

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Kai Gehring, Beate Walter-Rosenheimer, Volker Beck (Köln), Christian Kühn, Katja Dörner, Dr. Franziska Brantner, Tabea Rößner, Ulle Schauws, Doris Wagner, Luise Amtsberg, Matthias Gastel, Claudia Roth (Augsburg), Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Viele Menschen, die sich bspw. aus Verzweiflung, Vereinsamung oder fehlender Wertschätzung selbst töten wollen, suchen Hilfe. Häufig bekommen sie diese Hilfe nicht oder finden sie nur sehr schwer. Das Thema Suizid ist in Deutschland tabuisiert und mit vielen Vorurteilen behaftet. Suizidgedanken werden häufig nicht rechtzeitig erkannt - Betroffene haben Angst vor Stigmatisierungen, Verlust sozialer Kontakte und Zwangsbehandlungen. Angehörige haben Angst, dass sie durch Fragen nach Suizidgedanken und -plänen erst zum Suizid ermuntern könnten. Tatsächlich ist es für Betroffene in der Regel hilfreich und entlastend, wenn sie mit einer Person ihres Vertrauens über ihren Wunsch, zu sterben, oder ihre Gedanken an einen Suizid sprechen können. Solche Gespräche können den ersten Schritt heraus aus ihrer Notlage darstellen.

Etwa 30% aller statistisch erfassten Suizide werden von Menschen über 65 Jahren verübt. Fehlende soziale Kontakte und Einsamkeit, Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit durch chronische Erkrankungen, aber auch Altersarmut und das Gefühl des „zur Last Fallens“ werden als Gründe für Alterssuizide genannt. Die Bedürfnisse und Nöte dieser Menschen werden nur teilweise in den aktuellen Debatten um Palliativversorgung und Suizidbeihilfe thematisiert.

Insbesondere bei Menschen in psychischen Krisensituationen ist der Wunsch tot zu sein meist kein Ausdruck von Freiheit oder Wahlmöglichkeit, sondern gedanklicher Einengung. Der Sterbewunsch bzw. Lebenswille ist dann oft wechselhaft. Diese Menschen sollen neuen Lebensmut fassen können. Beratung und Unterstützung in Krisen ermöglichen neue Perspektiven und Hoffnung, die Alternativen zum Suizid aufzeigen.

Festzuhalten ist aber auch, dass der Wunsch zu sterben nicht in jedem Fall als behandlungsbedürftiges Krankheitssymptom definiert werden kann. Nicht alles ist mit palliativmedizinischer oder psychotherapeutischer Versorgung zu "heilen". So kann am Ende auch die bewusste Entscheidung eines Menschen stehen,

Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 2 – Drucksache 18/5104

selbstbestimmt sein/ihr Leben zu beenden und Beihilfe zum Suizid erhalten zu wollen. Das ist zu respektieren.

Der tragische Absturz der Germanwings-Maschine hat das Thema Suizid in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt. Die im Diskurs laut gewordenen Forderungen, bspw. das Aufweichen der ärztlichen Schweigepflicht und das Berufsverbot für Depressive, sind jedoch nicht geeignet, Suizide oder Krisensituationen zu verhindern, sondern halten Betroffene von Hilfesuchen ab und verstärken Vorurteile, Suizide werden zudem fast ausschließlich alleine durchgeführt. Die Tötung Dritter ist untypisch (vgl. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde vom 2. April 2015).

Um Lebenskrisen vorzubeugen und Menschen in Krisen zu unterstützen, muss die Suizidprävention verbessert werden. Mit diesem Ziel wurde 2002 das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), ein Zusammenschluss von mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden, gegründet: es soll u.a. dazu befähigen, wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für die Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen sowie die Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch zu schaffen. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können. Obwohl die Bundesregierung (Bundesministerium für Gesundheit) an der Mitwirkung des NaSPro beteiligt ist, wird die Suizidprävention in Deutschland bisher vernachlässigt und die Vorschläge der NaSPro nicht ausreichend verwirklicht.

