

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit



Ausschussdrucksache  
**18(14)0135(2)**  
gel. VB zur öAnhörung am 14.10.  
15\_Suizidprävention  
12.10.2015

## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen**  
(BT-Drs. 18/5104)

Berlin, 12. Oktober 2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

### **Inhalte des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen“ (BT-Drucksache 18/5104):**

In dem vorliegenden Antrag (BT-Drucksache 18/5104) setzt sich die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für eine Verbesserung der Suizidprävention und die Unterstützung von Menschen in Krisen ein und fordert hierfür

1. eine Aufklärungskampagne über Suizidalität und verfügbare Beratungs- und Therapieangebote über fünf Jahre in Höhe von einer Million Euro pro Jahr,
2. einen Gesetzentwurf zur Gesundheitsförderung in den Alltagswelten, der auch Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen umfasst,
3. den Ausbau suizidpräventiver Beratungs- und Unterstützungsangebote,
4. die Entwicklung regionaler und multiprofessioneller Behandlungsangebote für Menschen in Krisen und kurzfristige Zugangsmöglichkeiten zu psychotherapeutischen Behandlungsangeboten,
5. den Ausbau und die Weiterentwicklung spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote insbesondere für ältere Menschen, Schülerinnen und Schüler, für Lesben, Schwule, Bi-, Trans- und Intersexuelle sowie für Menschen mit Migrationshintergrund und für traumatisierte Flüchtlinge,
6. eine stärkere Berücksichtigung der Erkennung und Beratung von Suizidalität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheits- und Sozialberufe,
7. die Verringerung der Anzahl spontaner Suizide durch Maßnahmen zur Beschränkung des Zugangs zu schussfähigen Waffen und solchen Arzneimitteln, die besonders häufig zur Herbeiführung eines Suizides genutzt werden, sowie durch bauliche Maßnahmen,
8. ein Forschungsprogramm zur Bewertung und (Weiter-)Entwicklung von Suizidpräventionsmaßnahmen und Behandlungsangeboten über fünf Jahre in Höhe von einer Million Euro pro Jahr.

### **Stellungnahme der Bundesärztekammer:**

Die Bundesärztekammer sieht in der Prävention von Suiziden eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch eine konzertierte Aktion aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen weiter verfolgt und intensiviert werden sollte. Dazu bedarf es sowohl Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in den Lebenswelten relevanter Zielgruppen ansetzen, der Aufklärung der Bevölkerung insgesamt sowie spezifischer Zielgruppen wie auch die individuelle Beratung und Betreuung Gefährdeter bzw. von einem Suizid oder Suizidversuch Betroffener.

Die Zahlen zeigen, dass sich Männer im stärkeren Maße als Frauen suizidieren (74 Prozent vs. 26 Prozent), während bei den Suizidversuchen der Anteil der Frauen den der Männer überschreitet. Deutlich steigt die Suizidrate in der Gruppe der über 70-Jährigen an und beträgt hier bei den Männern das Vierfache der gleichaltrigen Frauen. Eine besondere Risikogruppe stellen psychisch Kranke dar, deren Anteil an allen Suiziden zwischen 60 Prozent

und 90 Prozent beträgt. Hierbei überwiegen Menschen mit einer Depression, von weiterer Bedeutung sind zudem Suchtkranke sowie psychisch Belastete in Lebenskrisen. Generell stärker gefährdet sind Angehörige sozial schlecht integrierter Minderheiten. Eine Hauptrisikogruppe für Suizidversuche stellen insbesondere junge Frauen dar.

Insofern sollten sich Aktivitäten zur Suizidprävention im besonderen Maße an die genannten Zielgruppen richten und die Aufmerksamkeit für die Problematik im sozialen Umfeld erhöhen.

### **Anmerkungen der Bundesärztekammer zu den im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aufgeführten Forderungen:**

Zu 1.: Aufklärungskampagnen sollten immer nur im Kontext multimodaler Präventionsprogramme durchgeführt werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass in den Regionen, in denen die Kampagnen stattfinden, auch ein gut zugängliches Hilfe- und Kriseninterventionsnetzwerk besteht, auf das in Kampagnen verwiesen werden kann. Vorbildlich hierfür sind z. B. die regionalen Bündnisse gegen Depression.

Zu 2.: Die Bundesärztekammer begrüßt, dass in der Suizidprävention ein Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung in den Alltagswelten gelegt werden soll. Die Lebens- und Arbeitswelt in den Betrieben und Unternehmen stellt das größte Präventionssetting sowohl für Maßnahmen im Rahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention dar. Deshalb ist es sinnvoll, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement kurzfristig Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen bereithalten soll. Aufgabe von Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten ist es, im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowohl auf gesundheitsgerechte, salutogene Lebens- und Arbeitsbedingungen hinzuwirken als auch die Beschäftigten in den Unternehmen zu befähigen, die individuelle Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit aktiv zu fördern. Mit dem Präventionsgesetz wurden die präventiven Aufgaben von Betriebsärzten in der Arbeitswelt weiter gestärkt, worauf in der Suizidprävention aufgebaut werden kann (§ 20b Abs. 1, § 132f SGB V).

