

SUIZIDPROPHYLAXE

Nr. 197

THEORIE UND PRAXIS

Suizid und Suizidprävention in Österreich – Bericht 2023

Suizid-Screenings: eine Kritik

„Ich brauche Hilfe, aber wer hört mir zu?“ -
Hilfe für Angehörige von suizidalen Menschen

Das D-A-CH-Forum „Suizidprävention
und assistierter Suizid“ stellt sich vor

Zweiter Expertenworkshop und Münchner
Erklärung 2024 des D-A-CH-Forums „Suizidprävention
und assistierter Suizid“

DGS-Frühjahrs- und Herbsttagung 2024 -
Suizid im klinischen Kontext

Vertreter der Suizidprävention setzen Zeichen

Neues Certificate of Advanced Studies (CAS)
Suizidprävention in der Schweiz ab 2025

Spendenaktion „Press Continue“
zum Internationalen Tag der Suizidprävention 2024

Deutsche Gesellschaft
für Suizidprävention (DGS)

Österreichische Gesellschaft
für Suizidprävention (ÖGS)

Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz
(IPSILON)



ISSN 0173-458X
Listed in PSYINDEX,
Excerpta Medica

Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS), der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und der Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz (IPSILON)

Herausgeber		Redaktion
Uwe Sperling , Mannheim (Koordinierender Herausgeber) Claudius Stein , Wien, (Stellv. Koordinierender Herausgeber) Hellmuth Braun-Scharm , Erlangen	Thomas Bronisch , München Stephan Kupferschmid , Bern Jörg Schmidt , Bayreuth Wolfram Schulze , Mainz Manfred Wolfersdorf , Hollfeld, Bayreuth	Anna-Katharina Schmidt , Berlin

Wissenschaftlicher Beirat 2024 - 2027		
Anna Christ-Friedrich , Heilbronn Gert H. Döring , Kirchentellinsfurt Elmar Etzersdorfer , Stuttgart Werner Felber , Dresden Benigna Gerisch , Berlin Markus Jäger , Kempten Thomas Kapitany , Wien	Susanne Knappe , Dresden Ute Lewitzka , Dresden Reinhard Lindner , Kassel Thomas Niederkrotenthaler , Wien Martin Plöderl , Salzburg Barbara Schneider , Köln Hermann Spießl , Landshut	Martin Teising , Bad Hersfeld Tobias Teismann , Bochum Benedikt Till , Wien Gerd Wagner , Jena Heinz Weiss , Stuttgart Friedrich Wurst , Traunstein, Basel

Geschäftsstelle der DGS	Geschäftsstelle der ÖGS	Geschäftsstelle Ipsilon
DGS-Geschäftsstelle , c/o PD Dr. Gerd Wagner, Klinik für Psychiatrie und Psycho- therapie, Universitätsklinikum Jena Philosophenweg 3 07743 Jena E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention Lazarettgasse 14 A 1090 Wien	Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz Wieshofstrasse 102 8408 Winterthur

Manuskriptsendungen werden erbeten an die Kontaktadresse der Herausgeber:

E-Mail: herausgeber@suizidprophylaxe.de

Für Angaben über Indikation und Dosierung von Arzneimitteln übernehmen Verlag und Herausgeber keine Gewähr. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet bei geschlechtsunterschiedlichen Wortformen jeweils nur eine (in der Regel die männliche) Form in den Texten dieser Zeitschrift Verwendung, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Hinweise für Autoren finden Sie als Download auf der Homepage des Verlages (www.roderer-verlag.de).

Bezugsbedingungen: Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich. Sie kann beim Verlag oder bei einer Buchhandlung bestellt werden. Der Bezugspreis beträgt im Jahresabonnement EURO 128,- zzgl. Porto EURO 6,40. Abonnementsbeginn jederzeit. Abbestellungen zum Jahresende bis 30. September des laufenden Jahres. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention erhalten laufend ein Exemplar der „Suizidprophylaxe“ im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zugesandt.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form — durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren — reproduziert oder in eine von Maschinen, besonders Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benützte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2 UrhG) und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Untere Weidenstrasse 5, 81543 München.