Aufgabe der Gesellschaft und Politik ist es:

- Verstärkt Informations- und Aufklärungsarbeit über Suizidalität zu leisten und der gesellschaftlichen Tabuisierung und Stigmatisierung von suizidgefährdeten Menschen entgegenzuwirken.
- Suizidalität über die Verbesserung der Lebensbedingungen zu verhindern, etwa indem über Quartierskonzepte der Vereinsamung älterer Menschen entgegengewirkt oder die Palliativversorgung gestärkt wird.
- Suizidgefährdeten Menschen und deren Angehörigen leicht erreichbare abgestimmte Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten möglichst flächendeckend zugänglich zu machen und bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen die Bedürfnisse der Menschen in Krisenlagen in den Mittelpunkt zu stellen.
- Die Zugänglichkeit von Suizidmitteln und –orten zu reduzieren.
- Die Forschung und Weiterentwicklung von (risikogruppenspezifischen) Suizidpräventionsansätzen zu fördern.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. gemeinsam mit Bundesländern und Kommunen eine Aufklärungskampagne zu starten, mit der die Bevölkerung über Suizidalität sowie über Beratungsangebote und Therapiemöglichkeiten informiert wird und dafür in den nächsten 5 Jahren jeweils eine Mio. € im Bundeshaushalt vorzusehen;
2. einen Gesetzentwurf vorzulegen, der den Schwerpunkt auf eine Gesundheitsförderung in den Alltagswelten legt und z.B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement kurzfristige Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen bereithält;

3. suizidpräventive Beratungs- und Unterstützungsangebote auszubauen:

a) gemeinsam mit Bundesländern und Kommunen leicht erreichbare Beratungs- und Unterstützungsangebote auszubauen, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen in Krisen orientieren;

b) das freiwillige Engagement in der suizidpräventiven Tätigkeit stärker finanziell zu unterstützen sowie den Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige und Nahestehende von suizidgefährdeten Menschen im Rahmen der Selbsthilfe (§ 20 c SGB V) stärker zu fördern;

4. gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen den strukturellen und personellen Lücken in der ambulanten Versorgung entgegenzuwirken und regionale, multiprofessionelle sowie vielfältige Behandlungsangebote für Menschen in Krisen zu entwickeln. Hierbei gilt es insbesondere einen kurzfristigen Zugang zum Psychotherapeuten zu ermöglichen und das psychotherapeutische Behandlungsangebot zu flexibilisieren, um dem unterschiedlichen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden;

5. spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote auszubauen und weiterzuentwickeln, insbesondere:

a) für ältere Menschen psychotherapeutische Versorgung in der Wohnung oder dem Pflegeheim zu ermöglichen und darauf hinzuwirken, dass Depressionen bei älteren Menschen frühzeitig erkannt und behandelt werden;

b) Schülerinnen und Schüler sowie Schulpersonal mit Hilfe von Aufklärungsprogrammen in Schulen zu unterstützen, die auf alterstypische Probleme und Krisen eingehen sowie auf Beratungs- und Unterstützungsangebote hinweisen sowie Projekte wie das [U25] aus Freiburg auszubauen, bei dem Jugendliche von Gleichaltrigen online beraten werden;

c) für Lesben, Schwule, Bi, Trans- und Intersexuelle spezialisierte Beratungsstellen auszubauen und in Schulen über vielfältige Familien- und Lebensmodelle aufzuklären;

d) für Menschen mit Migrationshintergrund in der Beratung und Behandlung sprachliche und kulturelle Aspekte stärker zu berücksichtigen und Dolmetschereinsätze in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Um die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge zu verbessern, sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zu fördern sowie die diskriminierenden Einschränkungen in der gesundheitlichen Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abzuschaffen;

6. bei den Bundesländern, Heilberufekammern und Ausbildungseinrichtungen darauf hinzuwirken, dass die Erkennung und Behandlung von Suizidalität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheits- und Sozialberufe stärker berücksichtigt werden sowie Beschäftigte, die vermehrt mit Menschen der Risikogruppen in Kontakt treten, für die Thematik zu sensibilisieren;

7. die Anzahl von spontanen Suiziden mit geeigneten Maßnahmen zu verringern, bspw.

a) den Zugang zu schussfähigen Waffen und bestimmten Arzneimitteln, die besonders häufig zur Herbeiführung eines Suizides genutzt werden, weiter zu beschränken;

b) darauf hinzuwirken, dass die Bundesländer ihre baurechtlichen Vorgaben überprüfen, damit zukünftig bei Bauprojekten suizidpräventive bauliche Regelungen berücksichtigt werden. Zudem sollen Orte, an denen besonders viele

Suizide begangen werden (bspw. ungesicherte Brücken, Hochhäuser), identifiziert werden, um suizidpräventive Maßnahmen zu ergreifen;

8. ein Programm zur Forschung, systematischen Bewertung und (Weiter)Entwicklung von Suizidpräventionsmaßnahmen und Behandlungsangeboten aufzulegen und dafür im Bundeshaushalt in den nächsten 5 Jahren je eine Mio. € vorzusehen.

