

Themenschwerpunkt 2

NaSPro-Tagung 2024: Eckpunkte der Suizidprävention in Deutschland – Internationale Perspektiven und Herausforderungen

Einführung in das Ziel der Tagung und die hier publizierten Beiträge

Barbara Schneider

Am 23. September 2024 fand die diesjährige Tagung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) unter dem Motto „Eckpunkte der Suizidprävention in Deutschland – Internationale Perspektiven und Herausforderungen“ statt. Auf dem Symposium beschäftigten wir uns eingehend mit der Frage, wie wir Suizidprävention fördern können: Wir widmeten uns den Ergebnissen des Projekts „Förderung suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft“ (suiKom) und der Nationalen Suizidpräventionsstrategie (NaSuPs) zum Ausbau der Suizidprävention in Deutschland, die von Dr. Anke Spura, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), vorgestellt wurde. Auf dem Symposium erfolgte zu beiden Themen ein eingehender internationaler wissenschaftlich basierter Diskurs.

Warum ist Suizidprävention in Deutschland weiterhin ein so wichtiges Thema? In Deutschland verstarben im Jahr 2023 10 304 Menschen durch Suizid, 7 478 Männer und 2 826 Frauen. Nach Jahren nahezu konstanter Suizidzahlen war die Zahl der Suizide bereits 2022 gegenüber dem Vorjahr um 9,8 Prozent angestiegen. 2023 kam es erneut zu einem Anstieg der Suizidzahlen, der vor allem auf die Zunahme der Suizide bei den Frauen in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen zurückzuführen ist. Jährlich sind von einem Suizid in Deutschland mehr als 1,3 Millionen An- und Zugehörige betroffen. Suizidprävention ist weiterhin dringend notwendig.

Wie war die politische Entwicklung der Suizidprävention in Deutschland in den letzten Jahren? Es gibt eine Verpflichtung, die Deutschland eingegangen ist: Bis 2030 soll die Suizidrate laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) um 30 Prozent sinken – so das Ziel.

In Deutschland hatte sich die Regierungskoalition bereits im Koalitionsvertrag 2021 darauf verständigt, das Thema Suizidprävention im Rahmen eines nationalen Präventionsplans umzusetzen. Mit Beschluss des Haushaltsausschusses des Bundestages vom 10. November 2022 wurde die Bundesregierung aufgefordert, einen Entwurf für eine „Nationale Suizidpräventionsstrategie“ zu erarbeiten und 2024 vorzulegen.

Am 06.07.2023 wurde im Bundestag über eine Stärkung der Suizidprävention abgestimmt: Mehr als 99 Prozent der anwesenden Abgeordneten, d. h. 687 von 692, stimmten für die Förderung der Suizidprävention. In diesem Antrag fordert der Bundestag die Bundesregierung auf, a) bis zum 31. Januar 2024 ein Konzept vorzulegen, wie bestehende Strukturen und Angebote zur Suizidprävention zeitnah unterstützt werden können und b) bis zum 30. Juni 2024 einen Gesetzentwurf und eine Strategie zur Suizidprävention vorzulegen, mit der die Maßnahmen und Akteure koordiniert werden können und eine dauerhafte und zeitnahe Umsetzung gewährleistet ist. Im Mittelpunkt des Gesetzentwurfs soll die Prävention im Alltag stehen. Ende August 2023 fand eine Tagung des Bundesgesundheitsministeriums in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dem Titel „Die Zukunft der Suizidprävention – Der Weg von der Beratung zur Hilfe – Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie?“ mit ca. 40 Expertinnen und Experten der Suizidprävention statt. Die drei Themen waren a) Gesundheitskompetenz und Empowerment, b) Psychosoziale Beratung: Bundesweite Angebote, Ausbau und Vernetzung und c) Vernetzung und Koordinierung der Suizidprävention. Im Anschluss an die Tagung fand ein weiterer Austausch mit Expertinnen und Experten der Suizidprävention statt. Am 2. Mai 2024 hat Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach mit der Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), Privatdozentin Dr. Ute Lewitzka, an seiner Seite die Nationale Suizidpräventionsstrategie vorgestellt (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf), die wir sehr begrüßen.

Elf Beiträge beleuchten die Themen des Symposiums: Reinhard Lindner, Barbara Schneider und Georg Fiedler geben einen Überblick über die Ergebnisse des suiKom-Projekts. Annette Erlangsen nimmt die aktuelle Situation der Suizidprävention in Deutschland in den Blick: „On the way to evidence-based suicide prevention in Germany. What has been achieved? What still needs to be done?“. Uwe Sperling und Arno Drinkmann berichten über das sehr relevante Thema der Suizidprävention

in der Altenhilfe und Frank Schwab widmet sich den bedeutenden Anforderungen der Suizidprävention in der Medienarbeit. Heidi Graf und Markus Geißler stellen die wichtige Perspektive der Suizidprävention in den regionalen Netzwerken vor. Barbara Schneider, Raymond Voltz, Lukas Radbruch, Georg Bollig und Manfred Wolfersdorf wenden sich den anhaltenden Herausforderungen der Suizidprävention im Gesundheitswesen zu. Maja Meischner-Al-Mousawi stellt die Suizidprävention im Justizvollzug mit ihren besonderen Erfordernissen dar. Aus der internationalen Perspektive behandelt Marc Goldblatt die bedeutsame Rolle der Psychotherapie in der Suizidprävention. Fabrice Jollant gibt einen aktuellen Überblick über die nationale Suizidpräventionsstrategie in unserem Nachbarland Frankreich. Lanny Berman gibt wichtige Anregungen zu einer Helpline mit seinen Informationen zu „988: The U.S. National Suicide Prevention Lifeline“. Schließlich schlägt Dolores Angela

Castelli Dransart die Brücke vom assistierten Suizid zur Suizidprävention mit dem Beitrag „What about suicide prevention and assisted suicide?“.

Es ging auf dem Symposium um die ganzheitliche, strukturelle Herangehensweise an das Thema der Suizidprävention mit ihren gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen. Nur durch umfassende Anstrengungen können wir in Zukunft allen die nötige individuell passgenaue Unterstützung bieten. Diese vielschichtigen Aufgaben spiegeln sich in den Beiträgen dieses Themenschwerpunkts der vorliegenden Ausgabe wider.

Korrespondenzadresse

E-Mail: info@naspro.de

Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe¹

Ergebnisse aus dem Projekt „Förderung suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft“

Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Georg Fiedler

Zusammenfassung

Die vertiefte Vermittlung von wissenschaftlich als auch praktisch-klinisch fundiertem Wissen, Erkenntnissen und Kompetenzen der Suizidologie durch informationsgestützte Maßnahmen stellen eine zentrale Strategie der Suizidprävention dar. Innerhalb des auf eine Zeitspanne von drei Jahren angelegten Projekts, dessen Ziel die Initiierung und Koordination suizidpräventiver Aktivitäten und Interventionen war, wurde ein grundlegendes Verständnis von Suizid, Suizidalität und Suizidprävention vermittelt. Dies erfolgte vor dem Hintergrund einer gesellschaftspolitischen Situation, die durch erneute Debatten um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids geprägt war. Entsprechend wurden Fragen zu Entscheidungen am Lebensende sowie geschlechts- und altersspezifische Aspekte der Suizidalität besonders berücksichtigt.

Schlüsselwörter: Suizidprävention, Öffentlichkeitsarbeit, Gesellschaft

Summary

The deepened communication of scientifically and clinically based knowledge, findings and competences in suicidology

through information-based measures represents a central strategy for suicide prevention. Within the three-year project, which aimed to initiate and coordinate suicide prevention activities and interventions, a basic understanding of suicide, suicidality and suicide prevention was conveyed. This took place against the backdrop of a socio-political situation characterised by renewed debates on the legal regulation of assisted suicide. Accordingly, particular attention was paid to issues relating to end-of-life decisions and gender- and age-specific aspects of suicidality.

Key words: Suicide prevention, public relations, society

Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – die Ausgangslage

Moderne Suizidprävention ist seit ihren Ursprüngen Anfang des 20. Jahrhunderts eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Immer wieder waren es Initiativen aus der gesellschaftlichen Mitte, die zu Entwicklungen von Maßnahmen führten, mit denen Suizide verhindert werden sollten, suizidalen Menschen spezifische Hilfen angeboten wurden und Vor- und Fehlurteilen in der Gesellschaft über die Hintergründe und Ursachen, aber auch die Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten der Suizidalität begegnet wurden. Auch die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und durch sie des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) sind auf Initiativen aus der gesamten Gesellschaft erfolgt. Sie stehen für eine Förderung von

• Awareness, d. h. einer grundsätzlichen Aufmerksamkeit für das tabuisierte Feld des Suizids,

¹ Schriftliche Fassung eines Vortrags beim Internationalen Symposium „Eckpunkte der Suizidprävention in Deutschland – Internationale Perspektiven und Herausforderungen“, Universität Kassel, 23.09.2024

- Empowerment, d. h. die Förderung von Einflussfähigkeit in der Förderung bürgerschaftlichen Engagements zur Überwindung von Hilflosigkeit und schicksalhaft erlebten Auslieferungserfahrungen,
- Initiierung konkreter Maßnahmen auf dem Boden der wissenschaftlichen Ergebnisse und klinisch-praktischen Erkenntnissen der Suizidologie in Verbindung mit der jeweiligen lebensweltlichen Realität der gesellschaftlichen Bereiche und der
- Mobilisierung finanzieller Mittel zu ihrer möglichst nachhaltigen Umsetzung.

Bereits in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts entstanden als Engagement interessierter Bürgerinnen und Bürger in Wien Initiativen der „Lebensmüdenfürsorge“, die sich speziell an suizidale Menschen wandten. Institutionell sind im Feld der direkten indizierten Suizidprävention in Deutschland besonders exponiert „Die Arche“ in München oder „Neuhland“ in Berlin, aber auch der Arbeitskreis Leben in Baden-Württemberg oder das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete in Hamburg zu nennen. Hilfen in suizidaler Not sind heutzutage medial breit aufgestellt: Hierbei sind nicht nur die Telefonseelsorge zu nennen, sondern auch die online-basierten Angebote U25 oder MANO, JugendNotmail oder die Nummer gegen Kummer. Aufklärung und beharrlicher Druck auch dieser Institutionen führte zu der Entscheidung des Bundestages zur Förderung der Suizidprävention und der Gründung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie. Sie zeigen: In Deutschland ist die Suizidprävention nachhaltig verbunden mit der Zivilgesellschaft. Ihre Strukturen müssen erhalten und gefördert werden.

Eine zentrale Aufgabe der Suizidprävention ist die Förderung von Wissen über Hintergründe und Ursachen von Suizidalität und Suizid, wie auch die Vermittlung von Kompetenzen im Gespräch mit suizidgefährdeten Menschen. Diese Aufgabe verfolgte das Projekt „suiKom“ – „Förderung suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft“, welches von 2021 bis 2024 durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Ziel des Projekts war die Vermittlung eines grundlegenden Verständnisses von Wissen zu Suizid, Suizidalität und Suizidprävention durch die Initiierung und Koordination suizidpräventiver Aktivitäten und Interventionen in der (Fach)-Öffentlichkeit.

Dabei wurde einem aktuellen gesellschaftlichen Aspekt besonders Rechnung getragen: Es galt, wissenschaftlich fundierte Information in der Debatte um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids, aber auch der geschlechts- und altersspezifischen Aspekte der Suizidalität bereit zu stellen.

Das Projekt bediente sich dabei methodisch der Initiierung, Entwicklung und Umsetzung von Projekten mit unterschiedlichen Projektträgern in thematisch definierten, kooperativen Projektgruppen. Projektbegleitend fand eine bevölkerungsbaasierte repräsentative Untersuchung zu Wissen und Einstellungen zum Thema statt (Fiedler et al. 2022).

Ergebnisse des Projekts „suiKom“ in Projektgruppen

Die Projektgruppen arbeiteten im Wesentlichen im Rahmen der zum Teil langjährig aktiven Arbeitsgruppen² des NaSPro zusammen und nutzten damit bestehende und vertrauensvolle Kommunikationswege. Die Ergebnisse der Arbeiten der Projektgruppen Medien, Ältere Menschen, Justizvollzug, Netzwerke und Gesundheitswesen sind in dieser Ausgabe der „Suizidprophylaxe“ gesondert dargestellt.

Beispielhaft sollen einige Felder der Suizidprävention beschrieben werden, die sich neu im Rahmen des Projekts als Arbeitsgruppen im NaSPro gebildet haben oder in Bildung begriffen sind.

Arbeitsgruppe „Grüne Branche“

In 2023 verdichteten sich zuvor schon über einige Jahre bestehende Kontakte zu einer Initiative zur Suizidprävention in der „Grünen Branche“, d.h. im Bereich Land- und Forstwirtschaft, Garten- und Weinbau. In Initiative der Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau (SVLFG) fanden mehrere Meetings statt, die sowohl Kerninhalte einer suizidpräventiven Arbeit der Arbeitsgruppe diskutierten, als auch strukturelle Planungen entwickelten. Suizidalität spielt in der Grünen Branche eine deutliche, zudem heterogene Rolle. Spezifika landwirtschaftlicher Arbeitswelten treffen auf komplexe Familien- und zugleich Betriebsdynamiken vor dem Hintergrund eines Lebens auf dem Lande, d. h. unter Umständen in Gegenden, die keine guten Angebote im Hilfesystem des Gesundheitswesens haben. Hinzu kommt ein leichter Zugang zu Suizidmitteln als anderswo. In einer ersten Erfassung von Problemlagen wurde somit erarbeitet, dass die psychischen Themen nachhaltiger (gesellschaftlicher) Kränkungerfahrungen, innerfamiliärer und transgenerationaler Konflikte und die Verbindung von sehr starker Verbundenheit mit Land, Hof und Tieren einerseits und hoher Arbeitsbelastung bei gesellschaftlicher Entwertung andererseits zu vielfältigen psychischen Drucksituationen führen können, die auch in suizidales Erleben und Handeln münden können. Es gibt zwar verschiedene Beratungs- und Hilfsangebote, jedoch relativ wenig Austausch der Institutionen untereinander. In dem Prozess der Bildung der AG Grüne Branche sind aktuell die Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau (SVLFG), das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation, Köln (IGPR), das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), die Bundesarbeitsgemeinschaft Familie und Betrieb e. V (BAG) und der Bayerische Bauernverband (BBV) beteiligt. Weitere Institutionen sollen nun angesprochen werden: Hierzu zählen Landfrauenverbände, Landwirtschaftskammern, andere Bauernverbände, Berufs- und Arbeitnehmerverbände und Maschinenringe. Es werden zwei Unter-AGs gegründet, die die Themen „Beratung und Implementierung“ und „Forschung“ verfolgen wollen.

Aktuelle Ziele sind der dichtere Austausch von Hilfs- und Beratungseinrichtungen im Feld, die Verbesserung bundesweiter

² <https://www.suizidpraevention.de/arbeitsgruppen>

Beratungsmöglichkeiten, die Entwicklung eines Kommunikationsleitfadens für Gespräche über Suizidalität sowie eine gezieltere wissenschaftliche Aufarbeitung des Themenfeldes. Auch an einer finanziellen Förderung durch die Institutionen wird gearbeitet.