Verlag: S. Roderer Verlag, Postfach 11 05 06, 93018 Regensburg; Tel. (0941) 7992270
E-Mail: info@roderer-verlag.de, www.roderer-verlag.de

Index: This Journal is listed in PSYINDEX,
Excerpta Medica ISSN 0173-458-X

www.suizidprophylaxe.de

Inhalt

Heft 197

Editorial	30	Ute Lewitzka, Uwe Sperling	50
		Vertreter der Suizidprävention setzen Zeichen	
Rauchzeichen		Tobias Kuhnert, Stephan Kupferschmid	52
Tim Krause	30	Neues Certificate of Advanced Studies (CAS)	
Klinische Betrachtungen zu Suizidalität aus der akutpsychiatrischen Versorgung einer Universitätsklinik		Suizidprävention in der Schweiz ab 2025	
Beiträge		Luna Grosselli	53
Alexander Grabenhofer-Eggerth, Beate Gruber, Michaela Pichler	32	Ankündigung der Spendenaktion „Press Continue“ zum Internationalen Tag der Suizidprävention 2024	
Suizid und Suizidprävention in Österreich – Bericht 2023		DGS-Nachrichten	
Tobias Teismann, Martin Plöderl	34	Einladung zur diesjährigen	54
Suizid-Screenings: eine Kritik		Mitgliederversammlung der DGS	
Michael Martinz	40	Einladung und Programm: 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention: Suizid in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen	54
„Ich brauche Hilfe, aber wer hört mir zu?“ – Hilfe für Angehörige von suizidalen Menschen		Buchbesprechung	
D-A-CH-Forum Suizidprävention und assistierter Suizid	45	Hellmuth Braun-Scharm über Murren Clausen:	56
Das D-A-CH-Forum „Suizidprävention und assistierter Suizid“ stellt sich vor		Leming	
D-A-CH-Forum Suizidprävention und assistierter Suizid	46	Tagungskalender	56
Zweiter Expertenworkshop und Münchner Erklärung 2024 des D-A-CH-Forums „Suizidprävention und assistierter Suizid“		Ankündigung	57
Berichte		Lasst uns reden: Fachtagung Suizidprävention im Alter „Ich will so nicht mehr weiterleben“	
Jörg Schmidt	50	Der Suizid in der Bildenden Kunst	
DGS-Frühjahrs- und Herbsttagung 2024 – Suizid im klinischen Kontext		Thomas Bronisch	58
		Charlotte Salomon	
		Leben oder Theater: Ein Singspiel	
		Der Selbstmord einer Schülerin 1940	
		Jüdisches Museum Amsterdam (Joods Museum)	

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“

Das Thema Suizidprävention ist in der Bundespolitik angekommen. Davon zeugen aktuell der nahezu einstimmige Entschluss des Deutschen Bundestages „Suizidprävention stärken“ vom 6. Juli 2023, die am 2. Mai dieses Jahres von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vorgestellte Nationale Suizidpräventionsstrategie (NaSuPS) und Information, dass im Bundesgesundheitsministerium, mit etwas Verspätung gegenüber der im Entschluss des Bundestages angegebenen Frist, an einem Suizidpräventionsgesetz gearbeitet wird. Auch wenn viele Fragen offenbleiben, wie z. B. die Aufnahme der Maßnahmen in den Haushalt, das Zusammenwirken von Bund und Ländern, der Einbezug der bestehenden oft auch lokalen Präventions- und Hilfsangebote, aber auch der Experten und Akteure, können wir uns darüber freuen, dass die jahrzehntelange meist ehrenamtliche Arbeit von DGS, NaSPro und weiteren Akteuren dazu beigetragen hat, das Thema der Suizidprävention nach vorne zu bringen.

Auf wie viel Ebenen sich Forschung und praktische Arbeit im Feld der Suizidprävention abspielen, spiegelt sich auch in der vor Ihnen liegende Ausgabe der „Suizidprophylaxe“. Das Rauchzeichen nimmt die klinische Versorgung in den Blick. In den Beiträgen werden zunächst - diesmal aus österreichischer Perspektive - statistische Daten, Aktivitäten des nationalen Suizidpräventionsprogramms SUPRA und dessen Vernetzung dargestellt. Der

Einsatz von Screeninginstrumenten zur Identifizierung suizidgefährdeter Menschen wird im darauffolgenden Beitrag kritisch beleuchtet. Stellvertretend für den weiten Bereich der Beratung und Hilfe Betroffener geht es danach um die Hilfe für Angehörige suizidaler Menschen, wie sie beispielsweise von der ARCHE in München geleistet wird. Die Ebene des multidisziplinären und länderübergreifenden Austauschs kommt schließlich in zwei Beiträgen des DACH-Forums „Suizidprävention und assistierter Suizid“ zum Ausdruck, in denen die Arbeitsweise und Leitsätze des Forums vorgestellt werden. Die Beiträge in der Rubrik Berichte repräsentieren weitere Ebenen des Feldes der Suizidprävention, angefangen bei den DGS-Tagungen, öffentlichen Aktionen und der Ankündigung eines neuen zertifizierten berufsbegleitenden Weiterbildungsprogramms zur Suizidprävention in der Schweiz.