Berlin, den 9. Juni 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Im Jahr 2013 starben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 10.076 Menschen durch Suizid in Deutschland und weit über 100.000 Menschen unternahmen einen Suizidversuch. Damit sterben in Deutschland mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, AIDS, Überdosis illegaler Drogen und Gewalttaten zusammen (NaSPro). Die hohe Zahl der Suizide und Suizidversuche in Deutschland offenbaren den dringenden Bedarf an Unterstützung von Menschen in Notlagen.

Suizidale Gedanken und suizidales Verhalten können bei jedem Menschen auftreten. Der Statistik nach ergeben sich folgende Aussagen:

- Die Suizidrate von Männern ist höher als die von Frauen. Der Anteil der Männer an den durch Suizid verstorbenen Personen lag 2013 bei 74% während der Anteil der Frauen bei 26% lag. Zugleich unternahmen Frauen häufiger einen Suizidversuch als Männer; die meisten Suizidversuche unternahmen weibliche Teenager und junge Frauen;
- Das Suizidrisiko steigt bei Frauen und Männern mit dem Lebensalter. Jeder zweite Suizid einer Frau ist der einer über 60 Jährigen. Das höchste Suizidrisiko tragen Männer fortgeschrittenen Alters;
- Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (ca. 65-90% aller Suizide), insbesondere Depressionen; auch somatisch Kranke mit Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht, Alkoholabhängige, Drogenabhängige und Personen nach einem Suizidversuch sind besonders suizidgefährdet;
- Das Suizidrisiko von Lesben und Schwulen zwischen 12 und 25 Jahren ist vier- bis siebenmal höher, als das von Jugendlichen im Allgemeinen. Laut der Studie des Berliner Senats „Sie liebt sie. Er liebt ihn.“ haben 18% der befragten Jugendlichen bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich.
- Laut einer Studie der Charité Berlin haben junge türkeistämmige Frauen ein 1,8-fach erhöhtes Suizidrisiko gegenüber gleichaltrigen Frauen allgemein (Razum, O./ Zeeb, H. 2004: Suizidsterblichkeit unter Türiinnen und Türiken in Deutschland, in: Nervenarzt, 75 Jg., Heft 11) ;
- Menschen mittleren Alters in finanziellen Krisen.

Zu 1) Aufklärung und Entstigmatisierung

Vorurteile und Unwissenheit bestimmen den Umgang mit Suizidalität. Information und Aufklärung der gesamten Gesellschaft sollen daher auf das Problem und dessen Verbreitung aufmerksam machen sowie einen aufgeklärten Umgang mit dem Thema Suizid ermöglichen. Menschen mit Suizidgedanken sollen ihre Gedanken und Gefühle z.B. gegenüber dem Arzt oder den Familienangehörigen offen äußern können und sich mit ihren Sorgen und Nöten angenommen fühlen. Der Besuch bei einer Beratungsstelle, einem Psychotherapeuten oder einer Psychiaterin soll, wie der Arztbesuch bei einem Beinbruch, selbstverständlich werden.

Zu 2) Suizidprävention in den Alltagswelten

Vor der krisenorientierten Beratung und Unterstützung muss der Abbau von krisenfördernden Bedingungen in den Alltagswelten stehen, also da, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Im Gegensatz zum medizinischen Präventionsbegriff, wie ihn die Bundesregierung verwendet, geht es um viel mehr als nur um einzelne Krankheiten, deren Verhinderung, deren Früherkennung oder deren Behandlung (vgl. Antrag „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drs 18/4327).

