

Tötungsmittel beschränken - Suizide vermeiden

Verfasser: AG Methodenrestriktion des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)

Zusammenfassung

Die Zugangsbeschränkung zu letalen Mittel gilt laut WHO (2014) als effektivste Methode der Suizidprävention. In Studien ließ sich wiederholt zeigen, dass u. a. die Sicherung von Brücken, Hochhäusern und Schienen, die Verschärfung von Waffengesetzen, kleinere Packungsgrößen von bestimmten Arzneimittelgruppen, Regelungen bezüglich der Abgabe von Pestiziden oder veränderte Pestizidkonzentrationen, sowie bauliche Maßnahmen zur Prävention von Suiziden in Krankenhäusern und Justizvollzugsanstalten mit einem Rückgang an Suiziden einhergehen können.

Im Rahmen der Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung sollte daher ein Schwerpunkt auf die sog. Methodenrestriktion gelegt werden. Hierzu bedarf es (1.) einer systematischen Erfassung von Suiziden/Suizidversuchen in Institutionen und im öffentlichen Raum, und (2.) einer gesetzlichen Verankerung verpflichtender baulicher Maßnahmen zur Sicherung von Orten (inkl. Institutionen), an denen besonders häufig Suizide erfolgen.

Im Folgenden werden hierzu konkrete Vorschläge gemacht. Die vorliegenden Empfehlungen wurden – auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz – von der AG Methodenrestriktion des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) erstellt.

1. Ausgangslage

Im Jahr 2023 starben in Deutschland 10.300 Menschen durch einen Suizid (destatis, 2024), 1,7% der Bundesbürger:innen berichten, dass sie schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen und 9,7% haben in ihrem Leben ernsthaft darüber nachgedacht, sich selbst zu töten (Nock et al., 2012). Ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko haben insbesondere Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, sowie alte oder inhaftierte Menschen (Favril et al., 2022; Fazel et al., 2017). Ein erhöhtes Suizidversuchsrisiko besteht insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Donath et al., 2019).

Suizidprävention muss – wie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in der Nationalen Suizidpräventionsstrategie vom 30. April 2024 und der Umsetzungsstrategie zur Suizidprävention in Deutschland vom 2. Mai 2024 beschrieben – verschiedene Handlungsfelder umspannen. Eine besonders effektive Maßnahme der Suizidprävention stellt dabei die Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln dar (WHO, 2014). In Studien ließ sich wiederholt zeigen, dass u. a. die Sicherung von Brücken, Hochhäusern und Schienen, die Verschärfung von Waffengesetzen, kleinere Packungsgrößen von bestimmten Arzneimittelgruppen, Regelungen bezüglich der Abgabe von Pestiziden oder veränderte Pestizidkonzentrationen mit einem Rückgang an Suiziden einhergehen können (Müller et al., 2022; Teismann, 2023). Der erschwerte Zugang zu einer Suizidmethode scheint dabei nicht oder nur in geringem Maße mit einer kompensatorischen Zunahme einer anderen Suizidmethode einherzugehen.

Der positive Effekt von Zugangsbeschränkungen wird v. a. darauf zurückgeführt, dass das Zeitfenster innerhalb dessen die höchste Gefahr für suizidale Handlungen bei vielen Betroffenen nur von kurzer Dauer zu sein scheint – es geht um wenige Minuten bis hin zu wenigen Stunden (Paashaus et al., 2021). Besteht in diesem Zeitfenster kein unmittelbarer Zugang zu einer Tötungsmethode, so erhöht sich die Chance, dass eine Suizidhandlung unterbleibt. Besteht darüber hinaus kein unmittelbarer Zugang zu besonders letalen Suizidmitteln, so erhöht sich die Chance, dass ein Suizidversuch überlebt wird.

Effektive Methodenrestriktion setzt voraus, dass (1.) Suizide/Suizidversuche in Institutionen und im öffentlichen Raum systematisch erfasst werden, und (2.) bauliche Maßnahmen zur Sicherung von Orten an denen besonders häufig Suizide gesetzlich verpflichtend umzusetzen sind.

Im Folgenden werden notwendige Maßnahmen für eine effektive bundesweite Methodenrestriktion aufgeführt.

2. Methodenrestriktion: Notwendige Maßnahmen

A. Datenerfassung

(A1) Datenerfassung in psychiatrischen Kliniken

Suizide und Suizidversuche von Patientinnen und Patienten stationärer, teilstationärer und ambulanter Einrichtungen der Psychiatrie (inkl. Maßregelvollzug), Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik sind zentral zu erfassen.

(A2) Datenerfassung in (psycho-)somatischen Kliniken

Suizide und Suizidversuche von Patientinnen und Patienten somatischer Kliniken sind zentral zu erfassen.

(A3) Datenerfassung von Suiziden und Suizidversuchen in Justizvollzugsanstalten (JVA), Abschiebehafteinrichtungen, Polizeigewahrsam

Die systematische Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen in JVAs ist zu ergänzen durch eine zentrale Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen in Polizeigewahrsam und Abschiebehafteinrichtungen.