In den Mitteilungen der DGS finden Sie das Programm der 52. DGS-Jahrestagung vom 10.-12. Oktober 2024 in Haar bei München und die Einladung zur dort stattfindenden DGS-Mitgliederversammlung. Und wie gewohnt finden Sie Beiträge in den Rubriken Buchbesprechung, Tagungskalender und Der Suizid in der bildenden Kunst.

Für die Herausgeber
Uwe Sperling

Rauchzeichen aus dem DGS-Vorstand

Klinische Betrachtungen zu Suizidalität aus der akutpsychiatrischen Versorgung einer Universitätsklinik

Tim Krause

Ich möchte die Möglichkeit des aktuellen Rauchzeichens nutzen, um von Eindrücken zu Suizidalität aus der Akutpsy-

chiarie eines Maximalversorgers mit regionalem Versorgungsauftrag zu berichten. In der Rückschau vergangener Rauchzeichen ergeben sich Parallelen zu Elmar Etzersdorfers Überlegungen an dieser Stelle des Hefts 2 aus dem Jahr 2016.

In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akuter Suizidalität und kurzfristig bis unmittelbar zurückliegendem Suizidversuch ergibt sich ein äußerst breites Spektrum an Erkrankungen und Störungsbildern. Diese sind mitunter gut bekannt, treten mitunter jedoch auch im Rahmen von neuen, herausfordernden klinischen Konstellationen auf. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird mit den folgenden Absätzen in keiner Weise erhoben, es soll vielmehr schlaglichtartig auf ausgewählte klinische Konstellationen hingewiesen werden.

Gut bekannt und erwartbar ist das Auftreten von Suizidalität in Zusammenhang mit affektiven Störungen, insbesondere Depressionen und Belastungsstörungen. Auf das Hinzutreten von verkomplizierenden psychotischen Symptomen bei schweren depressiven Episoden hat Elmar Etzersdorfer 2016 hingewiesen. Im Rahmen schwerer depressiver Syndrome können zum Beispiel wahnhaft übersteigerte Schuldgedanken, Verarmungsgedanken oder Insuffizienzerleben auch bei formaler Distanzierung von Suizidalität im Querschnitt (in der aktuellen Untersuchung) den Behandler zu besonderer Sorgfalt weisen.

Von großer Bedeutung bei älteren Personen mit Suizidalität ist das weite Feld der (hirn-)organischen psychischen Störungen. Hierbei können sich zunehmende Störungen der Impulskontrolle, Affektstabilität und Affektinkontinenz entwickeln. Dies kann wiederum in plötzlich auftretenden, für Angehörige oftmals wenig vorhersehbaren suizidalen Handlungen resultieren. Beachtlich kann hierbei auch die in der Nachexploration häufig deutlich werdende auffällige Diskrepanz von für das Individuum bestehendem Auslöser für den Suizidversuch (z. B. eher moderat ausgeprägte Schmerzen, primär gut behandelbare körperliche Beschwerden, kurzfristige Konfliktsituationen) und der Schwere der suizidalen Handlung sein. Zu Grunde liegend können hier beispielsweise vaskuläre (gefäßbedingte) hirnorganische Veränderungen und beginnende, primär nicht mit relevanten Gedächtnisdefiziten einhergehende neuropsychiatrisch-dementielle Veränderungen sein.

Mitunter noch weniger vorhersehbar erscheinen eigengefährdende, teils als suizidal (miss-) interpretierte Handlungen im Rahmen akuter Verwirrheitszustände, des akut aufgetretenen Delirs. Dies ist im Kontext von oftmals mehreren Grunderkrankungen und mitbedingenden Faktoren zu sehen („multifaktorielle Genese“). Somit ist zur kausalen Therapie des Delirs auch die Behandlung der zu Grunde liegenden Faktoren (Infektionen / Entzündungskonstellationen, Dehydrierung, Elektrolytverschiebung, Polypharmazie, etc.) von zentraler grundlegender Bedeutung.