Menschen, die bspw. ihren Arbeitsplatz verlieren, sollen mit der Nachricht der Kündigung nicht alleine gelassen werden, sondern durch Vertrauenspersonen (bspw. Mitglieder der Mitarbeitervertretungen, Betriebsrat, Psychologischer Dienst) begleitet werden. Auch Frauen und Männer, die in ihrem Beruf (z.B. bei Bahn, Polizei, Feuerwehr, Rettungsdiensten, in Krankenhäusern, im Strafvollzug, in der Seelsorge) mit Suiziden konfrontiert oder Zeugen suizidaler Handlungen wurden, müssen bei der Bearbeitung dieser und anderer Belastungen auch auf ihrem Arbeitsplatz entsprechend unterstützt und spezifisch vorbereitet werden.

Zu 3) Ausbau suizidpräventiver Beratungs- und Unterstützungsangebote

a) Zugänge ermöglichen:

Regionalen Unterversorgungen muss durch den Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten entgegen gewirkt werden. Um den Betroffenen schnell und effektiv helfen zu können, sollten Krisendienste multiprofessionell besetzt sein, kostenlos und auch außerhalb der üblichen Geschäftszeiten erreichbar sein sowie gut mit Rettungsdiensten, Polizei, Ärzten und Ärztinnen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und sozialen Einrichtungen vernetzt sein. Neben Ansprechpersonen vor Ort, sollten die Beratungs- und Unterstützungsangebote auch telefonisch oder online erreichbar sein bspw. wie die TelefonSeelsorge.

b) freiwilliges Engagement und Unterstützung von Angehörigen:

In der Suizidprävention ist die Integration ehrenamtlich Tätiger hilfreiche Praxis, da Hilfesuchende psychiatrische Hilfsangebote zum Teil aus Angst vor Stigmatisierungen ablehnen und einen zeitnahen „Kontakt auf Augenhöhe“ wünschen. Auch Angehörige finden vor allem bei Vereinen und Organisationen, die insbesondere von freiwillig Tätigen getragen werden, Unterstützung. Von jedem Suizid sind im direkten Umfeld durchschnittlich mindestens sechs Menschen betroffen (vgl. NaSPro), die ggf. Hilfsangebote benötigen, um den Verlust, die Trauer oder Schuldgefühle zu verarbeiten. Diese Belastungen führen zu Krisen bei Angehörigen von Suizidenten, die auch das eigene Suizidrisiko erhöhen. Einen Anspruch auf professionelle Hilfe haben Angehörige nicht bzw. erst wenn sich die belastenden Erlebnisse in einer psychischen Erkrankung manifestiert haben. Im Rahmen des § 20 c SGB V ist daher die „Förderung zur Selbsthilfe“ zu unterstützen.

Die gesellschaftliche Bedeutung und Wertschätzung des Ehrenamtes in der Suizidprävention muss daher stärker kommuniziert werden. Freiwillige und Ehrenamtliche müssen dahingehend vorbereitet, geschult und durch Supervisionen unterstützt werden, um ihrer Aufgabe gerecht werden zu können. Vorbildlich agiert hier die TelefonSeelsorge an deren Konzepte angeknüpft werden kann. Die Unterstützung soll insbesondere die Finanzierung von Gruppenleitern, Trainern, Supervisoren in Selbsthilfegruppen/-vereinigungen ermöglichen.

Zu 4) medizinische und psychotherapeutische Versorgungslücken schließen
Um eine therapeutische Versorgung zu gewährleisten, die eine Früherkennung ermöglicht und Zuspitzungen von Krisen entgegenwirkt, müssen regionale Unterversorgungen im ambulanten Bereich abgebaut werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass Menschen in psychischen Krisen über drei Monate auf einen Therapieplatz warten – oder sich diesen Platz gar selbst beschaffen und die Kosten vorschießen müssen. Notwendig sind eine grundlegende neue Bedarfsplanung sowie die Flexibilisierung der Versorgungsangebote. Insbesondere zu nennen sind ein direkter Zugang zu psychotherapeutischen Sprechstunden ohne lange Wartezeiten, präventive Beratung, Kriseninterventionen und die Möglichkeit einer aufsuchenden Behandlung z. B. in der Wohnung der Patientin oder des Patienten, im Flüchtlingswohnheim oder in der Pflegeeinrichtung. Von besonderer Bedeutung sind außerdem die Verbesserung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Sozialberufen, Angebote der ambulanten, wohnortnahen medizinischen Rehabilitation sowie solche, die auch das persönliche Umfeld einbeziehen.