(A4) Datenerfassung von Suiziden und Suizidversuchen in Militär- und Sicherheitsbehörden sowie Sicherheitsunternehmen, Jagdverbänden und Schützenvereinen mit Zugang zu besonderen letalen Mitteln (Schusswaffen)

Hinsichtlich des besonderen Zugangs zum letalen Mittel einer Schusswaffe sind Suizide/Suizidversuche in Militär- und Sicherheitsbehörden sowie Sicherheitsunternehmen, Jagdverbänden und Schützenvereinen systematisch zu erfassen.

(A5) Datenerfassung von Suiziden und Suizidversuchen im öffentlichen Raum (Hotspotregister)

Suizide und Suizidversuche im öffentlichen Raum sind zentral, mit genauer Angabe des Ortes des Suizides/Suizidversuchs, zu erfassen.

(A6) Monitoring von Suizidversuchen

Suizidversuche, die eine medizinische Behandlung erforderlich machen sind zentral zu erfassen.

B. Bauliche Suizidprävention

Bauliche Suizidprävention muss an den Orten erfolgen, an denen überdurchschnittlich häufig mit Suiziden zu rechnen ist (insbesondere psychiatrische Kliniken, (psycho-)somatische Kliniken, Justizvollzugsanstalten). Hierzu gehört die Vermeidung von Strangulationsmöglichkeiten und die Vermeidung von Möglichkeiten zum Sturz in die Tiefe.

Sicherungsmaßnahmen sind so auszuführen, dass sie möglichst normal, ästhetisch und nicht stigmatisierend wirken. Hinweise auf eine Suizidmethode sind zu vermeiden. Bauliche Maßnahmen, die dazu dienen das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten sowie Personal zu fördern, werden zur Schaffung eines suizidpräventiven Milieus empfohlen.

In JVAen sind Suizidpräventionsräume einzurichten.

C. Suizidprävention im öffentlichen Raum

(C1) Sicherung von häufig genutzten Suizidorten

Treten an einem öffentlichen Ort gehäuft¹ Suizide auf, so ist dieser baulich und/oder organisatorisch zu sichern.

(C2) Sicherungsmaßnahmen bei Neubauprojekten

Beim Neubau oder der temporären Errichtung von Gebäuden, Ingenieurbauwerken oder sonstigen Anlagen sind frei zugängliche Sprungmöglichkeiten im öffentlichen Raum mit einer Fallhöhe ab 20 m zu sichern.

(C3) Sprungorte und Bahngleise in der Umgebung psychiatrischer Einrichtungen

Im Umkreis von 2000 m um stationäre psychiatrische Einrichtungen sind potenzielle Sprungorte ab einer Fallhöhe von 8 m, frei zugängliche Bahngleise und andere häufig genutzte Suizidorte baulich und/oder organisatorisch zu sichern.

3. Fazit

Vor dem Hintergrund ihrer erwiesenen Effektivität muss die Methodenrestriktion eine zentrale Rolle im Rahmen der Nationalen Suizidpräventionsstrategie spielen. Es bedarf der gesetzlichen Verankerung der Erfassung von Suiziden/Suizidversuchen in Institutionen und im öffentlichen Raum, eines Monitorings von Suiziden/Suizidversuchen sowie der verpflichtenden Sicherung von Orten, an denen häufig Suizide erfolgen bzw. besonders gefährdete Personengruppen zusammenkommen.

Die Arbeitsgruppe fordert daher eine gesetzliche Verankerung dieser Präventionsmaßnahmen als festen Bestandteil der Nationalen Suizidpräventionsstrategie.

4. Kontakt

AG Methodenrestriktion des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes (NaSPro)

Sprecher: Prof. Dr. Tobias Teismann

Sprecherin: Dr. Katharina König

Kontakt: Methodenrestriktion@naspro.de

Literatur

Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. *BMC Pediatrics*, *19*(1), 45.

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, *25*, 148–155.

Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet. Psychiatry*, *4*, 946–952.

Müller, S., Giegling, I., Hegerl, U., Bennefeld-Kersten, K., Meischner-Al-Mousawi, M., Glasow, N., Reisch, T., Rademacher, K., Mend, H.K., Schmidtke, A. & Rujescu, D. (2022). Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. In B. Schneider, R. Lindner, I. Giegling, S. Müller, H. Müller-Pein, D. Rujescu, B. Urban & G. Fiedler (Hrsg.), *Suizidprävention Deutschland* (S. 41-60). DOI: 10.17170/kobra-202107014195

Nock, M. K., Borges, G., & Ono, Y. (Eds.). (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press.

Paashaus, L. Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., Rath, D., Schönfelder, A. & Teismann, T. (2021). From decision to action: suicidal history and time between decision to die and actual suicide attempt. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *28*, 1427-1434.

Teismann, T. (2023). Means Restriction: Eine narrative Literaturübersicht. *Suizidprophylaxe*, *50*, 40-50.

WHO (2014). Preventing suicide. A global imperative. Genf: WHO Press

¹ Unter Häufung wird das Auftreten von 5 oder mehr Suiziden innerhalb von 10 Jahren verstanden.