Arbeitsgruppe Erfahrene

Unterstützt durch Pamela Metzler (Deutsche Depressionsliga) wurden 2023 zunächst in verschiedenen Organisationen von mit psychischer Erkrankung Erfahrener online nach interessierten Personen gefragt. Die Gruppe traf sich sodann als zentrale Kerngruppe mehrmals online und begann eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage des eigenen Selbstverständnisses in der Suizidprävention. Zentrale Überlegungen waren hierbei, die Notwendigkeit von Ansprache und Hilfen vor der Entstehung von Suizidalität. Darunter wurde verstanden, dass es eine Vielzahl von kritischen Situationen gibt, in denen Menschen eigentlich der Hilfe und Unterstützung bedürfen, diese jedoch aus diversen persönlichen Gründen für sich nicht sehen oder annehmen können. Hier will die Gruppe in einer Umfrage die Erlebnishorizonte von mit Suizidalität Erfahrenen eruieren. Zudem will die Gruppe die Materialien des NaSPro sichten und ggf. Vorschläge zur Verbesserung der Ansprache suizidaler Menschen machen. Ein weiteres Ziel ist die aktive, wenn nötig auch kritische Teilnahme an Projekten, in denen das NaSPro engagiert ist.

AG LGBTQI*

Das NaSPro befindet sich in einer vorbereitenden Arbeit zur Gründung einer AG LGBTQI*. In intensiven Recherchen (online, Interviews) wurden relevante Akteure im Feld psychosozialer Beratung und Unterstützung ermittelt. In den Interviews wurden sowohl der aktuelle Umgang in den jeweiligen Institutionen mit Suizidalität wie auch Überlegungen und Vorschläge zur Verbesserung der Situation suizidaler Personen des Bereiches erfragt. Kontakt wurde hergestellt zu Spotlight, sonntagclub, Mann-O-Meter), rubicon e.V. sowie einzelnen aktiven Personen im Feld.

Netzwerkarbeit Suizidprävention – Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Netzwerkarbeit (Galuske 2013) des NaSPro fand im Rahmen des Projektes gezielt in der Begleitung der öffentlichen Debatte um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids einerseits und eine gezielte, gesetzlich verankerte Förderung der Suizidprävention andererseits statt. Im Verein mit vielen Playern, wieder aus verschiedenen Bereichen der Gesellschaft, sah das NaSPro dabei seine Hauptaufgabe in der Bereitstellung wissenschaftlich fundierter suizidologischer Basisinformationen. Beispielhaft lässt sich dies an der Entwicklung der „Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB“ (Bundesärztekammer 2021) darstellen. Die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer führte u. a. zu Perspektiven, wie: „Äußert der Patient den Wunsch zu sterben oder Suizidgedanken, muss der Arzt ihm mit Gesprächsbereitschaft begegnen und Anlass, Motive

und Hintergründe zu ergründen suchen ... Das Gespräch über Suizidalität und Todeswünsche ist eine ärztliche Aufgabe. ... Die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag ... vertreten die Auffassung, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. ... Die ärztliche Position zu Suizidalität, zum Umgang mit Suizidwünschen und zur Assistenz bei der Durchführung von Suizidwünschen basiert auf den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über Suizid und Suizidalität“ (ebd. S. A1430 ff).

Die Netzwerkarbeit mit gesellschaftlichen Gruppen zur Suizidprävention fand auch im Rahmen vielfältiger Informationen der (Fach-)Öffentlichkeit über wissenschaftliche Grundlagen der Suizidalität und dem Anliegen eines assistierten Suizids statt. Einen wichtigen Beitrag stellt hierbei auch die intensive Zusammenarbeit mit Vertreter:innen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und anderen Organisationen dar (z. B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) (Kremeike et al. 2021).

Zudem beteiligte sich das NaSPro aktiv an einem Bündnis großer Institutionen des medizinisch-psychosozialen Bereiches im Feld der Palliativ- und Hospizarbeit und beförderte die Diskussion und öffentliche Stellungnahmen auf dem Boden fundierter Suizidpräventionsstrategien.

Auch der internationale Austausch zum Thema Suizidprävention und assistierter Suizid wurde gepflegt.

NaSPro-Vertreterinnen und -Vertreter starteten mit schweizerischen und österreichischen Kolleginnen und Kollegen die Initiative und den fachlichen Diskurs im „D-A-CH Forum Suizidprävention und assistierter Suizid“ (Klesse et al. 2022). Zudem führte der Austausch mit den Verantwortlichen für Suizidprävention im Kanton Zürich³ zur Diskussion über Strategien und Methoden, insbesondere im Bereich der Jugendarbeit, der Enttabuisierung, der Hilfen für Hinterbliebene und der Krisenintervention.

Die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit nahm im Rahmen des Projekts „suiKom“ eine zentrale Rolle ein. Sie lässt sich in die Bereiche operative Medienarbeit und konzeptionelle Medienarbeit und Netzwerkarbeit aufteilen.

Operative Medienarbeit:

Das NaSPro ist Ansprechpartnerin für Presse- und Medienschaffende, die sich mit spezifischen Fragestellungen befassen. Ihnen werden ggf. Expertinnen oder Experten zur Klärung vermittelt, es werden Interviews und Hintergrundgespräche geführt sowie Presseinformationen und -mitteilungen geschrieben und Pressegespräche und -konferenzen veranstaltet. Zwischen 2021 und 2024 wurden insgesamt 17 Pressemitteilungen herausgegeben, meist im Verbund mit der DGS, der DASP und anderen Netzwerkpartnern. Inhaltlich wurden dabei die Themen

³ <https://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/themen/suizidpraevention>

- Weltsuizidpräventionstag,
- Entwicklung der Suizidzahlen,
- Förderung der Suizidprävention in Deutschland,
- Debatte zur gesetzlichen Regelung des assistierten Suizids und
- zur gesetzlichen Förderung der Suizidprävention,
- die finanzielle Ausstattung der Suizidprävention und die
- Perspektive auf die Nationale Suizidpräventionsstrategie

berührt. Zudem wurden Informationen bei aktuellen Anlässen (z. B. Prominentensuiziden) gegeben. Die Kommunikation erfolgte auch über soziale Medien, führte zu einem Relaunch der NaSPro-Homepage und dem fortlaufenden Betrieb der Homepage des Weltsuizidpräventionstags sowie zur Erstellung, zum Druck und zur Distribution von Flyern und Broschüren.

Die konzeptionelle Medienarbeit und Netzwerkarbeit fand im Rahmen der AG Medien statt, in der Fachpersonen von Medienwissenschaften, Journalismus, Medienpsychologie, Suizidprävention und anderer angrenzender Felder zusammenwirken. Die Arbeit führt zur Entwicklung von Medienempfehlungen⁴, zur Erstellung von Materialien und Filmen/Spots⁵. Die AG bietet auch Fortbildungen an, unterstützt wissenschaftliche Projekte und fördert die Kooperation mit Akteurinnen und Akteuren im Medienbereich.

Beide Bereiche der Medienarbeit erfüllen auch kooperativ gemeinsame Aufgaben im Bereich Fortbildung und Beratung von Medien-, Film- und Theaterschaffenden, Künstlerinnen und Künstlern. Sie unterstützen die Entwicklungsprozesse von Drehbüchern und Filmproduktionen, Theaterinszenierungen, Podcasts und Social Media. Dabei kooperieren sie auch mit anderen AGs des NaSPro.

Die im NaSPro-Netzwerk tätigen Suizidpräventionsexpertinnen und -experten sind in vielfältigen Felder in der Kompetenzvermittlung zum Thema Suizidalität und Suizidprävention engagiert. Dies zeigt sich in über 200 Vorträgen, Seminaren und Workshops zu allgemeinen und differenziellen Themen der Suizidprävention, in Fachpublikationen und Vorträgen auf nationalen und internationalen Kongressen sowie in der Initiierung, Koordination und Mitarbeit in der Entwicklung von Leitlinien, wie der S3-Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“ (Register Nr. 038-028).

Nicht zuletzt begleitete das NaSPro mit der Projektstrategie der wissenschaftlich basierten Information von Entscheidungsträgern und Stakeholdern in Ministerien und im Bundestag über Themen der Suizidprävention auch den Prozess der Entwicklung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie und einer gesetzlichen Regelung der Suizidprävention. Der Fokus der Beratungen lag dabei auf einer evidenzbasierten Information und der Vermittlung von Vorschlägen, welche in wissenschaft-

lich fundierten Prozessen zuvor entwickelt wurden und im breiten Konsens von gesellschaftlichen Institutionen getragen werden. Eine wichtige Grundlage stellen dabei die Ergebnisse des Berichts „Suizidprävention Deutschland“ (Schneider et al. 2021) dar. Das NaSPro versteht sich auch hier als unabhängiges Netzwerk von Expertinnen und Experten, das politische Initiativen zur Verbesserung der Suizidprävention begrüßt, unterstützt und fördert und zugleich betont, dass strategische Maßnahmen auf Evidenz beruhen sollten und sowohl die Möglichkeiten niedrigschwelliger Hilfen bei Suizidgefahr konkret verbessern sollten. Dies kann nur über eine ausreichende finanzielle Sicherung derjenigen Institutionen gelingen, die direkt mit suizidalen Menschen arbeiten können. Damit kann ein zentrales Ziel der Suizidprävention erreicht werden: dass suizidale Menschen nicht nur Hilfe suchen, sondern auch Hilfe finden können.

Literatur

Bundesärztekammer (2021) *Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB*. Dtsch Arztebl 118(29-30):A-1428/B-1184. Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/220611/Hinweise-der-Bundesaeztekammer-zum-aerztlichen-Umgang-mit-Suizidalitaet-und-Todeswuenschen-nach-dem-Urteil-des-Bundesverfassungsgerichts-zu-217-StGB>

Fiedler G, Drinkmann A, Schwab F, Lindner R (2022) *Suizidprävention und Suizidassistentz*. *Suizidprophylaxe* 49(4)100-102

Galuske M (2013) *Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (10. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Klesse R, Teising M, Lewitzka U, Bäurle P, Ciompi L, Fiedler G, Justiniano I, Kapitany T, Lindner R, Lippmann-Rieder S, Niederkrotenthaler T, Rados C, Schneider B, Wolfersdorf M (2022) *Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden*. *Psychosozial* 45(3)3-32

Kremeike K, Pralong A, Boström K, Bausewein C, Simon ST, Lindner R, Voltz R (2021) *'Desire to Die' in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany*. *Ann Palliat Med*. 10:3594-3610

Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S, Müller-Pein H, Rujescu D, Urban B, Fiedler G (Hrsg.) (2021) *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention DOI: 10.17170/kobra-202107014195

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner
 Universität Kassel
 Fachbereich Humanwissenschaften
 Institut für Sozialwesen
 Arnold-Bode-Str. 10
 34127 Kassel
 E-Mail: reinhard.lindner@uni-kassel.de

4 <https://www.naspro.de/dl/NaSPro-Medienempfehlungen-Suizid-und-Internet.pdf>

5 <https://www.youtube.com/watch?v=4IE0eN9EcD8>

Nationale Strategien zur Suizidprävention und vorhandene Evidenz

Annette Erlangsen¹

Einführung

Im Jahr 2015 stellten die Vereinten Nationen ihre Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) vor, in denen der Indikator 3.4.2 die Notwendigkeit unterstreicht, die weltweite Suizidrate bis 2030 um ein Drittel zu senken. Während die Suizidrate in Deutschland von 12,0 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2015 auf 11,4 im Jahr 2022 gesunken ist, liegt das Ziel eines Rückgangs um 33% allerdings bei 7,9 Suiziden pro 100.000 Einwohner. Es ist daher zu begrüßen, dass die deutsche Regierung eine Nationale Strategie zur Suizidprävention verabschiedet hat.

Auf internationaler Ebene gibt es verschiedene Ressourcen für nationale Strategien. Die Weltgesundheitsorganisation hat einen umfassenden Leitfadentext veröffentlicht, der ein Rahmenwerk enthält und spezifische, evidenzgestützte Maßnahmen empfiehlt wie z. B. die Mittelrestriktion, Medienrichtlinien, Unterstützung für junge Menschen und Früherkennung (Weltgesundheitsorganisation 2021). Die Internationale Vereinigung für Suizidprävention hat ein globales Netzwerk, Partnerships for Life, geschaffen, das den Austausch zwischen Forschern verschiedener Länder über nationale Strategien erleichtert. Das Netzwerk spielt eine wichtige Rolle, wenn es darum geht sicherzustellen, dass die nationalen Strategien auf den neuesten Forschungsergebnissen beruhen. Auf nationaler Ebene hat Deutschland in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht.

Der Vorschlag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit für eine Nationale Suizidpräventionsstrategie ist ein wichtiger Schritt zur Koordinierung der nationalen Bemühungen zur Suizidprävention. Die Strategie umfasst drei Schlüsselbereiche. Erstens das Ziel, die Gesundheitskompetenz zu fördern, z. B. durch Sensibilisierungskampagnen und Schulungen. Zweitens soll das Angebot an Unterstützung für gefährdete Personen durch psychosoziale Therapie, Beratung durch Helplines und Online-Unterstützung erweitert werden. Drittens wird der Vernetzung und Koordinierung Vorrang eingeräumt.

Als nationales Netzwerk, das aus mehr als 40 Organisationen besteht, ist das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) ein wichtiger Akteur in der Suizidprävention. Mit dem jüngsten Bericht über den aktuellen Stand und die Herausforderungen (Schneider et al. 2021) wurde bereits eine Situationsanalyse durchgeführt, und die Einrichtung von Arbeitsgruppen ist eine weitere Stärke.

Evidenz in Bezug auf nationale Pläne und wirksame Elemente

Nationale Strategien zur Suizidprävention sind in vielen Ländern umgesetzt worden, allerdings mit unterschiedlichem

Erfolg. Eine kürzlich durchgeführte Meta-Analyse ergab, dass die Suizidrate in einigen Ländern nach der Einführung dieser Pläne gesunken ist, in anderen jedoch nicht. Insgesamt konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den nationalen Suizidraten vor und nach der Umsetzung einer nationalen Strategie nachgewiesen werden (Schlichthorst et al. 2022). Zu den Hindernissen für die Wirksamkeit nationaler Strategien gehören fehlende Kenntnisse und Kapazitäten, ineffiziente Zusammenarbeit, z. B. zwischen Sektoren, sowie fehlendes Monitoring und Evaluation. Allerdings ist die Höhe der für die Strategie bereitgestellten Mittel, d. h. die Frage, ob die Bemühungen durch ausreichende Finanzmittel unterstützt werden, wahrscheinlich der wichtigste Faktor für die Verringerung der Suizide (Platt & Niederkrotenthaler 2020).