Bei vielen älteren Menschen wird auch eine Motivation zum Suizidversuch durch Einschränkungen von Sinneswahrnehmungen, insbesondere bei zunehmendem Verlust des Seh- oder Hörvermögens oder auch progredient verlaufender erheblicher körperlicher Beschwerden mit zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit beschrieben. Hier wird die Be-

deutung der interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung, idealerweise auch mit Einbeziehung Angehöriger und (Seel-)Sorgender besonders deutlich.

Ein erheblicher Anteil der Patientinnen und Patienten einer psychiatrischen Akutstation ist von einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis betroffen. Suizidalität kann hierbei in unterschiedlichen Konstellationen auftreten. Eine sehr typische Situation ist im Rahmen der aktuellen Psychopathologie mit produktiv-psychotischen Symptomen. Dabei kann Suizidalität beispielsweise durch ausgeprägte Bedrohungsgedanken oder das Wahrnehmen von akustischen Halluzinationen mit dem Hören von negativen, imperativen Stimmen bedingt sein.

Von großer Bedeutung sind auch die Zusammenhänge von Suizidalität und Suchterkrankungen. In der Versorgung ist insbesondere auf Alkoholabhängigkeit und depressive Syndrome hinzuweisen. In zunehmendem Maß sind auch substanzinduzierte psychotische Störungen, durch Cannabis, Amphetamine („Speed“), Methamphetamin („Crystal meth“) mit erheblichen psychosozialen Folgen von hoher gesamtgesellschaftlicher Relevanz.

Eine große Herausforderung stellen auch Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, ausgeprägter Sprachbarriere und akuter Suizidalität dar. Durchaus in breiterer Öffentlichkeit diskutiert ist dies im Rahmen von Depressionen, Angststörungen und Traumafolgestörungen im Kontext erheblicher vorausgehender Belastungen. Dagegen bisher gesellschaftlich unzureichend diskutiert und wissenschaftlich analysiert ist das Auftreten von schweren Psychosen mit erheblichen Konsequenzen für das Individuum bei jungen Menschen mit Migrationserfahrung. Die oftmals erhebliche Sprachbarriere und interkulturelle Aspekte stellen Behandler vor große Herausforderungen. Ad hoc verfügbare professionelle Videodolmetscherprogramme sind hier von großem Nutzen und tragen zu notwendigem Erkenntnisgewinn bei.

Abschließend möchte ich auf die Problematik von Komorbiditäten, das zeitgleiche Auftreten von mehreren Störungsbildern und Erkrankungen bei einem Individuum, hinweisen. Diese Konstellationen sind oftmals erheblich verkomplizierend. Beispielhaft könnte hier die Kombination von florider psychotischer Symptomatik, schweren Substanzkonsumstörungen legaler und illegaler Suchtmittel und prämorbid Persönlichkeitsstörung oder Intelligenzminderung erwähnt werden.

Diesen vielfältigen Herausforderungen gilt es gerecht zu werden - insbesondere auch mit angemessenen personellen Ressourcen sowie für den individuellen Behandler mit notwendiger Sorgfalt, Geduld und kontinuierlicher Empathie.

Dr. Tim J. Krause ist seit 2018 Vorstandsmitglied der DGS

Beiträge

Suizid und Suizidprävention in Österreich – Bericht 2023

Alexander Grabenhofer-Eggerth,
Beate Gruber, Michaela Pichler

Zusammenfassung

Der Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich 2023“ bietet neben aktuellen Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich auch Informationen zum nationalen Suizidpräventionsprogramm SUPRA: Sowohl die Aktivitäten der SUPRA-Koordinationsstelle als auch die Aktivitäten der SUPRA-Netzwerke in den Bundesländern im Jahr 2022 werden im Bericht dargestellt.

Schlüsselwörter: Suizid, Suizidprävention, nationales Suizidpräventionsprogramm, Suiziddaten

Suicide and suicide prevention in Austria – Report 2023

Abstract

The report “Suicide and Suicide Prevention in Austria 2023” provides current data and facts on suicides in Austria as well as information on the national suicide prevention program SUPRA: both the activities of the SUPRA coordination office and the activities of the SUPRA networks in the federal states in 2022 are presented in the report.