Zu 3.: Für die Suizidprävention von besonderer Bedeutung sind die in vielen Städten verfügbaren Krisendienste sowie die von der evangelischen und katholischen Kirche getragene Telefonseelsorge. Die Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter sowie die psychiatrischen Notaufnahmen der Kliniken leisten zudem eine wichtige Aufgabe für die Prävention und Bewältigung akuter psychiatrischer Krisen.

Um einen frühzeitigen Zugang zu gefährdeten Personen sicherzustellen, ist aber auch die Arbeit der verschiedenen Beratungsstellen – insbesondere für Erwachsene, Familien, Kinder, Jugendliche, Frauen, Suchtkranke, Migrantinnen/innen, zur sexuellen Orientierung – flächendeckend auszubauen und zu stärken.

Zu 4.: Deutschland verfügt über ein ausgezeichnetes Netz der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. In der ambulanten hausärztlichen Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen (Stand 2013) behandeln ca. 35.000 Hausärzte – das sind 58,5 Prozent aller Hausärzte – eine sehr große Anzahl von Patienten (3,25 Millionen Fälle im Quartal 1/2010) im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. In der ambulanten fachärztlichen Versorgung werden pro Quartal mehr als 1,7 Millionen Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen von 3.400 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, 3.000 Fachärzten für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie, 1.900 Nervenärzten, 1.400 Fachärzten für Neurologie, 900 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 13.000 Fachärzten anderer Gebiete mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie behandelt. Daneben werden 800.000 Patienten pro Quartal von 13.400 psychologischen Psychotherapeuten sowie 3.000 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versorgt.

Zu 5.: Wie die epidemiologischen Daten belegen, besitzen die unter Punkt 5 aufgeführten Personengruppen für Maßnahmen der Suizidprävention besondere Relevanz.

Den durch ältere Menschen verübten Suiziden kann auch durch eine verbesserte palliativmedizinische Versorgung entgegengetreten werden. Die Bundesärztekammer hat die palliativmedizinische Versorgung frühzeitig zum Thema Deutscher Ärztetage gemacht (siehe u. a. 114. Deutscher Ärztetag 2011 und 117. Deutscher Ärztetag 2014), eine entsprechende Zusatz-Weiterbildung geschaffen und an der Erstellung und Umsetzung der Charta Palliativmedizin aktiv mitgewirkt. Inzwischen verfügen fast 10.000 Ärzte über eine Zusatz-Weiterbildung in der Palliativmedizin.

Die BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten aus dem Jahr 2012 hat bei etwa 10 Prozent der 13- bis 17-Jährigen Hinweise auf das Vorliegen einer Depression gefunden. Durch das Präventionsgesetz wird nun beabsichtigt, die Kinder- und Jugenduntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr auszuweiten und Gesundheitsuntersuchungen für das frühe Erwachsenenalter anzubieten. Diese sollen u. a. der „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen“ dienen (siehe § 25 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss ist beauftragt, hierzu entsprechende Richtlinien zu erstellen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, psychische Belastungen frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen einzuleiten, die auch der Prävention von Suiziden dienen können.

Unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit oder sexueller Orientierung stellt die frühe Erkennung und Behandlung einer depressiven Erkrankung einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention dar. Derzeit wird die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ aktualisiert und steht kurz vor ihrer Verabschiedung. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat auf der Basis der bisher gültigen Leitlinie eine Kurzinformation für Patienten wie auch für Angehörige publiziert – die neben Deutsch auch in arabischer, englischer, französischer, russischer, spanischer und türkischer Sprache erhältlich ist. Zudem liegen Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zur Therapie der Depression vor. Auf diesen basierend wurde gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse eine Information für Patienten und Angehörige erstellt.

Diese Leitlinien und Materialien unterstützen Allgemeinärzte in ihrer Arbeit, so dass depressive Patienten auf dieser Grundlage besser erkannt, angesprochen und behandelt werden können.

Zu 6.: Schon jetzt ist „Ziel der ärztlichen Ausbildung ... die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ... auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes [zu] vermitteln. Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung ... beinhalten.“ (§ 1 ÄApprO). Im schriftlichen Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird „Suizidalität“ explizit mit aufgeführt (siehe Anlage 15 zu § 28 Abs. 3 Satz 2 ÄApprO).