Es gibt zahlreiche Belege für wirksame Elemente der nationalen Strategien. Einige der am besten unterstützten und wirksamen Interventionen sind die Mittelrestriktion, die Schulung von Allgemeinärzten, psychosoziale Therapie, pharmakologische Behandlung und Interventionen an Schulen (Mann et al. 2005, Platt & Niederkrotenthaler 2020).

Es hat sich gezeigt, dass Awarenesskampagnen, d. h. öffentliche Kampagnen zur Erhöhung der Aufmerksamkeit, die Stigmatisierung verringern und die Inanspruchnahme von Hilfe erhöhen. Es gibt jedoch keine konsistenten Ergebnisse hinsichtlich einer Verringerung der Suizidrate. Gatekeeper-Schulungen, d. h. die Ausbildung von Professionellen oder Führungspersonlichkeiten in der Gemeinde, um suizidgefährdete Menschen zu erkennen und sie an geeignete Hilfe zu verweisen, wurden mit einer Verbesserung des Wissens und der Selbstwirksamkeit in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse hinsichtlich der Veränderung des Suizidverhaltens sind jedoch noch nicht schlüssig. Telefonische Beratungsstellen, die häufig von Ehrenamtlichen betrieben werden, bieten Menschen in Krisensituationen sofortige Unterstützung. Es gibt zwar einige Hinweise darauf, dass diese Dienste das Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder den psychischen Schmerz kurzfristig verringern können, doch auch hier sind die langfristigen Auswirkungen noch nicht nachgewiesen.

Qualitativ hochwertige Evidenz, wie z. B. Cochran-Reviews, unterstützen psychosoziale Therapiemaßnahmen für suizidgefährdete Personen. Diese basieren in der Regel auf einer kognitiven Verhaltenstherapie und haben nachweislich das Risiko von Suizidversuchen verringert, z. B. in randomisierten klinischen Studien. Auch internetbasierte psychosoziale Therapien haben nachweislich das Auftreten von Suizidgedanken verringert.

Die Mittelrestriktion ist wahrscheinlich die Präventionsstrategie mit den meisten Belegen. Aufgrund der Einschränkung des Zugangs zu einem Suizidmittel verzögern gefährdete Personen ihre Pläne oder brechen sie ab und erhöhen so die Wahrscheinlichkeit einer Wiederherstellung. Die Installation von Barrieren auf Brücken oder an Bahngleisen sowie die Verringerung der Medika-

¹ PhD, Danish Research Institute for Suicide Prevention

mentenmenge (z. B. Paracetamol) im Haushalt wurde mit einem Rückgang der Suizide in Verbindung gebracht, ohne dass sie durch andere Methoden ersetzt worden wären. Es könnte auch von Bedeutung sein, solche Bemühungen in der deutschen Nationalen Strategie zu berücksichtigen. Nicht zuletzt haben schulbasierte Interventionen wie die YAM-Intervention oder das Good Behavior Game zu einer Verringerung der Suizidalität geführt.

Monitoring und Evaluation

Monitoring ist von entscheidender Bedeutung, um einen Effekt der nationalen Bemühungen zur Suizidprävention sicherzustellen. Es ist wichtig, Daten über Suizide und Suizidversuche sowie andere Indikatoren oder Marker zu sammeln, auf die die nationalen Bemühungen abzielen. Regionale oder nationale Überwachungssysteme sind mit guten Ergebnissen getestet worden, z. B. das Colorado Suicide Data Dashboard in den USA und die dänische FORSAM-Datenbank (forsam.dk). Diese Arten von Überwachungssystemen sollten idealerweise auf Echtzeitdaten beruhen.

Der Erfolg der nationalen Strategien hängt von der Umsetzung wirksamer Maßnahmen zur Suizidprävention ab. Daher ist es wichtig, durch forschungsbasierte Evaluierungen von Maßnahmen zur Suizidprävention einen Beitrag zum internationalen Erkenntnisstand zu leisten.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die internationalen

Ziele und Leitlinien eine starke Motivation für nationale Strategien zur Suizidprävention darstellen. Der Erfolg der nationalen Bemühungen hängt jedoch von einer ausreichenden Finanzierung und wirksamen Maßnahmen ab. Zu den wirksamen Maßnahmen gehören u. a. die Mittelrestriktion, psychosoziale Unterstützung für gefährdete Personen und schulische Maßnahmen. Deutschland verfügt über solide Grundlagen für die Umsetzung der Suizidprävention, und die neue Nationale Strategie ist ein vielversprechender Schritt. Bei entsprechender Finanzierung, Konzentration auf wirksame Maßnahmen und laufendem Monitoring könnte es gelingen, die nationalen Verluste durch Suizid zu verringern.

Deutsche Übersetzung: DeepL, überarbeitet von Uwe Sperling

Literatur

Mann JJ et al. (2005) Suicide prevention strategies. *JAMA*, 294, 2064-2074. (In File)

Platt S & Niederkrotenthaler T (2020) Suicide prevention programs. *Crisis*

Schlichthorst M et al. (2022) Evaluating the effectiveness of components of national suicide prevention strategies: An interrupted time series analysis. *Crisis*

Schneider B et al. (2021) Suizidprävention in Deutschland: Aktueller Stand und Perspektiven. DASP e.V.

World Health Organization (2021) LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries (9240026622)

Korrespondenzadresse

E-Mail an: info@naspro.de

Suizidprävention in der Altenhilfe

Uwe Sperling, Arno Drinkmann für die Mitglieder der AG Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm

Gegenwärtig erleben wir eine Dynamik der Suizidprävention in Deutschland, die bis in die gesundheitspolitische und gesetzgeberische Ebene reicht. Im Zusammenhang mit den Bemühungen um eine gesetzliche Regelung des Zugangs zur Suizidassistenten haben die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) zusammen mit einem Bündnis der mit Suizidprävention befassten Fachverbände darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, Suizidprävention in Deutschland endlich auch gesetzlich zu verankern. Nach einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 6.7.2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2024 erstmals eine Nationale Suizidpräventionsstrategie für Deutschland vorgelegt und arbeitet derzeit noch an dem angeforderten Suizidpräventionsgesetz. Damit verbindet sich die Erwartung, dass wirkungsvolle Maßnahmen und Strukturen der Suizidprävention in Deutschland dauerhaft verankert und in ihrer Finanzierung abgesichert werden.

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im NaSPro begleitet und beobachtet die Entwicklungen nun schon seit mehr als 20 Jahren. Sie trifft sich mehrmals im Jahr zum gegenseitigen Austausch, zur Arbeit an Publikationen, Arbeitsmaterialien und Stellungnahmen. Sie informiert sich über Initiativen und Projekte und beteiligt sich an Fachtagungen und Kongressen. Für den Abschlussbericht des Projekts Suizidprävention Deutschland, hat sie eine Bestandsaufnahme der Suizidprävention mit alten Menschen und deren Hindernisse vorgelegt sowie die kurz- mittel- und längerfristig nötigen Maßnahmen benannt (Lindner, Sperling, Drinkmann, Hery, Renken, Schneider, Supprian, Teising 2021). Im Rahmen des Projekts suiKom hat sie u.a. eine CME-zertifizierte Fortbildung „Suizidalität im Alter“ (Lindner, Schneider, Drinkmann, Supprian, Sperling 2022) erarbeitet und mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) kooperiert, um ein Informationsblatt „Wenn ältere Menschen pflegebedürftig werden“ (Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2021) zu erstellen und eine Befragungsstudie pflegender Angehöriger durchzuführen (Eggert, Haeger, Teubner, Sperling, Drinkmann, Lindner, Kessler, Schneider 2023).

Angesichts der Tatsache, dass die Suizidraten bei älteren Menschen nach wie vor wesentlich über denen der jüngeren Bevölkerungsgruppen liegen und in den letzten Jahren wieder ansteigen, setzt sich die Arbeitsgruppe dafür ein, dass die oben angesprochene Dynamik auch die Suizidprävention für ältere und alte Menschen erfasst. In der Vergangenheit war allerdings immer wieder festzustellen, dass die besonderen Belange alter Menschen unzureichend gesehen und berücksichtigt wurden. Das Ziel ist, die Suizidprävention für ältere und alte Menschen so zu verbessern, dass sie eines Tages nicht mehr als Hochrisikogruppe angesprochen werden müssen. Aus diesem Grund fassen wir an dieser Stelle unsere Forderungen nochmals zusammen und spezifizieren sie aus der Perspektive dieser Bevölkerungsgruppe. Die zentralen Forderungen zu einer gesetzlichen und untergesetzlichen Verankerung der Suizidprävention bei alten Menschen sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Sie lehnen sich an umfassendere Forderungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro), der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) oder der Deutschen Akademie für Suizidprävention (DASP) und des Bündnisses der Fachverbände an. Diese finden sich jeweils in der linken Spalte, die spezifisch auf das höhere und hohe Alter formulierten Forderungen stehen in der rechten Spalte.

In einer bundesweit erreichbaren Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle zum Thema Suizidprävention muss es unseres Erachtens zwingend auch einen eigens ausgewiesenen Arbeitsbereich geben, der sich mit den Belangen alter Menschen befasst. Hier muss Expertise zur Suizidprävention bei alten Menschen vorgehalten werden, damit bei entsprechenden Anfragen qualifiziert Auskunft und Rat erteilt werden kann. Das gleiche gilt für die allgemeine Forderung nach einer bundesweiten Rufnummer und Website. Hier sollte es speziell geschulte Ansprechpartner: innen für alte Menschen geben. Wünschenswert sind auch spezifische Beratungsangebote, die analog zu dem sehr gut angenommen Beratungsservice für junge Menschen (U-25), auch ehrenamtliche Berater mit einbinden könnten (Ü-65).

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm hat sich als wichtiger Impulsgeber und tragfähige Säule der deutschen Suizidprävention etabliert und wird auch zukünftig ein unverzichtbarer Partner bleiben. Dafür wird eine auskömmliche Finanzierung gebraucht, was selbstverständlich auch für die Arbeitsgruppen innerhalb des NaSPro gilt. Diese leisten nämlich – wie beispielsweise die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ – einen großen Anteil der Arbeit in den inhaltlich definierten Bereichen der Suizidprävention.

Die allgemeine Forderung nach suizidpräventiven Angeboten mit niedrigschwelligem Zugang ist für alte Menschen von besonderer Wichtigkeit. Krankheit, Funktionseinschränkungen oder auch Unsicherheit hindern viele von ihnen daran, Hilfen aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen. Deshalb sollen suizidpräventive Angebote für sie nicht nur niedrigschwellig, sondern bestenfalls auch aufsuchend gestaltet werden.

Die Forderung nach umfassenden Gatekeeper-Trainings im Gesundheitsbereich muss unter Berücksichtigung älterer Menschen dahingehend spezifiziert werden, dass für die ambulante und stationäre Altenhilfe sowie im Palliativ- und Hospizbereich spezifische Trainings entwickelt und angeboten werden.

Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention und die Entwicklung von Suizidpräventionsmaßnahmen sind im deutschsprachigen Raum eklatant unterentwickelt. Insofern ist eine gezielte Förderung dringend nötig. Es muss jedoch angemerkt werden, dass bei den wenigen in der jüngeren Vergangenheit aufgelegten deutschen Förderprogrammen die Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention im höheren Alter in einer Weise unterrepräsentiert geblieben ist, dass man hier durchaus von einer Diskriminierung sprechen kann. Um das auszugleichen, sind spezifisch auf Suizidalität bei alten Menschen ausgerichtete Forschungsförderungsprogramme angezeigt.

Auch die letzte hier zu nennende Forderung nach vielfältigen und differenzierten suizidpräventiven Angeboten entlang des Entscheidungsweges zum assistierten Suizid – wie auch immer dieser rechtlich ausgestaltet werden wird – betrifft in erster Linie alte Menschen, denn sie nehmen am häufigsten Suizidassistenz in Anspruch. Es wird sehr darauf ankommen,

Allgemeine Forderungen	Für das höhere und hohe Lebensalter spezifische Forderungen
Bundesweite Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle	... mit einem extra Arbeitsbereich für die Belange älterer und alter Menschen
Bundeseinheitliche Rufnummer und Webseite	... mit speziell geschulten Ansprechpartner:innen für alte Menschen und spezifischen Angeboten („Ü-65“)
Finanzierung des NaSPro	... und seiner Arbeitsgruppen
Suizidpräventive Angebote mit niedrigschwelligem Zugang	... und aufsuchende Hilfen für alte Menschen
Gatekeeper-Trainings	... speziell auch in der ambulanten und stationären Altenhilfe sowie im Hospiz- und Palliativbereich
Förderung der Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention	... unter Beendigung der bisher zu beobachtenden Diskriminierung von auf das höhere Lebensalter bezogenen Themen
Breite Angebote der Suizidprävention entlang des Entscheidungsweges zu assistiertem Suizid	... die die Bedarfe älterer und alter Menschen thematisieren und abdecken

Tab. 1: Allgemeine und für das höhere und hohe Lebensalter spezifische Forderungen an die Politik

die besonderen Bedarfe alter Menschen sowie die besonderen Herausforderungen an die Suizidprävention für diese Gruppe kontextspezifisch zu erforschen und für präventive Angebote zu berücksichtigen.

Literatur

Lindner R, Sperling U, Drinkmann A, Hery D, Renken S, Schneider B, Supprian T, Teising, M (2021) Suizidprävention für alte Menschen. In: Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S, Müller-Pein H, Rujescu D, Urban B, Fiedler G (Hrsg.), Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven. S. 141-168. DOI: 10.17170/kobra-202107014195 <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>

Lindner R, Schneider B, Drinkmann A, Supprian T, Sperling U (2022) Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriat* 55:157-164. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02030-w>

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2021) Wenn ältere pflegebedürftige Menschen lebensmüde sind. Was man wissen sollte – und was man tun kann. Redaktion: Eggert S, Sulmann D, Vähjunker D (ZQP). In Kooperation mit: AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro), Illustration: Maren Amini. <https://www.zqp.de/produkt/lebensmuedigkeit-pflegebeduerftige/>

Eggert S, Haeger M, Teubner C, Sperling U, Drinkmann A, Lindner R, Kessler E-M, Schneider B (2023) Lebensendlichkeit, Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Kontext von Pflegebedürftigkeit – Eine Befragung pflegender Angehöriger. Projektbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.zqp.de/angebot/lebensendlichkeit-lebensmuedigkeit/>

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im NaSPro

Michaela Allgeier, Prof. Dr. Arno Drinkmann, Dr. Simon Eggert, Daniela Hery, LL.M. (MedR), Heike Kautz, Prof. Dr. Eva-Marie Kessler, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Friedrich Maus, Prof. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog, Dr. Katharina Roscher, Christine Schöps, Prof. Dr. Barbara Schneider, Dr. Anne Schornberg, Dr. Uwe Sperling, Prof. Dr. Tillmann Supprian, Prof. Dr. Martin Teising

Kontakt

E-Mail: altemenschen@naspro.de

Suizidprävention im Gesundheitsbereich

Bericht aus der AG Medien und Öffentlichkeitsarbeit des Nationalen Suizidpräventionsprogramms

Frank Schwab für die Mitglieder der AG Medien und Öffentlichkeitsarbeit

Die Arbeitsgruppe „NaSPro-AG: Medien und Öffentlichkeitsarbeit“ beschäftigt sich seit über zwei Jahrzehnten mit dem sensiblen Thema Suizid und Suizidprävention in den Medien. Die Mitglieder stammen aus unterschiedlichen Fachgebieten wie etwa der Psychologie, Medienforschung, Jugendschutz und Filmproduktion. Der interdisziplinäre Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Expertinnen und Experten innerhalb der AG und zwischen der AG und Kooperationspartnern soll sicherstellen, dass die komplexe Thematik in verschiedenen Medien verantwortungsvoll behandelt wird.