Zu 5) Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote

a) ältere Menschen:

Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit und ängstliche Verstimmungen werden oft als unvermeidbare Begleiterscheinungen des Alterns angesehen und nicht als depressive Erkrankung erkannt, die jedoch die häufigste psychische Erkrankung bei älteren Menschen darstellt (nach Angaben der Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz gehen zwei Drittel aller Alterssuizidversuche auf einer Depression zurück). Die Lebensqualität für ältere Menschen muss durch eine verbesserte medizinische und pflegerische Versorgung sowie die Integration älterer Menschen in die gesellschaftliche Mitte erhöht werden. Die Einbindung sozialer Kräfte und der Kirchen können hier hilfreich sein. Außerdem müssen aufsuchende psychotherapeutische Angebote in Wohnungen und Pflegeheimen ausgebaut und evidenzbasierte, bedarfsorientierte Therapieformen für Menschen in einem höheren Lebensalter verstärkt eingesetzt werden (z.B. Biographiearbeit, Dignity Therapie). Inhalte der Alterspsychotherapie und Gerontologie sollten in den Ausbildungsinhalten der Gesundheitsberufe stärker betont werden, um insbesondere bei Menschen fortgeschrittenen Alters eine frühzeitige Erkennung, Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen zu erreichen.

b) Kinder und Jugendliche:

In der Altersgruppe der 10-24-Jährigen stellt der Suizid die zweithäufigste Todesursache dar. Eine schwierige konfliktreiche familiäre Situation kann für Kinder und Jugendliche eine erhebliche Belastung darstellen. Auch die Suizidgefahr oder der Suizid eines Elternteils belasten Kinder. Sie brauchen niedrigschwellige und kindgerechte Unterstützungsangebote. Kinder und Jugendliche sollen vor allem in ihrem Alltag (Schule, Jugendzentrum, Sportverein, Ausbildungsstätten) geschulte Ansprechpersonen finden, die ihnen eine vertrauensvolle Gesprächsumgebung ermöglichen. Spezielle Informations-

und Aufklärungsprogramme für Schülerinnen und Schüler (vgl. SEYLE) sowie für Lehrende und Schulsozialarbeiter wirken vorbeugend (vgl. Projekt 4S). Als besonders wirkungsvoll hat sich die Beratung und Betreuung durch Gleichaltrige erwiesen. Das Projekt [U25] konnte aufgrund finanzieller und personeller Ausstattung viele junge Menschen nicht aufnehmen. Dieses und ähnliche Angebote können ein geeignetes unterstützendes Mittel sein, um Jugendlichen aus dem suizidgefährdeten Zustand zu helfen. Darum sollten die Mittel für solche Angebote aufgestockt werden.

c) Schwule, Lesben, Bi-, Trans- und Intersexuelle:

Die Entwicklung der eigenen Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung spielen in der jugendlichen Lebensphase eine zentrale Rolle. Das Suizidrisiko von homosexuellen Jugendlichen zwischen 12-25 Jahren ist vier- bis siebenmal höher als von heterosexuellen Jugendlichen im Allgemeinen. Mobbing und Gewalt, Rauswurf und Flucht von zuhause, psychischer Druck und Stress, psychische Erkrankungen aufgrund von Diskriminierungserlebnissen, erhöhter Konsum von Suchtmitteln und Einsamkeit durch den Verlust von Freunden führen zu einem erhöhten Suizidrisiko bei homosexuellen Jugendlichen (vgl. Coming out Day e.V.). Junge Menschen sollen in der Schule mit vielfältigen Familien- und Lebensmodellen bekannt gemacht werden und u.a. Homo- und Bisexualität als gleichwertige Sexualität aufgezeigt bekommen. Hier kann an die Initiative „Selbstbestimmung und Akzeptanz sexueller Vielfalt“ angeknüpft werden, die bundesweit ausgebaut werden sollte. Darüber hinaus müssen die Beratungs- und Unterstützungsangebote für Schwule, Lesben, Bi-, Trans- und Intersexuelle ausgebaut werden, um Menschen außerhalb des schulischen Alltages spezifische Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen.

d) Menschen mit Migrationshintergrund und Flüchtlinge:

Die Einwanderungsgeschichte kann Menschen aus verschiedenen Gründen belasten, die etwa bei Flüchtlingen im Fluchtgeschehen selbst wurzeln können, aber auch aus Problemen der Existenzsicherung sowie aus kulturellen oder religiösen Spannungen entstehen können. Laut der Studie der Charité Berlin "Suizidraten und Suizidprävention bei türkischen Frauen in Berlin" sind junge Frauen mit türkischem Migrationshintergrund besonders gefährdet. Ebenso gefährdet sind männliche Aussiedler in der Altersgruppe 45-54 Jahren (Schneider B., Fritze J. psychoneuro 2008; 34). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund soll sprachliche, kulturelle und religiöse Aspekte auch in Beratungs- und Behandlungsangeboten beachten. Es ist leichter in der Muttersprache über Ängste, Sorgen und Nöte zu sprechen und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, die gerade in der Psychotherapie wesentlich für einen Behandlungserfolg ist. Interkulturelle Kompetenzen sollten stärker in die Ausbildung aller Gesundheits- und Sozialberufe integriert werden.

Zu 6) Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheits- und Sozialberufe

Aus Studien ist bekannt, dass Menschen vor einem Suizid viel häufiger als üblich einen Arzt aufgesucht haben, die Suizidgefährdung aber nicht erkannt wurde (vgl. NaSPro). Daher müssen die Erkennung und Behandlung suizidaler Gedanken in den Ausbildungscurricula aller Gesundheits- und Sozialberufe stärker verankert und entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote geschaffen werden, um psychische Erkrankungen früher zu erkennen und behandeln zu können..

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter, Wohn- und Pflegeheime, des Strafvollzugs, der Kirchen und Religionsgemeinschaften, der Schulen und Bildungsinstitute sowie Polizei- und Rettungsdienste, die häufig Kontakt zu Personen mit erhöhtem Suizidrisiko haben, sollen besonders für das Thema sensibilisiert werden, um frühzeitig auf Beratungs- und Unterstützungsangebote

hinweisen zu können. Die Thematisierung von Suizidalität in den Berufsausbildungen kann das Problembewusstsein in diesen Branchen fördern.

Zu 7) Anzahl der spontanen Suizide verringern

Bei spontanen Suiziden werden vermehrt Suizidmittel genutzt, die unmittelbar zur Verfügung stehen.

a) Zugang zu Waffen und bestimmten Arzneimitteln:

Der Einsatz von schussfähigen Waffen, der fast ausschließlich auf Männer zurückgeht, stellt die vierthäufigste Suizidmethode dar. Muss bspw. ein Sportschütze seine schussfähige Waffe im Schützenhaus/-verein einschließen, kann er diese Suizidmethode nicht anwenden. Der Zugang zu schussfähigen Waffen ist daher zu beschränken.

Der Einsatz von Medikamenten ist die zweithäufigste Suizidmethode und betrifft Frauen und Männer gleichermaßen. Bestimmte Schmerzmedikamente, Benzodiazepine und andere Sedativa sowie Psychopharmaka können bei einer Überdosis zum Tod führen. Es ist zu prüfen, ob beschränkte Packungsgrößen für bestimmte Arzneimittel bzw. die begrenzte Abgabe von Arzneimitteln durch Apothekerinnen und Apotheker suizidpräventiv wirken und entsprechende gesetzliche Änderungen sinnvoll wären (vgl. NaSPro).

b+c) Überprüfung der baurechtlichen Regelungen und Identifikation von „Hotspots“:

Der Sturz aus großer Höhe ist die dritthäufigste Suizidmethode. Daher ist es sinnvoll, dass die Bundesländer baurechtliche Vorgaben entwickeln sowie bereits bestehende Gebäude, an denen besonders häufig Suizide begangen werden, identifizieren und absichern (vgl. NaSPro). Suizidpräventive Baumaßnahmen könnten auf den Empfehlungen der Studie „Suizidprävention bei Brücken: Follow-Up“ des Eidgenössischen Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation UVEK der Schweiz basieren.

Zu 8) Forschung, Bewertung und (Weiter)Entwicklung suizidpräventiver Maßnahmen

Die Erforschung von Suizidalität ist eine wichtige Aufgabe und muss intensiviert werden: Gesundheitliche, ökonomische, kulturelle, soziale und moralische Einflüsse stehen hierbei in komplexer Wechselwirkung. Die empirische Datenlage zu Risikogruppen muss verbessert werden, um aus den Ergebnissen sinnvolle Maßnahmen zu planen, zu evaluieren und mit diesen Ergebnissen wiederum für eine Qualitätssicherung zu sorgen.