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung verlangt für alle Fachgebiete mit Patientenbezug eine Befassung mit den für das Fach relevanten Aspekten der Gesundheitsberatung und Prävention. Für die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist ein 80-stündiges Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“ zu durchlaufen, das u. a. Themen wie Depression, Lebenskrise und Suizid behandelt.

Das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie umfasst neben der Krankheitsverhütung, Früherkennung, Prävention und Rückfallverhütung auch Kriseninterventionen sowie Sucht- und Suizidprophylaxe (Abschnitt B, 27. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie, MWBO 2003).

Für die Zusatz-Weiterbildungen „Geriatric“ und „Palliativmedizin“ werden ebenfalls Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Diagnostik und Therapie seelischer Erkrankungen erworben (siehe Abschnitt C, MWBO 2003).

Darüber hinaus hat der 118. Deutsche Ärztetag 2015 in Frankfurt/Main das Querschnittsthema „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag“ als einen zentralen Tagesordnungspunkt behandelt und die Bearbeitung eines Curriculums „Ärztliche Gesprächsführung“ in Auftrag gegeben. Dieses wird derzeit erarbeitet und steht zukünftig allen ärztlichen Fachrichtungen für die Weiter- und Fortbildung zur Verfügung (siehe 118. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, Drucksache III-01).

Zu 7.: Grundsätzlich wäre eine Begrenzung von Packungsgrößen für solche Arzneimittel, die besonders häufig zur Herbeiführung eines Suizides genutzt werden, zu begrüßen. Allerdings ist hierzu anzumerken, dass am 14.04.2015 die BfArM-Auflage einer Packungsgrößen-Begrenzung bei einem apothekenpflichtigen Analgetikum per Gerichtsbeschluss aufgehoben wurde (Verwaltungsgericht Köln Az. 7 K 6358/13). Ob dieses Urteil möglicherweise auch Auswirkungen auf eine allgemeine Packungsgrößenbegrenzung haben könnte, bedürfte einer weiteren juristischen Bewertung.

Darüber hinaus ist zu der hier erhobenen Forderung anzumerken, dass sich die Wirkstoffe, die vorrangig für Suizidversuche eingesetzt werden, nicht einfach eingrenzen und nicht alleine auf psychotrope Arzneimittel beschränken lassen.

### **Empfehlungen der Bundesärztekammer:**

Der primären Prävention kommt in der Suizidprophylaxe besondere Bedeutung zu. Therapeutische Erfahrungen zeigen, dass suizidgefährdete Personen möglichst frühzeitig angesprochen, beraten und bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden sollten, da sie in der präsuizidalen Phase erfahrungsgemäß nur noch schwer zu erreichen sind.

Deshalb sollten nach Auffassung der Bundesärztekammer für die Entwicklung wirksamer Maßnahmen zur Suizidprävention insbesondere Synergien, die durch das jüngst vom Deutschen Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz ermöglicht werden, genutzt und entwickelt werden.

So wurden in dem Gesetz verschiedene Präventionsziele festgelegt, die auch Aspekte einer Suizidprävention mit ansprechen (siehe § 20 Abs. 3 SGB V). Diesbezüglich ist insbesondere auf die Nationalen Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“ und „Depressive Erkrankungen“ hinzuweisen, in denen u. a. Ziele und Maßnahmen zur „Erhöhung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen“<sup>1</sup>, der „Erhaltung bzw. die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit von älterer Menschen“<sup>2</sup>, zur „Reduzierung von Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen“ sowie zur Senkung der Rate an Suiziden und Suizidversuchen<sup>3</sup> beschrieben werden.

Nach dem Gesetz sollen die Gesundheitsziele vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Erstellung von Handlungsfeldern und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 2 berücksichtigt werden. Zudem sollen die Krankenkassen bei der Umsetzung von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt werden, die hierfür von den Gesetzlichen Krankenversicherungen ab 2016 ca. 30 Millionen Euro pro Jahr erhält (§ 20a SGB V). Ein Teil dieser Gelder könnte somit auch für Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit und somit für die Suizidprävention verwendet werden.

Des Weiteren wäre im Rahmen der primären und sekundären Prävention ein erleichterter Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten wünschenswert.

Zudem fehlt es an poststationären Angeboten, die auch eine Überleitung von der stationären Akutversorgung nach erfolgtem Suizidversuch in ambulante Therapieangebote sicherstellen. Damit könnte ein wirksamer Beitrag zur Tertiärprävention geleistet werden.

---

<sup>1</sup> siehe Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, Berlin 2010, S. 42

<sup>2</sup> siehe Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, Berlin 2012, S. 81ff.

<sup>3</sup> siehe Nationales Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“, Köln 2006, S. 19ff