Die NaSPro-AG setzt sich dafür ein, die Öffentlichkeit und Medienverantwortliche über die Herausforderungen der Suiziddarstellung zu informieren. Sie hat in der Vergangenheit Drehbuchberatungen durchgeführt wie etwa für das Filmprojekt „Flügel aus Beton“ und für die Filmhochschule Babelsberg. Diese Beratungen sollen Filmschaffende für eine sensible Darstellung von Suizidthemen sensibilisieren, um negative Effekte wie den „Werther-Effekt“, also einen Nachahmungssuizid durch mediale Berichterstattung, zu vermeiden. Die Arbeitsgruppe bemüht sich um enge Zusammenarbeit mit Institutionen wie

der Freiwilligen Selbstkontrolle Fernsehen (FSF) und anderen Medienorganisationen (u.a. ZDF, Presserat). Besonders wichtig ist der AG dabei, ein Netzwerk aufzubauen und Fachwissen zu bündeln, um einen partnerschaftlichen Diskurs zwischen Expert:innen und Medienschaffenden zum Thema der Suizidprävention in der Medienbranche zu befördern.

Ein bedeutender Teil der Arbeit liegt im Verfassen und Publizieren von Beiträgen in Fachzeitschriften wie „tv diskurs“, um auf die Thematik aufmerksam zu machen und Handlungsempfehlungen bereitzustellen. Beispiele für solche Veröffentlichungen sind Beiträge wie „Ein sensibles Thema: Suizidalität, Suizid und Suizidprävention in den Medien“ und „Sterben lassen: Die filmische Inszenierung der Selbsttötung“ (tv diskurs). Diese Artikel bieten eine evidenzbasierte Betrachtung der medialen Inszenierung von Suizid und sollen auf die möglichen negativen Auswirkungen unangemessener Darstellungen hinweisen. Neben der wissenschaftlichen Analyse legt die NaSPro-AG auch großen Wert auf die Implementierung internationaler Empfehlungen. So wurde etwa eine Überarbeitung und Ergänzung der WHO-Broschüre zur Darstellung von Suizid in fiktionalen Medien erarbeitet, um deutsche Medienmacher:innen mit globalen Standards vertraut zu machen. Auch die Einbindung des Presserats ist gegeben, um die journalistische Qualität in diesem Bereich zu unterstützen.

Die Zukunft der AG sieht eine Ausweitung der Zusammenarbeit mit neuen Akteur:innen und Institutionen vor, darunter die Bundeszentrale für Kinder- und Jugendschutz, Ombudsleute der Presse sowie der Jugendschutz der Landesrundfunkanstalten. Zudem soll die Zusammenarbeit mit Kulturschaffenden ausgebaut werden, um das Thema Suizidprävention breiter in der Gesellschaft zu verankern.

Ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich ist die Entwicklung von Informationsmaterialien und Projekten, die direkt in Bildungsinstitutionen und Medienunternehmen zum Einsatz kommen können. Zum Beispiel wurde ein Leitfaden für den schulischen Kontext erstellt, der Lehrkräfte und pädagogisches Personal unterstützt, Suizidthemen im Unterricht sensibel zu behandeln. Die AG hat auch eine Kampagnenidee für den Weltsuizidpräventionstag erarbeitet. Diese Crossmedia-Kampagne hat sowohl Online-Plattformen wie Instagram und Facebook als auch klassische Medien wie Radio und Print umfasst, um eine möglichst breite Öffentlichkeit zu erreichen. Hierzu gehören Interviews und Beiträge in regionalen Medien, etwa ein Radiointerview mit Hannah Müller-Pein auf Radio Gong (Würzburg).

Ein weiteres Projekt war die Produktion eines Films mit dem Titel „Reden kostet nichts“, der von der JMU Würzburg in Kooperation mit der NaSPro-AG und KFH-Media realisiert wurde. Dieser Film soll dazu beitragen, das Bewusstsein für die Bedeutung von Gesprächen über psychische Belastungen zu stärken und zur Enttabuisierung von Suizidthemen beizutragen (<https://www.youtube.com/watch?v=4lE0eN9EcD8>).

Im akademischen Bereich engagiert sich die AG stark in der Betreuung von Abschlussarbeiten und Forschungsprojekten, die sich mit der medialen Darstellung von Suizid befassen. Dazu gehören Inhaltsanalysen populärer Serien wie „Tatort“ und „Riverdale“, in denen Suizid thematisiert wird, sowie Arbeiten zur Wirkung von Filmen und YouTube-Inhalten auf die Zuschauerwahrnehmung von Suizid. Weitere Forschungsschwerpunk-

te sind beispielsweise die Untersuchung von Liedtexten, die sich mit Suizid auseinandersetzen, und die Evaluation von Krisen-Apps für betroffene Menschen. Auch die Kooperation mit universitären Ethikkommissionen wird gesucht, um die wissenschaftlichen Standards bei der Erforschung und Darstellung von Suizid weiterzuentwickeln. Frau Müller-Pein bietet dazu spezielle Schulungen im BELLA-Format an, die auf den ethischen Umgang mit Suizidthemen abzielen.

Die Arbeitsgruppe plant zudem, WHO-Richtlinien zur audiovisuellen Umsetzung von Suizidpräventionsmaßnahmen in künftigen Projekten und Seminaren zu integrieren, um Studierenden und Medienschaffenden praxisnahe Lösungen für eine verantwortungsvolle Darstellung zu bieten. So wird beispielsweise ein Projekt zwischen den Standorten Würzburg und Kassel angestrebt, das sich mit den Möglichkeiten einer medialen Aufbereitung dieser Thematik befassen soll.

Zusammengefasst setzt sich die NaSPro-AG intensiv für eine verantwortungsvolle und evidenzbasierte Darstellung von Suizid in den Medien ein. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, wissenschaftliche Analyse und medienpraktische Projekte leistet die Arbeitsgruppe einen wichtigen Beitrag zur Förderung des gesellschaftlichen Bewusstseins und zur Prävention suizidaler Handlungen.

Mitglieder der AG Medien und Öffentlichkeitsarbeit

Prof. Dr. Frank Schwab (Sprecher der AG), Georg Fiedler, Dr. Dorothea Adler, Hannah Müller-Pein, Prof. Dr. Markus Schäfer, Dr. Anna Wagner (Nijmegen), Edda Eick (Vertreterin des Presserats), Karin Breckwoldt (Jugendschutzbeauftragte des ZDF), Dr. Anette Kaufmann (ODEON Fiction, TV-Produzentin), Katja Rauchfuß (ehemalig)

Kontakt

E-Mail: Medien@naspro.de

Regionale Netzwerke zur Suizidprävention in Deutschland – ein wichtiger Baustein der kommunalen Suizidprävention

Heidi Graf, Markus Geißler für die Mitglieder der AG Regionale Netzwerke im Nationalen Suizidpräventionsprogramm

In der Nationalen Suizidpräventionsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums (2024) wird der „Vernetzung und Koordination der Suizidprävention“ eines von drei Handlungsfeldern gewidmet. In Deutschland existiert eine Vielzahl von regionalen Netzwerken, die alle in unterschiedlicher Art und Weise die Suizidprävention in einem Landkreis oder einer Stadt fördern. Diese wichtige Strukturbildung auf kommunaler

Ebene hat das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) erkannt und daraufhin 2022 eine Arbeitsgruppe (AG) „Regionale Netzwerke“ gegründet.

„Regionale Netzwerke zur Suizidprävention sind die kooperativen Verbände von Institutionen/Personen in einer Region, die gemeinsam etwas zur Suizidverhinderung beitragen wollen.“ Diese Definition wurde als einer der ersten Aktivitäten der AG entwickelt. Das Ziel der AG ist es, die Entwicklung bestehender, wie die Gründung neuer Netzwerke zur Suizidprävention in Deutschland zu unterstützen. Mitglied der AG kann werden,

der sich bereits in einem Netzwerk befindet, aber genauso Interessierte mit Überlegungen und Impulsen zur Gründung eines solchen.

In Deutschland gibt es bereits einige Netzwerke zur Suizidprävention, die aktuell in der AG mitwirken:

- Netzwerk Suizidprävention für junge Menschen in und um Hannover
- Regionales Netzwerk Suizidprävention Nordhessen
- Überlebenswert – Kölner Netzwerk für Suizidprävention
- Frans hilft – Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention
- Arbeitskreis Leben Baden-Württemberg
- Netzwerk für Suizidprävention Hamburg
- Netzwerk für Suizidprävention Berlin
- NeST – Netzwerk für Suizidprävention Thüringen
- HEYLIFE – Netzwerk für Suizidprävention Sachsen
- 4Uth- Arbeitsgruppe Suizidprävention für Jugendliche und junge Erwachsene in Augsburg
- AGUS – Angehörige um Suizid e.V.: deutschlandweite Regionalgruppen

Mit dem Arbeitskreis Leben in Baden-Württemberg oder mit AGUS – Angehörige um Suizid e.V. sind regionale Vernetzungsstrukturen zur Suizidprävention bereits seit den 1990er Jahren in Deutschland vorhanden. Mit der Gründung des Frankfurter Netzwerks zur Suizidprävention (2014) wurde eine Welle von Neugründungen regionaler Netzwerke zur Suizidprävention ausgelöst: Es folgten Berlin und Sachsen (2017), Köln und Augsburg (2019), Nordhessen (2022) und Hamburg (2024).

Die Netzwerke unterscheiden sich in ihrer Struktur und Organisationsweise. Eine Umfrage unter den AG-Mitgliedern hat die Charakteristika der bestehenden regionalen Netzwerke untersucht. Die Umfrage umfasste sowohl Auswahl- als auch offene Fragen und wurde von 8 Expertinnen aus den verschiedenen Netzwerken in Deutschland beantwortet. Die Ergebnisse zeigen, dass in den Netzwerken zwischen 8 und 70 kommunale Institutionen organisiert sind (Abb. 1). Alle befragten Netzwerke beinhalten Anbieter von Telefon- oder Präsenzberatung sowie gemeindepsychiatrische Versorgungsangebote. In der Mehrheit der Netzwerke sind auch Online-Beratungsangebote, aufsuchende Hilfen, psychiatri-

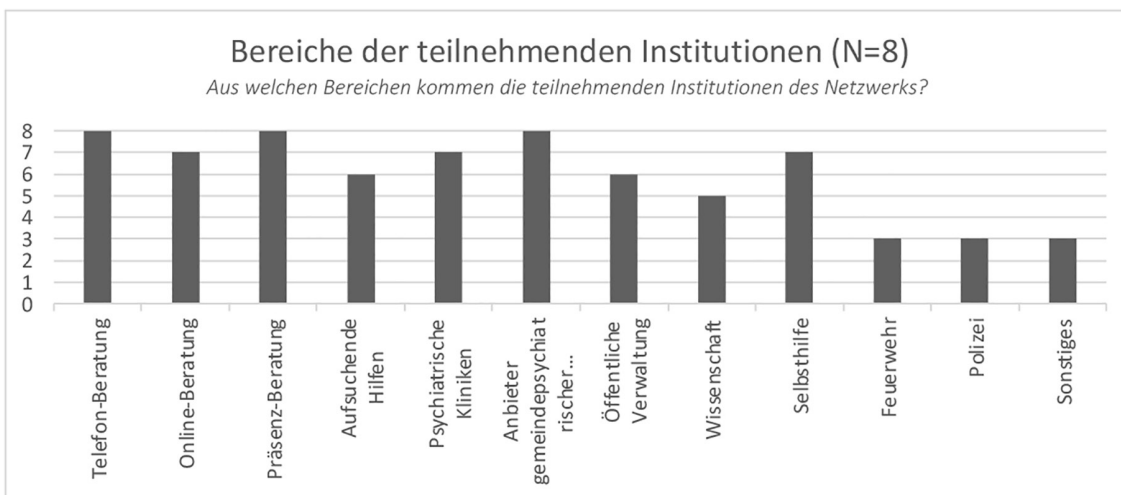


Abbildung 1: Fachbereiche teilnehmender Institutionen von Regionalen Netzwerken zur Suizidprävention

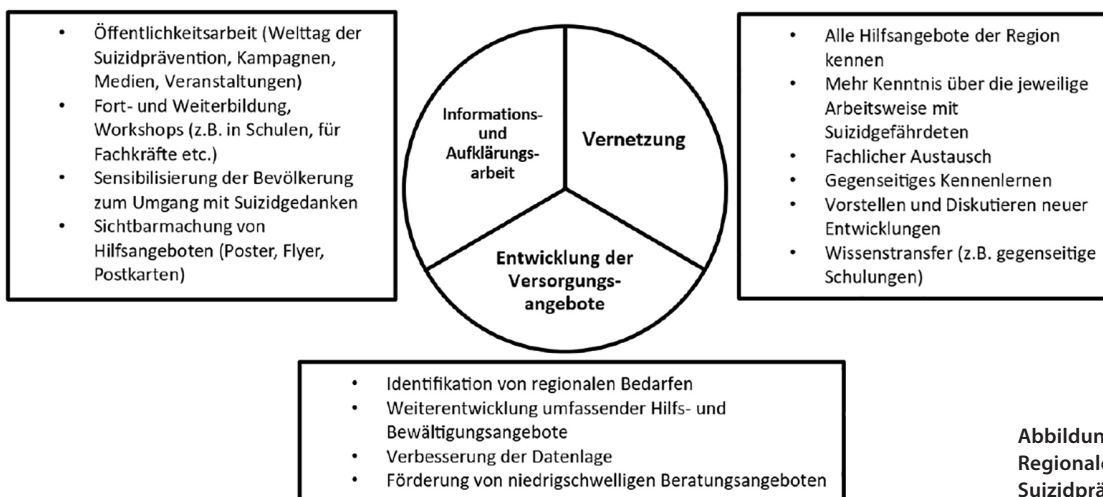


Abbildung 2: Aktivitäten von Regionalen Netzwerken zur Suizidprävention in Deutschland

sche Kliniken, Selbsthilfeanbieter sowie Stellen der öffentlichen Verwaltung und Wissenschaft vertreten. Feuerwehr und Polizei sind hingegen in weniger als der Hälfte der Netzwerke aktiv.

Die Teilnehmenden der Umfrage wurden befragt, welche Aufgaben die Netzwerke und deren Mitglieder umsetzen. Die zentralen Aktivitäten der Netzwerke lassen sich in drei Bereiche unterteilen (Abb. 2): Informations- und Aufklärungsarbeit (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Kampagnen, Workshops), Vernetzung (z.B. Austausch von Hilfsangeboten) und Entwicklung der Versorgungsangebote (z.B. Identifikation regionaler Bedarfe, Verbesserung der Datenlage).

