120 - 1129.

Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A. Tóth, M., Coyne, J., Quintão, S., Arensman, E., Coffey, V., Maxwell, M., Värnik, A., van Audenhove, C., McDaid, D., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Genz, A., Gusmão, R. & Hegerl, U. 2015. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. Plos One, July 6.

Buron, P., Jimenez-Trevino, L., Saiz, P., Garcia-Portilla, Corcoran, P., Carli, V., Fekete, S., Hadlaczky, G., Hegerl, U., Michel, K., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Schmidtke, A., Bobes, J. 2015. Reasons for attempted suicide in Europe: prevalence, associated factors and risk of repetition. Archives of Suicide Research.

Schmidtke, A & Maloney, J. 2015. Was ist und wie entsteht ein Suizidhotspot? Suizidprophylaxe, 42, 53 - 61.