Die Aktivitäten illustrieren, dass regionale Netzwerke zur Suizidprävention einen wichtigen Baustein in der Suizidprävention auf Landesebene darstellen und auch als Governance-Konzept berücksichtigt werden können, um Maßnahmen einer nationalen Suizidpräventionsstrategie kommunal umzusetzen. Insbesondere bei den vorgeschlagenen Maßnahmen der Nationalen Suizidpräventionsstrategie, in denen die Länder hinzugezogen werden sollen, können regionale Netzwerke zur Suizidprävention geeignete Kooperationspartner sein.

Leider sind nur wenige Netzwerke regelfinanziert. Das zeigt die Umfrage. Netzwerke benötigen für ihre Aktivitäten Personal, politische Unterstützung, Sachmittel und eine kontinuierlich erreichbare Hotline, die dann an die regionalen Hilfsangebote weiterleitet.

Bedeutsam ist abschließend zu vermerken, dass dieses Jahr durch die Netzwerke wieder viele eindrückliche Aktionen zum Welttag der Suizidprävention am 10. September durchgeführt wurden. Damit zeigte sich ganz praktisch, wie rückenstärkend so ein gemeinsamer Auftritt wirkt und wie wichtig die Repräsentanz von Hilfsmöglichkeiten vor Ort ist. Genauso gibt es bereits regen Austausch in der AG zu den bestehenden Öffentlichkeitsmaterialien. Bewährtes wird für die eigene Region angepasst, Ideen machen die Runde.

Netzwerke haben das Potential, die Hilfeinanspruchnahme zu steigern, Wissenstransfer zu ermöglichen und die Sichtbarkeit von Hilfen im öffentlichen Raum zu erhöhen.

Kontakt

E-Mail: Netzwerke@naspro.de

Suizidprävention im Gesundheitsbereich.

Bericht aus der AG Gesundheitswesen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms

Barbara Schneider, Raymond Voltz, Lukas Radbruch,
Georg Bollig, Manfred Wolfersdorf für
die Mitglieder der AG Gesundheitswesen

Aufgaben und Strukturen der AG Gesundheitswesen

Die Aufgabe der AG Gesundheitswesen ist die Förderung der Suizidprävention im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung einschließlich der komplementären Einrichtungen, d. h. im Bereich der Psychiatrie, der Psychotherapie, der Psychosomatik, der Suchtmedizin, der Palliativmedizin und der Hospizarbeit, in allen somatischen Disziplinen, in der Akut- und Notfallversorgung einschließlich der Seelsorge in unterschiedlichsten Institutionen für Menschen in der Nähe von Sterben und Tod sowie der Thematik des assistierten Suizids.

Die Arbeitsgruppe Suizidprävention im Gesundheitswesen gliedert sich in zwei Unterarbeitsgruppen, von denen sich die eine der Suizidprävention in der Palliativmedizin und Hospizarbeit widmet und die andere mit der Suizidprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, einschließlich Suchterkrankungen, befasst. Die beiden Unterarbeitsgruppen haben im Rahmen des Projekts „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“, in dem die Probleme und Defizite in der Suizidprävention im Gesundheitswesen identifiziert und Empfehlungen zur Förderung der Suizidprävention erarbeitet wurden,

die Kapitel zur Medizinischen Versorgung und zur Palliativmedizin und Hospizversorgung verfasst. Die beiden Unter-AGs trafen sich regelmäßig, ebenso die Sprecher:innen der Unter-AGs. Meetings der Unter-AG „Psychiatrie und Sucht“ erfolgten ungefähr einmal monatlich, in der Regel als Videokonferenz.

Arbeit und Ziele der AG Gesundheitswesen

Der Bericht „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ bildet die Grundlage der weiteren Arbeit der AG Gesundheitswesen. Das Anliegen der AG Gesundheitswesen ist, dass Suizidprävention grundsätzlich allen Menschen zugänglich sein muss. Dies war auch unser Ziel im Projekt „Förderung suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft (suiKom)“ (s. Lindner et al., S.). Dazu halten wir eine bundeseinheitliche Rufnummer auf gesetzlicher Grundlage analog zum Gesetz „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ für dringend erforderlich.

Ein wichtiges Ziel zur Förderung der Suizidprävention im Bereich des Gesundheitswesens ist die Qualifizierung der Fachkräfte im medizinisch-psychosozialen Bereich durch Aus-, Fort- und Weiterbildung in Suizidologie und Suizidprävention, um ein gemeinsames Wissen und eine gemeinsame Sprache zur Suizidprävention im Bereich des Gesundheitswesens zu etablieren. Weitere wichtige Ziele der AG sind die Ressourcen-

förderung, Motivation und Partizipation von Klient:innen und Patient:innen. Zielgruppenspezifische Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität sowie für Hinterbliebene müssen erhalten bzw. entwickelt werden. Die Hospiz- und Palliativversorgung ist auszubauen. Die Vernetzung innerhalb des Gesundheitswesens, insbesondere zwischen den mit psychischer Gesundheit befassten Disziplinen (z. B. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie) und anderen medizinischen Disziplinen, ist sicherzustellen und auszubauen. Ebenso muss die Vernetzung zwischen den stationären, stationsäquivalenten, teilstationären und ambulanten Bereichen weiterentwickelt werden.

Was wurde bzw. wird in der AG Gesundheitswesen getan, um die gesetzten Ziele zu erreichen? Die Mitglieder der AG forschen im Bereich der Suizidologie und Suizidprävention und verfassen wissenschaftliche Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten. Sie führen Fort- und Weiterbildungen zur Vermittlung von allgemeinem und spezifischem Wissen, Gesundheitskompetenz, Sensibilisierung und Früherkennung zu den Themenkomplexen Suizidalität, dabei besonders häufig zu den Themen Kliniksuzid, Suizidprävention, Postvention und Suizidassistenz als gesellschaftliches Thema, durch. Die Mitglieder der AG hielten weit über 100 Fachvorträge für Fachpublikum und die interessierte Öffentlichkeit auf wissenschaftlichen Kongressen, bei (Fach-)Tagungen und im Rahmen spezieller Fort- und Weiterbildungen, z. B. bei Ärztekammern, in Krankenhäusern und bei Notfallseelsorgern, bei sozialen Unternehmen wie Diakonie und Caritas, bei Trauergruppen, Hospizhelfer:innen, Gewerkschaften und anderen. In der AG Gesundheitswesen wurde dazu ein Basisfoliensatz erstellt und weiterentwickelt, der variabel bei Fachvorträgen eingesetzt werden kann. Die Lernziele des Folienatzes sind:

1. Was ist Suizidalität?
2. Welche Mythen gibt es?
3. Wie erkenne ich Suizidalität?
4. Was muss ich bei akuter Suizidgefahr tun?
5. Wie kann ich einem/einer Betroffenen helfen?
6. Exkurs Todeswünsche (gut geeignet als Einstieg für die Bereiche außerhalb von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin).

Außerdem sind nahezu alle Mitglieder der AG Gesundheitswesen als Koordinator:innen, Expert:innen und als Delegierte von verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften an der Entwicklung von suizidspezifischen Leitlinien beteiligt: Leitlinie Umgang mit Suizidalität (Registernummer: 038-028, Entwicklungsstufe: S3), Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Registernummer: 128-001OL, Entwicklungsstufe: S3), Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung (Registernummer: 096-001, Entwicklungsstufe: S2k).

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AG betreiben sehr aktiv Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere rund um den Welttag der Suizidprävention (10. September) durch Veranstaltungen,

Interviews und Publikationen in der Fach- und Laienpresse. Darüber hinaus haben wir eine Reihe weiterer Aktivitäten durchgeführt, wie Beratungen zur Suizidprävention in Kliniken etc.

Austausch und Gedanken zur Nationalen Suizidpräventionsstrategie

Ein sehr wichtiger Inhalt unserer Arbeit ist der fachliche Austausch über die dauerhafte Verankerung der Suizidprävention im Gesundheitswesen. Unter diesem Gesichtspunkt haben wir auch die Nationale Suizidpräventionsstrategie betrachtet, insbesondere welche Inhalte der Suizidprävention einer gesetzlichen Verankerung bedürfen.

Wir halten eine zentrale Informations- und Koordinierungsstelle mit einer bundesweiten 24/7-Rufnummer mit qualifizierter Erstberatung für (akut) suizidgefährdete Menschen für unverzichtbar. Diese muss auch Informationsmöglichkeiten für professionell mit Suizidgefährdeten arbeitende Personen, für An- und Zugehörige von Suizidgefährdeten, für Hinterbliebene und andere bereitstellen. Im Rahmen eines Erstkontakts mit qualifizierten Fachkräften muss differenziert werden, wie die jeweilige Anfrage einzuordnen ist (z. B. Anruf eines/r Suizidgefährdeten, eines An- oder Zugehörigen bei einer akuten (lebensbedrohlichen) Krise oder eine sonstige Anfrage). Im Gespräch mit einem/einer Suizidgefährdeten muss geklärt werden, ob eine sofortige Intervention notwendig ist und welche Weitervermittlung an eine andere fachlich qualifizierte Stelle erfolgen muss. Bei der bundesweiten Rufnummer müssen die in den Bundesländern etablierten Krisendienste (siehe Phase 2 der Strategie) und deren Erreichbarkeit auf einem aktuellen Stand bekannt sein, damit – nach erfolgter qualifizierter Erstberatung – bei vorliegender Indikation Betroffene an einen geeigneten Krisendienst weitergeleitet/weitervermittelt werden können.¹

Wir empfehlen eine gesetzliche Regelung in Anlehnung an das Gesetz zur Einrichtung und zum Betrieb eines bundesweiten Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ (Hilfetelefontgesetz – HilfetelefontG, <https://www.gesetze-im-internet.de/hilfetelefontg/BJNR044800012.html>) und eine gesetzliche Grundlage für dessen Finanzierung.

Die unter dieser Telefonnummer vorgehaltene Bündelung der Fachkompetenz zum Umgang mit akuten suizidalen Krisen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene zeitnah die passgenaue Hilfe erhalten, die sie benötigen. Im Sinne einer Lotsenfunktion ist damit eine erste Einschätzung der Akuität der Suizidgefährdung möglich. Das durch die Fachkompetenz bereitgestellte Wissen über das geeignete Hilfsangebot ermöglicht eine sofortige, qualitativ spezialisierte telefonische Krisenintervention. Dadurch können Behandlungs- bzw. Betreuungsunterbrechungen besser vermieden werden. Betreuungsunterbrechungen führen zu einer hohen Abbruchquote bei der Hilfesuche, so dass die Krise nicht entschärft

¹ angelehnt an 3.1.5.3 (Handlungsfeld 3) der NaSuPs

werden kann. Vielen Menschen fällt es leichter, sich anonym zu informieren bzw. beraten zu lassen. Angebote in psychiatrischen Kliniken, die an sieben Tagen der Woche rund um die Uhr zur Verfügung stehen, stellen demgegenüber für die Betroffenen häufig eine so hohe Hürde dar, dass sie diese Angebote häufig nicht oder nicht rechtzeitig in Anspruch nehmen. Betroffene befürchten oft, dass sie zwangseingewiesen oder für „verrückt“ erklärt werden, wenn sie sich an Kliniken wenden. Durch ein niedrigschwelliges, anonymes und zentrales Angebot können auch andere, bereits bestehende Angebote entlastet werden.

Darüber hinaus empfehlen wir dringend (gesetzliche) Regelungen

- zur Sicherung und Weiterentwicklung niedrigschwelliger suizidpräventiver Angebote, einschließlich online- und Telefonangeboten
- zum Erhalt und Ausbau von lokalen und regionalen Krisendiensten
- zum Aufbau einer bundesweiten Datenbank über suizidpräventive Angebote sowie zur Einrichtung eines zentralen suizidologischen Registers
- zum Auf- und Ausbau der Suizidforschung und der Suizidpräventionsforschung
- zur regelmäßigen Beratung, beispielsweise der Ministerien, durch einen Fachbeirat und Fachtagungen
- zur Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes
- zur gesetzlichen Förderung der Trauerbegleitung
- zur Verankerung der Methodenrestriktion.

Darüber hinaus sind Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidprävention zu regeln. Das Thema „Psychische Gesundheit und Suizidprävention“ sollte in die Lehrpläne von Schulen und Bildungseinrichtungen aufgenommen werden. Bedarfsanalysen und Qualitätssicherung sind kontinuierlich durchzuführen.

Aktive Mitglieder der AG Gesundheitswesen im vergangenen Jahr

UAG Psychiatrie und Sucht

Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf (Hollfeld), Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc., MHBA (Köln), Dr. theol. Dipl. Gerontol. Uwe Sperling (Mannheim), Prof. Dr. Ulrich Preuß (Werdau), Prof. Dr. Friedrich M. Wurst (Traunstein), Sascha Milin, M.A. (Hamburg), Dr. med. Ulrich Kastner (Erlangen), Dr. med. Tim Krause (Halle/Saale), Martha Wahl (Bad Schussenried), Lars Meiländer, M.Sc. (Köln), Dipl.- Soz. Päd. Stefanie Thöring (Gotha)

UAG Hospiz- und Palliativversorgung

Prof. Dr. Raymond Voltz (Köln), Prof. Dr. Lukas Radbruch (Bonn), Dr. Georg Bollig (Schleswig), Kathleen Boström, M.Sc., (Köln), Priv. Doz. Dr. Kerstin Kremeike (Köln), Prof. Dr. Claudia Bausewein (München)

Kontakt

E-Mail: gesundheitswesen@naspro.de

Aktivitäten der BAG „Suizidprävention im Justizvollzug“ 2021-2024

Maja Meischner-Al-Mousawi für die Mitglieder der BAG Justizvollzug im Nationalen Suizidpräventionsprogramm

Die Bundesarbeitsgruppe (BAG) wurde 2006 infolge einer Initiative von Frau Dr. Katharina Bennefeld-Kersten gegründet. Ziel ist es, Erfahrungen und Erkenntnisse auszutauschen, Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien vorzustellen, Empfehlungen für die Suizidprävention in den Bundesländern zu formulieren und Komponenten der Suizidprävention weiterzuentwickeln. Die BAG trifft sich zweimal pro Jahr und hat mehr als 20 Mitglieder. Jedes Bundesland ist vertreten. Vom 11.-13. November 2024 findet das 35. Arbeitstreffen in Berlin statt. Die Aktivitäten und Materialien der BAG sind auf dem Internetauftritt www.bag-suizidpraevention.de zu finden.

Als Folge der Auswertungen der Erkenntnisse aus der Totalerhebung zu Suiziden in deutschen Gefängnissen seit 2000 ist es der BAG möglich, aktuelle Entwicklungen zu diskutieren und Anregungen für die suizidpräventive Arbeit in den Bundes-

ländern mitzunehmen. Bei jedem Arbeitstreffen werden die aktuellen Entwicklungen sowie neue Projekte in den Bundesländern besprochen.

In deutschen Gefängnissen ereigneten sich zwischen 2000 und 2023 1794 Suizide, davon 1736 männliche und 58 weibliche Gefangene (Meischner-Al-Mousawi et al. 2024). Bei den Suizident:innen finden sich gehäuft folgende Risikofaktoren: Suizidversuche in der Vorgeschichte, psychische Erkrankung, die ersten Wochen der Haft, Untersuchungshaft, insbesondere Sexual- und Tötungsdelikte sowie Beziehungsdelikte (Meischner-Al-Mousawi et al. 2020).

In den letzten Jahren engagierte sich die BAG insbesondere für das Thema Transport von Gefangenen. Ein Vortrag zu dieser Thematik wurde auf der 138. Tagung des Strafvollzugsausschusses der Länder gehalten. Alle Bundesländer konnten sich darauf einigen, dass akut suizidale Gefangene nicht mehr im Sammeltransport transportiert werden. Im Nachgang der Sitzung wurde eine länderoffene Arbeitsgruppe zum Thema des

länderübergreifenden Transportes gegründet, die noch tätig ist. Die BAG beteiligt sich auch am bundesweiten Austausch für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Haft und ist präsent auf den Tagungen „Psychiatrische Versorgung im Justizvollzug“ sowie der DGPPN.

In den Arbeitstreffen der BAG in den Jahren 2021-2024 waren neben der weiteren Arbeit an den Empfehlungsheften die Ausgestaltung von Suizidkonferenzen sowie die Ausgestaltung von Screeningverfahren ein Thema. Des Weiteren wurde sich ausgetauscht zum Einsatz von Sitzmöbel in Sicherheitshafträumen.

Die BAG verleiht seit 2012 herausragenden Projekten der Suizidprävention im Justizvollzug einen Preis. 2022 erhielt diesen das Projektteam Basis-VV Niedersachsen für ein online verfügbares Screeningverfahren. 2023 wurde der Preis an die Gruppe „Suizidpräventionsbeauftragte & Team“ Baden-Württemberg für einen Fortbildungsfilm zur Nutzung des baden-württembergischen Screeningverfahrens verliehen.

Bereits 2010 erarbeitete die BAG einen Flyer zur Suizidprävention („Niedergeschlagen? Schlecht drauf?“) für Erwachsene bei Zugang in den Justizvollzug. Dieser wurde in den letzten Jahren aktualisiert und ist neben Deutsch in folgenden Sprachen verfügbar: Arabisch, Bulgarisch, Dari, Englisch, Französisch, Georgisch, Italienisch, Litauisch, Niederländisch, Paschtu, Portugiesisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Slowakisch, Spanisch, Tschechisch, Tschetschenisch, Türkisch, Ukrainisch, Vietnamesisch und Urdu. Die Sprachen Albanisch, Hindi, Punjabi und Schwedisch sind aktuell noch in Arbeit.

Der Flyer wurde dann 2023 an die Bedarfe jugendlicher Gefangener angepasst („Knast – was nun?“) und ist aktuell in deutscher Sprache verfügbar. Es erfolgten bereits Übersetzungen in die Sprachen wie der Flyer für Erwachsene. Die Flyer in anderen Sprachen sind in nächster Zeit verfügbar. Grundsätzlich können alle Flyer über den Internetauftritt der BAG heruntergeladen werden. Wir danken an dieser Stelle herzlich dem NASPRO für die Unterstützung der Gestaltung der Flyer!

2012 wurde ein Fortbildungsflyer für Bedienstete erarbeitet mit Informationen zu Suizidalität und Handlungsempfehlungen. Diese befindet sich aktuell in Überarbeitung.

Die BAG erarbeitete Empfehlungshefte für den Justizvollzug zu ausgewählten Themen. Die Themenwahl ergibt sich aus aktuellen Entwicklungen im deutschen Justizvollzug. Zu folgenden Themen können die Empfehlungshefte heruntergeladen werden:

- Empfehlungen für den Justizvollzug Heft I (2009): Die Aufnahme von Gefangenen
- Empfehlungen für den Justizvollzug Heft II (2013): Umgang mit Suizidalität
- Empfehlungen für den Justizvollzug Heft III (2018): Nachsorge

- Empfehlungen für den Justizvollzug Heft IV (2019): Fortbildung
- Empfehlungen für den Justizvollzug Heft V (2022): Screeningverfahren

Aufgrund aktuellen Interesses sind weitere Empfehlungshefte in Arbeit. Dazu gehören beispielsweise die Empfehlungen für die Gestaltung des bundeslandübergreifenden Transportes insbesondere für Gefangene mit akuter Suizidalität und Gefangene mit erhöhtem Suizidrisiko.

Aus der Totalerhebung ist bekannt, dass sich in den Jahren 2019-2023 11 Suizide in kameraüberwachten Hafträumen ereigneten (unveröffentlichte Daten). Diese Entwicklung ist beachtenswert. Aktuell arbeitet die BAG an Empfehlungen für den Einsatz dieser Maßnahme sowie zur formellen und inhaltlichen Gestaltung.

Ein weiteres aktuelles Thema ist die Berücksichtigung des Migrationshintergrundes von Gefangenen. 29,8 % der Suizidenten hatten keine deutsche Staatsbürgerschaft (unveröffentlichte Daten aus der Totalerhebung). Im Gefängnisalltag treten immer wieder Probleme aufgrund bspw. kultureller Spezifika oder mangelnder Sprachkompetenz auf. Das Empfehlungsheft möchte sich deshalb mit den Themen interkultureller Kompetenzen im Justizvollzug sowie Behandlungs- und Integrationsangeboten für Gefangene mit Migrationshintergrund aus der Perspektive der Suizidprävention zuwenden.

In den Köpfen der Mitglieder der BAG sind noch mehr Ideen für weitere Empfehlungshefte. Wir bleiben neugierig.

Literatur

Meischner-Al-Mousawi M, Hartenstein S, Hinz S (2024) Suizide von Inhaftierten in Deutschland. Verlaufsstatistik über die Jahre 2000 bis 2023 <https://www.justiz.sachsen.de/kd/veroeffentlichungen-4184.html#a-4392>

Meischner-Al-Mousawi M, Hartenstein S, Spanaus K, Hinz S (2020) Suizide und Suizidprävention im deutschen Justizvollzug. *Forum Strafvollzug* 69 (4):250-255

Mitglieder der BAG

Betina Schilling, Silke Haustein, Dr. Maike Breuer, Ursula Lebis, Hannah Ebenauer, Steven Feelgood, Lyn Egen, Kristofer Krone, Dr. Elisabeth Steffens, Esther Fuchs-Jürgens, Angela Schäfer, Leila Leinhäuser, Sabine Zeymer, Bernd Klingemann, Dr. Christoph Steeger, Gabriele Graf, Stefan Eitelmann, Bärbel Schule, Marco Bauer, Heike Schumann, Jörg Gross, Majken Staude-Müller, Mandy Gottwald, Christiane Dreissigacker, Leitung: Dr. Maja Meischner-Al-Mousawi

Kontakt

E-Mail: Justizvollzug@naspro.de

Die Rolle der Psychotherapie bei der Suizidprävention

Mark J. Goldblatt¹

Einführung

Suizidgedanken oder -handlungen sind ein Zeichen extremer Verzweiflung und sollten nicht ignoriert werden. Suizid ist vermeidbar. Jeder Einzelne muss seinen Beitrag zur Rettung von Leben und zum Aufbau gesunder und starker Individuen, Familien und Gemeinschaften leisten. Die Suizidprävention erfordert einen umfassenden Ansatz im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Psychotherapie, insbesondere die psychoanalytische Psychotherapie, spielt eine wichtige Rolle bei wirksamen Strategien zur Suizidprävention.

Obwohl Suizid so häufig vorkommt, ist er mit einem Stigma des Schweigens behaftet, und denjenigen, die Hilfe brauchen, wird oft nicht geholfen. Ein Mythos, der sich um den Suizid rankt, besagt, dass man mit depressiven Menschen nicht über Depressionen oder den Gedanken an Suizid sprechen sollte, weil man befürchtet, dass sie dadurch auf die Idee kämen, sich umzubringen. Tatsächlich ist der Suizid jedoch genau das, was behandelt und besprochen werden muss, damit der Betroffene rational denken und handeln kann, was wiederum die Bedeutung der Psychotherapie als Teil eines wirksamen Programms zur Suizidprävention unterstreicht.

Die meisten Theorien über Suizid konzentrieren sich auf das subjektive Bedürfnis des Patienten, einer unerträglichen emotionalen Erfahrung von psychischem Schmerz zu entkommen, der sich unentrinnbar anfühlt, und auf die subjektive Wahrnehmung des Suizids als einzigen Ausweg. Suizid ist ein transdiagnostisches Phänomen. Alle wichtigen psychiatrischen Störungen sind mit einem Suizidrisiko verbunden, und der Suizid wird häufig als ein Produkt psychischer Erkrankungen angesehen, insbesondere affektiver Störungen, vor allem Depressionen. Neuere Daten zeigen jedoch, dass bei bis zu 54 % der Menschen, die durch Suizid starben, keine psychische Erkrankung bekannt war. Psychotherapie ist bei vielen Formen psychiatrischer Erkrankungen und bei Menschen, die mit selbstzerstörerischen Gedanken kämpfen, wirksam.

Suizidprävention

Zu den Strategien zur Suizidprävention sollten hochwertige Gesundheitsdienste gehören, die sich mit den psychischen Erkrankungen befassen, die mit Suizidalität einhergehen. Besonders wichtig ist es, suizidgefährdeten oder präsuizidalen Patienten eine Psychotherapie anzubieten, um ihnen zu helfen, mit den überwältigenden emotionalen Zuständen umzugehen, die mit Suizidalität einhergehen.

Suizid und Suizidversuche haben schwerwiegende emotionale, körperliche und wirtschaftliche Folgen. Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen und überleben, können schwere Verletzungen davontragen, die langfristige Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben können. Häufig leiden sie auch unter Depressionen und anderen psychischen Problemen. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen einer Episode der Selbstverletzung und einem vollendeten Suizid. Eine Selbstverletzungsepisode erhöht die Wahrscheinlichkeit eines vollendeten Suizids und ist daher ein starker Prädiktor für künftige Suizidversuche. Die direkte oder indirekte Konfrontation mit dem suizidalen Verhalten anderer Personen, z. B. von Familienmitgliedern, Gleichaltrigen oder Prominenten, kann das Risiko für Menschen mit Suizidgedanken erhöhen. Psychotherapie ist eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung von Suizid in dieser gefährdeten Gruppe.

Die Behandlung der Grundursache der psychischen Symptome umfasst Psychotherapie und Medikamente sowie Unterstützung im häuslichen Umfeld und in der Gemeinschaft. Es hat sich gezeigt, dass verschiedene Arten von psychosozialen Interventionen Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, helfen und die Verzweiflung, die zu weiteren suizidalen Handlungen führt, verhindern. Verschiedene Arten der Psychotherapie, einschließlich der psychodynamischen Psychotherapie, haben sich als wirksam bei der Suizidprävention erwiesen.

Ein umfassender Ansatz zur Suizidprävention im Bereich der öffentlichen Gesundheit setzt voraus, dass verlässliche und zeitnahe Informationen zur Suizidprävention angeboten werden, die benutzerfreundlich sind und darauf ausgerichtet sind, Menschen in Not zu helfen, die benötigten Informationen und Psychotherapeuten zur Suizidprävention zu finden, insbesondere in unterversorgten Gebieten.

Psychotherapeutische Interventionen für suizidgefährdete Menschen.

Viele Formen der Psychotherapie, einschließlich der psychodynamischen Psychotherapie, haben sich bei der Behandlung suizidaler Patienten als wirksam erwiesen. Patienten, die mit Suizidgedanken kämpfen, brauchen einen einfühlsamen Psychotherapeuten, der auf das innere subjektive Erleben des Patienten eingeht und dazu beitragen kann, dass innere Stärken zum Vorschein kommen und hoffnungslose Rückfälle in den Suizid verhindert werden. Die Psychotherapie fügt dem suizidalen Patienten, der isoliert, selbstkritisch und verzweifelt ist, eine haltende (containing) Beziehung hinzu. Eine wirksame Behandlung setzt die Bildung eines therapeutischen Bündnisses voraus, das sich in der Regel im Laufe der Zeit entwickelt und es dem Patienten und dem Therapeuten ermöglicht, während einer bestimmten Anzahl von Sitzungen eine wirksame Verbindung herzustellen.

¹ MD, Associate Professor of Psychiatry, PT, Harvard Medical School. Clinical Associate, McLean Hospital; Boston Suicide Study Group

Die psychodynamische (oder psychoanalytische) Psychotherapie wird in der ganzen Welt praktiziert und wirksam zur Verhinderung von Suizid in einer Vielzahl von Suizid-Situationen eingesetzt. Neue Erkenntnisse zeigen, dass die psychodynamische Psychotherapie Suizidverhalten und Suizidabsichten wirksam reduzieren kann.

Die psychodynamische (oder psychoanalytische) Psychotherapie erkennt die Bedeutung des psychischen Geschehens, einschließlich verinnerlichter Konflikte und der symbolischen Bedeutung von Verhaltensweisen, an. Es haben sich neue Modelle der psychodynamischen Psychotherapie entwickelt, die die traditionellen offenen Psychotherapien ergänzen. Psychodynamische Langzeit- und Kurzzeittherapien sind wirksam bei der Verringerung von suizidalen Impulsen und Verhaltensweisen sowie bei der Verringerung der Wiederholung von selbstverletzendem Verhalten, der Verbesserung der psychosozialen Kompetenz und der Verringerung der Zahl der Krankenhaus-einweisungen, und sie mindern das Suizidrisiko in allen Kategorien psychischer Erkrankungen.

Daher sollten Strategien zur Suizidprävention nicht nur die wichtigen Institutionen der Psychiatrie, sondern auch der Psychotherapie einbeziehen. Es sind mehr Schulungen zum Umgang mit suizidgefährdeten Menschen erforderlich. Für intensive psychotherapeutische Behandlungen, an denen Therapeuten aller Schulen beteiligt sein sollten, sind höhere finanzielle Erstattungen erforderlich. Deutschland hat ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem mit kostenloser Psychotherapie (100 Sitzungen psychodynamische Therapie, 300 Sitzungen Psychoanalyse, 60 Sitzungen Verhaltenstherapie). Viele suizidgefährdete Patienten wären in der Lage, solche Behandlungen in Anspruch zu nehmen, allerdings sind die Wartezeiten oft lang (im Durchschnitt 3 Monate), was in Suizidkrisen nicht

hinnehmbar ist. Um psychotherapeutische Behandlungen für suizidgefährdete Menschen anbieten zu können, sollten ambulante Psychotherapieprogramme entwickelt werden, die einen schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungen ermöglichen, einschließlich Privatpraxen mit akzeptabler Kostenerstattung. Die Ausbildung von Psychotherapeuten in der Behandlung von Suizidalität sollte in die Curricula aufgenommen werden, die durch die Einbeziehung von Psychotherapieinstituten in dieses Vorhaben entwickelt werden können.

Schlussfolgerung

Suizid ist ein ernstes Problem der öffentlichen Gesundheit und hat weitreichende Auswirkungen. Doch es gibt Hoffnung. Obwohl die Suizidprävention komplex ist, wurden viele Ansätze empirisch validiert. Die Berücksichtigung der psychologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen ist für die Behandlung von wesentlicher Bedeutung. Psychologische Therapien spielen eine immer wichtigere Rolle bei der Behandlung von Menschen, bei denen das Risiko eines Suizids oder wiederholter Selbstverletzungen besteht. Die psychoanalytische Psychotherapie ist ein wichtiger Aspekt der Suizidprävention. Sie wirkt sich positiv auf die psychosoziale Kompetenz und damit auf die Verringerung von Problemen und die Verkürzung von stationären Aufenthalten aus, da sie den Menschen helfen kann, sich von psychischen Erkrankungen zu erholen und Wege zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und der Resilienz zu finden.

Deutsche Übersetzung: DeepL,
überarbeitet von Uwe Sperling

Korrespondenzadresse

E-Mail an: info@naspro.de

Was können wir von Frankreichs nationaler Strategie zur Suizidprävention lernen?

Fabrice Jollant¹ Psychiatrist and
Professor of Psychiatry, Université Paris-Saclay,
France Adjunct Professor, McGill University, Canada

Frankreich und Deutschland haben vieles gemeinsam: eine lange gemeinsame Geschichte, Grenzen, ein reiches kulturelles Erbe, ein anerkanntes Sozialsystem, die Liebe zu ihrer Sprache und gute Weine. Ihre Einwohner machen gegenseitig Urlaub im Land des anderen. Sie sind die treibenden Kräfte der Europäischen Union, für die sie sich seit über 70 Jahren engagieren. Sie stehen vor den gleichen Herausforderungen in Europa und in

der Welt. Ein großer Unterschied liegt meines Erachtens in ihren politischen Systemen: parlamentarisch, föderal und auf Konsens beruhend für das eine, präsidentiell mit monarchischen Anklängen und zentralisiert in der Hauptstadt für das andere.

Beiden Ländern gemeinsam ist auch die Tatsache, dass sie seit langem auf eine nationale Strategie zur Suizidprävention warten. In Frankreich sind die Dinge um 2018 herum aus dem Ruder gelaufen, ohne dass, um ehrlich zu sein, die Gründe für diese politische Beschleunigung wirklich klar sind, während Deutschland aus Gründen, die ich nicht weiter ausführen, aber hinterfragen werde, beginnt, sich in diesem Prozess zu engagieren. Der Zweck dieses kurzen Artikels ist es, mit meinen deutschen Freunden einen kritischen Blick auf das zu werfen, was in Frankreich seit 2018 geschehen ist.

¹ Psychiatrist and Professor of Psychiatry, Université Paris-Saclay, France
Adjunct Professor, McGill University, Canada

Beginnen wir mit einem kurzen Rückblick. Viele Jahre lang wurde die Suizidprävention weitgehend durch das Gesundheitssystem und insbesondere die Psychiatrie einerseits und durch freiwillige Vereinigungen andererseits unterstützt (z. B. durch die Einrichtung der Telefonberatung SOS Amitiés im Jahr 1960). Der erste Bericht des Wirtschafts- und Sozialrats zu diesem Thema stammt aus dem Jahr 1993 und wurde durch den Suizid des ehemaligen Premierministers Pierre Bérégovoy in jenem Jahr „begünstigt“. In den darauffolgenden Jahren wurde die Suizidprävention zu einer nationalen Priorität erklärt, aber es wurden keine konkreten Maßnahmen ergriffen. Im Jahr 2000 wurden die ersten Empfehlungen veröffentlicht und ein erstes Schulungsprogramm für Fachleute aufgelegt, das jedoch wegen mangelnder Unterstützung wieder eingestellt wurde. Im Jahr 2013 wurde die Nationale Beobachtungsstelle für Suizid geschaffen, eine interessante Einrichtung unter der Leitung des Gesundheitsministeriums, die zahlreiche Akteure (Ministerien, Forscher, Kliniker, Verbände usw.) zusammenbringt und alle zwei Jahre einen Datenbericht erstellt, der kostenlos online zugänglich ist. Eine Präventionsstrategie ist schließlich im globalen „Fahrplan für psychische Gesundheit und Psychiatrie“ von 2018 enthalten, der 2022 offiziell in eine individuelle nationale Strategie umgewandelt wurde.

Anschließend wurden vier Maßnahmen wirksam umgesetzt:

1. Ein nationales Schulungsprogramm für Angehörige der Gesundheitsberufe (Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen), das von der französischen Gesellschaft für Suizidologie GEPS (dem Äquivalent der deutschen DGS) ins Leben gerufen wurde. Die Ausbilder werden in jeder Region mit finanzieller Unterstützung der regionalen Gesundheitsbehörden ausgebildet. Die Lernenden finanzieren ihre Ausbildung mit ihren eigenen Weiterbildungsgeldern. Nach demselben Prinzip wurde auch ein Schulungsprogramm für Gatekeeper entwickelt.
2. Im Oktober 2021 wurde die kostenlose und rund um die Uhr erreichbare nationale Notrufnummer 3114 eingerichtet. Sie ist für alle suizidgefährdeten Personen, deren Angehörige, Angehörige von Gesundheitsberufen und Hinterbliebene von Suiziden zugänglich. Die Mitarbeiter sind ausgebildete Krankenschwestern und Psychologen unter der Verantwortung eines Psychiaters. Sechzehn Zentren sind tagsüber und drei nachts geöffnet, mit einem Gesamtbudget von 22 Millionen Euro pro Jahr. In 3 Jahren wurden 700.000 Anrufe entgegengenommen (und 250.000 getätigt).
3. Vigilans, ein System von rund 30 Telefonzentren, wurde in Frankreich und den Überseegebieten eingerichtet. Die Anrufer nehmen Kontakt zu Personen auf, die nach einem Suizidversuch identifiziert wurden (z. B. in Notaufnahmen), und betreuen sie sechs Monate lang aus der Ferne. Das Budget beträgt 20 Millionen Euro pro Jahr. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Zahl der Suizidversuche mit Vigilans vs. ohne Vigilans um 38 % zurückgegangen ist.
4. Ein Papageno-Programm zur Verhinderung der Nachahmung von Suizid aufgrund von Medienberichten arbeitet mit Journalistenschulen zusammen, um die ethisch emp-

fohlenen Methoden der Kommunikation über Suizidfälle zu vermitteln. Dieses Programm wird durch eine nationale Vollzeitstelle unterstützt.

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit ist zwar geplant, reicht aber bei weitem nicht aus.

Für das Jahr 2024 wurden neue Maßnahmen erörtert:

1. die Entwicklung individueller Präventionsmaßnahmen im ganzen Land. Eine Website mit dem Namen Espoir (Hoffnung) bietet Information für Hinterbliebene nach einem Suizid.
2. Die Entwicklung von Postventionsmaßnahmen in Institutionen, beispielsweise nach dem Suizid eines Patienten im Krankenhaus oder eines Schülers in der Schule.
3. Die Identifikation von Suizid-Hotspots in jeder Region, um jene besser zu sichern
4. Und ein noch vages Projekt zur Präventionsarbeit in den virtuellen sozialen Medien

Diese Projekte werden zwar nicht öffentlich finanziert, dürften aber von einer ministeriellen Empfehlung profitieren.

Weitere Projekte sind in Vorbereitung, darunter Empfehlungen zur Patientensicherheit in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Weitere Initiativen wurden in den letzten Jahren in spezifischen Bereichen entwickelt wie z. B. die Suizidprävention in Gefängnissen und Strafverfolgungsbehörden sowie die Bekämpfung psychischer Probleme bei Landwirten. Es werden Anstrengungen unternommen, um diese verschiedenen Initiativen besser zu integrieren.

Ich möchte auf einige Einschränkungen und Probleme hinweisen, die sich meiner Meinung nach ergeben:

- Eine stark zentralisierte Organisation, die zu Problemen in den Beziehungen zu langjährigen lokalen Akteuren wie den Verbänden führte, die sich ausgegrenzt fühlten
- mangelnde Einbeziehung von Menschen mit persönlicher Erfahrung mit Suizid
- Entscheidungsprozesse, die manchmal undurchsichtig sind, nicht immer auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und unter dem Einfluss bestimmter Lobbys zu stehen scheinen
- Fehlen eines externen Audits der Gesamtstrategie (z. B. durch internationale Experten)
- Fehlen eines vorher festgelegten Plans zur Wirksamkeitsanalyse gepaart mit unzuverlässigen Messungen (Suizidraten, Suizidversuche usw.)
- Fehlen eines klar erkennbaren Fokus die „Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln“ (stattdessen werden Hotspots einer Kategorie „Ansteckungsprävention“ zugeordnet, der, entgegen der aktuellen Kenntnis in diesem Bereich, viel Platz eingeräumt wird!)
- Und nicht zuletzt die ungewissen Auswirkungen der derzeitigen Schwierigkeiten im psychiatrischen System (Personal-

mangel, Unterfinanzierung) auf die Suizidprävention, angesichts der Tatsache, dass die Suizidrate, das sollten wir nicht vergessen, seit über 30 Jahren rückläufig ist, lange bevor es eine nationale Strategie gab.

Viel Glück, liebe Freunde, und lasst uns weiterreden!

Deutsche Übersetzung: DeepL,
überarbeitet von Uwe Sperling

Korrespondenzadresse

E-Mail an: info@naspro.de

988: Die nationale Suizidpräventions-Hotline der USA

Lanny Berman¹, The Johns Hopkins School of Medicine
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Zu den vielen Bestrebungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) gehört die gesetzliche Einrichtung einer landesweit rund um die Uhr erreichbaren Suizidpräventions-Helpline. Dementsprechend wurde ich gebeten, die 988-Lifeline in den USA kurz zu beschreiben – eine dreistellige Nummer, die Nutzer per Telefon, SMS oder Chat mit einem Netzwerk von über 200 akkreditierten Krisenzentren in ganz Amerika verbindet – und meine professionelle Einschätzung dazu abzugeben.

Ähnlich wie die dreistellige Nummer 911 in den USA, die den direkten Zugang zu einer Notrufzentrale für die öffentliche Sicherheit (z. B. Polizei, Feuerwehr, Arzt...) vermittelt, ermöglicht die 988 den direkten Zugang zu den Mitarbeitern eines örtlichen Krisenzentrums, die für die Bereitstellung von Beratung, Ressourcen und Überweisungen ausgebildet sind.

Bundesinvestitionen in Suizid-Krisennotrufnummern in den USA gehen auf das Jahr 1958 zurück, als die National Institutes of Mental Health (NIMH) das Los Angeles Suicide Prevention Center als Zentrum für Suizidforschung und -schulung sowie den landesweit ersten geschulten, mit Ehrenamtlichen besetzten Krisennotruf finanzierten, der das Telefon als einen Kanal für Interventionen nutzte.² Innerhalb von nur 13 Jahren gab es in den USA mehr als 200 Suizid-Krisenhotlines, von denen die meisten mit sehr kleinen Budgets auskamen und keine staatliche Unterstützung erhielten.

Es dauerte weitere 30 Jahre, bis sich die US-Regierung wieder einschaltete. Im Jahr 2001 finanzierte der US-Kongress eine gebührenfreie nationale Krisenhotline 1-800-SUICIDE, der bald mehr als 150 akkreditierte Krisenhotlines angehörten, die Anrufer bei Suizid- und anderen Krisen betreuen. Im Jahr 2018 wurde der National Suicide Improvement Act verabschiedet, um die Machbarkeit einer dreistelligen Vorwahl für

die Suizidprävention zu untersuchen. Bald darauf folgte 2020 die Verabschiedung des National Suicide Hotline Designation Act, mit dem eine 988-Rufnummer eingerichtet und mit mehr als 280 Millionen US-Dollar finanziert wurde und der es den Staaten erlaubte, Gebühren für den 988-Dienst zu erheben, der schließlich im Juli 2022 eingeführt wurde. Bis heute wurden mehr als 1 Milliarde US-Dollar an staatliche und lokale Krisendienste vergeben, um Kapazitäten für die Teilnahme am 988-System und dessen Betrieb aufzubauen.

In seiner derzeitigen Form verfügt 988 über mehrere Teilnetzwerke, über die ein Anrufer einen Krisendienst für Veteranen („Press 1“), einen spanischsprachigen Dienst („Press 2“), Krisenhelfer für jugendliche LGBTQ+ („Press 3“) sowie einen Videotelefondienst für Gehörlose und Schwerhörige erreichen kann.

Innerhalb von zwei Jahren nach dem Start erhielt 988 mehr als 600 000 Kontakte pro Monat; zwei Drittel davon waren Anrufe, ein Viertel waren SMS und einer von zwölf war ein Chat. Im Juli 2024 wurden 85 % der Kontakte mit einer durchschnittlichen Antwortzeit von 3 Minuten und 38 Sekunden und einer durchschnittlichen Dauer von 23 Minuten beantwortet. 15 % der Kontakte wurden abgebrochen.

988 ist ein Suizid- und Krisentelefon, aber bis jetzt scheinen Suizidfragen nur einen kleinen Teil der Kontakte auszumachen. Aus den aktuellen Daten von 988 geht hervor, dass es bei weniger als 1 % der Kontakte um einen „laufenden Suizid“ geht (ein Kunstwort, das vermutlich für einen Kontakt wegen eines Suizidversuchs steht) und nur einer von neun Chats „suizidbezogen“ ist. Daten von einzelnen Callcentern sind nur schwer zugänglich, und wenn sie verfügbar sind, deuten sie ebenfalls darauf hin, dass die Kontakte eine Vielzahl von Krisen und Problemen umfassen, wobei Selbstverletzungen nur einen kleinen Teil ausmachen. So veröffentlichte ein Callcenter im Bundesstaat North Carolina Einjahresdaten (Juli 2023 bis Juni 2024) über die Gründe für die mehr als 112 000 Kontakte; dabei machten zwischenmenschliche und/oder familiäre Probleme fast ein Drittel aller Kontakte aus, Depressionen 14,5 % und Selbstgefährdung 12,7 % und damit nur wenig mehr als Kontakte wegen Ängsten (12,1 %).

Die Datenerfassung im 988-System ist nach wie vor problematisch und relativ einfach, sozusagen das Stiefkind aus einer Rei-

¹ The Johns Hopkins School of Medicine Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

² Fünf Jahre zuvor (1953) hatten die Samariter das erste Krisentelefon für das Vereinigte Königreich und Nordirland eingerichtet, und das erste Zentrum in Deutschland wurde 1958 in Berlin gegründet.

he von Problemen, die seit der Einführung von 988 noch gelöst werden müssen. Ähnlich wie bei den oben genannten Daten ist bekannt, dass 988 eher Bevölkerungsgruppen anspricht, die Unterstützung bei situativen Krisen und Problemen und weniger bei Suizidkrisen suchen; die Mehrheit der Anrufer ist weiblich, und die Mehrheit der „Texter“ ist unter 25 Jahre alt.

Obwohl die Zahl der Kontakte seit der Einführung um etwa 80 % gestiegen ist, gibt es nach wie vor große Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten und große Unterschiede in dem Maße, in dem die Staaten Gesetze zur Finanzierung lokaler Krisenzentren erlassen haben, was dazu führt, dass einige Zentren erhebliche Personalengpässe haben, um die weitergeleiteten Kontakte zu bearbeiten.

Derzeit leitet 988 die Anrufe auf der Grundlage der Ortsvorwahl des Anrufers weiter (z. B. New York City), was problematisch ist, wenn sich der Anrufer an einem anderen Ort befindet (z. B. in Los Angeles, Kalifornien), was dazu führt, dass die Mitarbeiter des Krisenzentrums nicht mit den örtlichen Ressourcen und Überweisungsmöglichkeiten vertraut sind, falls diese benötigt werden. Befindet sich der Anrufer in einer suizidalen Krise, wäre eine Notfallintervention unmöglich, es sei denn, der Anrufer gibt seinen aktuellen Aufenthaltsort bekannt. Auf Bundesebene werden derzeit Anstrengungen unternommen, um dieses Problem zu beheben.

Zwei Jahre nach der Einführung von 988 ist der Bekanntheitsgrad von 988 in der Öffentlichkeit nach wie vor gering: Nur etwa jeder vierte Amerikaner kennt die Nummer, unter Minderheiten sogar noch weniger. Unter denjenigen, die 988 kennen, äußern vor allem marginalisierte Bevölkerungsgruppen ein weit verbreitetes Misstrauen gegenüber 988, da sie poli-

zeiliche Eingriffe, unfreiwillige Krankenhausaufenthalte und die emotionalen und finanziellen Folgen dieser Erfahrungen fürchten. Obwohl, wie bereits erwähnt, bisher nur ein kleiner Teil der Kontakte zu einem Notfalleinsatz geführt hat, ergab eine Umfrage unter mehr als 5000 amerikanischen Erwachsenen, dass zwei Drittel der Befragten eine Festnahme durch die Strafverfolgungsbehörden und eine Zwangseinweisung in ein Krankenhaus befürchteten, und jeder Vierte fürchtete, inhaftiert zu werden, wenn er 988 anriefe.

Die an 988 teilnehmenden Krisenzentren haben ein Modell zur Beurteilung der unmittelbaren Suizidgefahr verwendet, das von Thomas Joiner vorgeschlagen wurde und sich auf seine Interpersonelle Theorie des Suizids stützt. Obwohl die einzelnen Komponenten dieser Theorie empirisch untermauert sind, wurden die Theorie als Ganze und ihre Anwendung auf die Beurteilung von Personen mit drohendem Suizidrisiko noch nie getestet. Daher setzen die Mitarbeiter von Krisenzentren Notfallmaßnahmen ein, die auf einer ungeprüften Einschätzung des Bedarfs beruhen.

Und schließlich ist die Suizidrate in den Vereinigten Staaten im Laufe des 21. Jahrhunderts und insbesondere während der Entwicklungsphasen unserer nationalen Suizidpräventionshotline gestiegen. Es bleibt abzuwarten, ob 988 einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung von Suizid und damit zur Senkung dieser Rate leisten wird.

Deutsche Übersetzung: DeepL, überarbeitet von Uwe Sperling

Korrespondenzadresse

E-Mail an: info@naspro.de

Suizidprävention und Sterbehilfe im höheren Lebensalter

Dolores Angela Castelli Dransart¹

Studien zeigen, dass die Suizidalität bei älteren Menschen oder die Gründe für die Beantragung von Sterbehilfe vielschichtig sind (Castelli Dransart et al. 2021). Die Vulnerabilität ist intersektional: körperliche oder medizinische Probleme sind mit psychologischen, beziehungsbezogenen, sozialen, wirtschaftlichen, existenziellen, spirituellen und die Lebensqualität betreffenden Problemen verflochten. Daher sollte die Bewertung oder Beurteilung dieser hochkomplexen Situationen umfassend sein. Verschiedene Faktoren und Perspektiven sollten berücksichtigt werden und idealerweise von multidisziplinären Teams, bereichsübergreifend, durchgeführt werden.

Unsere Studien haben gezeigt, dass präventive Interventionen oft zu spät erfolgen. Niedrigschwellige psychosoziale und sozioökonomische Unterstützungsangebote und -dienste sollten zusätzlich zur Pflege und Palliativversorgung rechtzeitig und durchgängig für Menschen in prekären Situationen verfügbar sein.

Die meisten älteren TeilnehmerInnen unserer Studie waren nicht in der Lage, Entscheidungen am Lebensende, Suizidgedanken oder Gedanken an Sterbehilfe mit Familienmitgliedern und Fachleuten zu besprechen, oder wenn sie es taten, wurden sie abgewiesen (Castelli Dransart et al. 2024). Es sollten Möglichkeiten für Gespräche mit geschulten Fachleuten angeboten werden, damit die Ängste, Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen offen angesprochen und Alternativen diskutiert werden können.

¹ HES-SO// Fachhochschule Westschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Freiburg CH

In unserer Studie beobachteten wir auch eine zweifache Sorge bei älteren Erwachsenen (Castelli Dransart et al. 2020): die „Angst, nicht sterben zu dürfen“ bezieht sich auf die Furcht vor einer wirkungslosen Behandlung oder die Sorge, dass die Gesellschaft oder die Angehörigen ihre Entscheidungen am Lebensende nicht respektieren würden. Gleichzeitig wurde jedoch auch die „Angst, ausgestossen zu werden“ erwähnt: die Befürchtung, aus wirtschaftlichen oder altersdiskriminierenden Gründen nicht angemessen versorgt oder unterstützt zu werden. Die TeilnehmerInnen reagierten sehr sensibel auf die gesellschaftliche Diskussion über ältere Menschen als wirtschaftliche Belastung. Sie waren auch regelmäßig mit Ressourcenknappheit im Gesundheits- und Sozialwesen konfrontiert. Ihre Anliegen, die sowohl mit Fragen der Selbstbestimmung als auch mit Solidarität, angemessener Pflege und Schutz zusammenhängen, sollten gleichermaßen berücksichtigt werden. Ein Teilnehmer drückte es so aus: „Ich beanspruche das Recht, Sterbehilfe zu verlangen, und das Recht, keine Sterbehilfe zu verlangen.“ Ein anderer Teilnehmer sagte: „Wenn keine zufriedenstellende Pflege verfügbar sein wird, habe ich keine andere Wahl, als mich für Sterbehilfe zu entscheiden.“

Daher ist es von entscheidender Bedeutung, für ausreichende Pflege und Unterstützung zu sorgen. Die Zivilgesellschaft sowie Fachkräfte sollten über altersdiskriminierende Vorurteile aufgeklärt werden, die mit der Zeit das Selbstwertgefühl und den Lebenssinn untergraben können. Vor allem sollten im Kontext von Ressourcenknappheit nichtdiskriminierende Praktiken gefördert werden. Vulnerabilität sollte nicht als persönliches Versagen oder soziale Belastung dargestellt werden, die Selbstaufgabe erfordert.

Was Familien betrifft, so zeigen Studien, dass die Bitte um Sterbehilfe bei einigen wichtigen Bezugspersonen eine komplexe, manchmal konfliktreiche Familiendynamik auslösen kann, die Werte- und Gewissenskonflikte oder vielleicht widersprüchliche Erwartungen mit sich bringt. Selbst für Familienmitglieder, die Sterbehilfe befürworten, kann der Prozess eine Herausforderung darstellen (Andriessen et al. 2019, Pillonel, et al. 2021). Daher sollte vor, während und nach der Sterbehilfe Unterstützung durch Fachkräfte oder Freiwillige angeboten werden, die speziell in dieser Hinsicht geschult sind.

Was Fachkräfte betrifft, so werfen Anfragen nach Sterbehilfe in Einrichtungen verschiedene Probleme und Herausforderungen auf (Castelli Dransart et al. 2017, Pillonel et al. 2020). In den meisten Fällen schienen Fachpersonen der Ansicht zu sein, dass ihnen das Wissen und die Ausbildung fehlten, um mit der Situation umgehen zu können. Die Einschätzung der Situation wurde daher stark von ihren persönlichen Überzeugungen oder Werten beeinflusst (z.B. ob die Fachperson Sterbehilfe befürwortete oder nicht), aber auch von sozialen Repräsentationen oder sogar falschen Vorstellungen über die Realität und Praxis des Lebensendes (Castelli Dransart et al. 2022). In den Einrichtungen, die an unseren Studien teilnahmen, wurden häufiger Richtlinien zur Sterbehilfe als Richtlinien zur Suizidprävention bereitgestellt.

Angesichts dieser Ergebnisse sollten Fach- und Pflegekräfte eine spezielle Schulung in Suizidprävention, sowie in den rechtlichen, klinischen und ethischen Rahmenbedingungen erhalten, die für das Verständnis und den Umgang mit Anfragen nach Sterbehilfe erforderlich sind. Dies würde es Fachpersonen ermöglichen, Situationen aus differenzierten Perspektiven zu betrachten und das Zusammenspiel verschiedener Formen von Vulnerabilität, wie psychische Probleme, somatische Erkrankungen und sozioökonomische Schwierigkeiten im späteren Leben oder am Lebensende, zu berücksichtigen. Die Ausbildung von Fachpersonen sollte sich nicht nur mit den persönlichen Faktoren befassen, die Suizidalität oder Anfragen nach Sterbehilfe beeinflussen können, sondern auch mit umweltbezogenen, strukturellen und beziehungsbezogenen Aspekten, wie z. B. altersbedingten Einstellungen und sozialen Erwartungen. Reflektion, ethische Überlegungen und Beratung sollten im Mittelpunkt des Ausbildungsprogramms stehen.

Suizidprävention und Sterbehilfe sind hochkomplexe Phänomene, die umfassende und integrierte Ansätze auf mehreren Ebenen erfordern. Die folgenden Punkte sollten beachtet werden:

- Jede Situation, ob Suizid oder Sterbehilfe, sollte in einem gemeinschaftlichen Prozess bewertet werden, der die verschiedenen Standpunkte und Fähigkeiten der betroffenen Personen, ihrer Familien (wenn möglich) und verschiedener Fachleute zusammenbringt. Zu diesem Zweck sollten Zeit und ausreichende Ressourcen bereitgestellt werden.
- Fachkräfte und Freiwillige, die mit suizidgefährdeten Personen, mit Sterbewilligen oder Personen, die Sterbehilfe beantragen, in Kontakt kommen, sollten zur Suizidprävention geschult werden. Die Schulung sollte sich auf Kommunikationsfähigkeiten konzentrieren, damit Fachpersonen diese Themen mit Empathie und Offenheit ansprechen, aber auch eine analytische, kompetente professionelle Haltung einnehmen können.
- Die in den Gesundheits- und Sozialsystemen und in der Öffentlichkeit vermittelten Botschaften über Sterbehilfe und Suizid sollten überwacht werden. Öffentlichkeitsarbeit sollte im Hinblick auf die Suizidprävention im Alter oder am Lebensende durchgeführt werden.
- Ältere Menschen sollten zeitnah und kontinuierlich Zugang zu integrierten Gesundheits- und Sozialdiensten haben und Unterstützung bekommen. Niedrigschwellige psychosoziale und sozioökonomische Dienste sollten ebenso wie Gesundheits- und psychiatrische Dienste gewährleistet sein. Ein Fallmanager kann entscheidend dazu beitragen, mit Situationen multipler Morbidität, unterschiedlicher Bedürfnisse und intersektionaler Vulnerabilität umzugehen.
- Unterstützung sollte für wichtige Bezugspersonen oder Betreuer von Menschen in gefährdeten Situationen verfügbar sein.
- Überwachung und Forschung sollten gefördert werden, damit wir die Lebensverläufe, Merkmale und Risiko-/Schutzfaktoren für suizidgefährdete Menschen und/oder Menschen,

die Sterbehilfe beantragen, besser verstehen und vergleichen können.

Die Debatte über die Einflüsse zwischen Suizidprävention und Sterbehilfe wird wahrscheinlich intensiver werden, da immer mehr Länder die Sterbehilfe einführen (Hawton & Pirkis, 2024).

Deutsche Übersetzung: DeepL,
überarbeitet von Serjara Aleman

Literatur

Andriessen K, Kryszynska K, Castelli Dransart DA, Dargis L, Mishara B (2019) *Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Review*. *Crisis* 41(4). Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000630>

Castelli Dransart DA, Maggiori Ch, Burnier D, Geiser F, Lapierre, S (2024) *To Plan or not to Plan? Experiences and Challenges of Older Swiss Adults Facing End-of-Life Decisions*, *OMEGA – Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228241239809>

Castelli Dransart DA, Pillonnel A, Geiser F (2022) *L'autonomie et l'autodétermination à l'épreuve: les professionnel·les face aux requêtes d'assistance au suicide de personnes âgées institutionnalisées en Suisse*. In Audrey Gonin, Michel Guissard, André Antoniadis et Flavie Plante (sous dir.): *Ethique et travail social : nouvelles voies pour l'action*. Presses de l'Université du Québec

Castelli Dransart DA, Maggiori Ch, Lapierre, S, Voélin, S (2020) *Will they let me die? Perspectives of older Swiss adults on end-of-life issues*. *Death Studies*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788669>

Castelli Dransart DA, Lapierre S, Erlangsen A, Canetto SS, Heisel M, Draper B, Lindner R, Richard-Devantoy S, Cheung G, Scocco P, Gusmão R, De Leo D, Inoue K, De Techterman V, Fiske A, Hong JP, Landry M, Lepage A A, Marcoux I, Na PJ, Neufeld E, Ummel D, Winslov JH, Wong C, Wu J, Wyart M (2021) *A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide*. *Aging & Mental Health* 25 (3):420-430. Published online Dec 10, 2019. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201>

Castelli Dransart DA, Scozzari E, Voélin S (2017) *Stances on Assisted Suicide of Health and Social Care Professionals Working in Organizations or Institutions for the Elderly in Switzerland*. *Ethics & Behavior* 27(7):599-614. <https://doi.org/10.1080/10508422.2016.1227259>

Hawton K, Pirkis J (2024) *Suicide prevention: Reflections on progress over the past decade*. *The Lancet Psychiatry*, 11(6):472-480. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00105-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00105-6)

Pillonnel A, Berthod M-A, Castelli Dransart DA, Stavrianakis A (2021) *La mort appréciée. L'assistance au suicide en Suisse*. Antipodes, Lausanne, 342 pages. Open access at <https://www.antipodes.ch/produit/la-mort-appreciee/>

Pillonnel A, Berthod M-A, Castelli Dransart DA (2020) *Assez vieux pour mourir. L'âge dans l'assistance au suicide en Suisse*, *Gérontologie et Société*. 42(3) :155-170. doi.org/10.3917/g1.163.0155 <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-3-page-155.htm>

Korrespondenzadresse

E-Mail an: info@naspro.de