Keywords: Suicide, suicide prevention, national suicide prevention program, suicide data

Daten zu Suiziden in Österreich

Im Jahr 2022 starben in Österreich 1.276 Personen durch Suizid, mehr als dreimal so viele wie im Straßenverkehr. Dies entspricht einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 14,0 pro 100.000 Einwohner:innen. Seit den 1980er-Jahren war ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, der sich im Zuge der weltweiten Wirtschaftskrise zwischen 2008 und 2014 stark verlangsamte. Im Jahr 2022 kam es zu einem temporären Anstieg von 16 Prozent im Vergleich zum Vorjahr, insgesamt beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 jedoch noch immer rund 40 Prozent. Mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer.

Die anteilmäßig meisten Suizide werden im mittleren Lebensalter verzeichnet (Altersgruppe 45–64 Jahre: rd. 35 % der Suizide). Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt jedoch mit dem Alter an: Betrachtet man die relative Häufigkeit, zeigen sich in den höchsten Altersgruppen die höchsten Suizidraten. Wien und Vorarlberg waren in den letzten fünf Jahren die Bundesländer mit den niedrigsten, Kärnten und die Steiermark jene mit den höchsten Suizidraten. Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist das Sich-Erhängen (42 %), danach folgen der Gebrauch von Schusswaffen (18 %), das Sich-Vergiften (13 %), der Sturz in die Tiefe (11 %) sowie das Sich-vor-ein-bewegtes-Objekt-Werfen oder -Legen (6 %). Sich-Ertränken betraf rund drei Prozent aller Suizide.

Mit dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) vom 11. Dezember 2020 wurde die Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid für verfassungswidrig erklärt. Seit 1. Januar 2022 gilt das Sterbeverfügungsgesetz, welches die rechtlichen Voraussetzungen für einen assistierten Suizid regelt. In der Todesursachenstatistik sind assistierte Suizide in den Suizidzahlen enthalten und mit dem Zusatzcode U060 „Assistierter Suizid/Sterbehilfe“ versehen. Im Jahr 2022 wurde dieser Zusatzcode bei 54 Suiziden vergeben, 33-mal bei Frauen und 21-mal bei Männern. Als Todesursache wurde dabei jeweils eine Selbstvergiftungsdiagnose vergeben. Die Altersspanne reichte von 40 bis 85+ Jahren, wobei 87 Prozent der Personen, welche 2022 durch assistierten Suizid verstarben, älter als 55 Jahre waren.

Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden. Internationale Studien gehen davon aus, dass Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das Zehn- bis Dreißigfache übersteigen (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kolves et al. 2013; Spittal et al. 2012), wobei Frauen häufiger Suizidversuche unternehmen als Männer. Um zu einer groben Einschätzung zu gelangen, werden in Rahmen des Projekts „Surveillance Psychosoziale Gesundheit“ verschiedene Datenquellen gemeinsam betrachtet.

Aktivitäten der SUPRA-Koordinationsstelle 2022

Das österreichische Suizidpräventionsprogramm SUPRA wurde 2012 aus der Taufe gehoben (Sonneck et al. 2012). Im selben Jahr wurde auch die Koordinationsstelle für Suizidprävention an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtet. Nachfolgende Zusammenfassung bietet einen Überblick über

die verschiedenen Initiativen und Arbeitsgruppen, die durch die SUPRA-Koordinationsstelle im Jahr 2022 umgesetzt beziehungsweise begleitet wurden.

Arbeitsgruppe Postvention:

Um herauszufinden, was Hinterbliebene in Österreich konkret brauchen, wurde eine Einladung an Selbsthilfegruppen-Leiter:innen formuliert und ausgesandt. Die Sicht- und Erlebensweisen von Betroffenen sollen integriert werden, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse von Hinterbliebenen in der SUPRA-Postvention adäquat berücksichtigt werden. Nur so können entsprechende Unterstützungsangebote den größtmöglichen Nutzen für Hinterbliebene bieten. Die Prozessbeteiligung resultierte in der Integration von Leiterinnen und Leitern sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Selbsthilfegruppen in die Arbeitsgruppe über mehrere Arbeitsgruppentreffen hinweg. Dabei zeigten sich die Bedürfnisse und auch zukünftige Unterstützungsmöglichkeiten. Um auf diese einzugehen und sie in Zukunft besser abzudecken, entstand die Idee einer Kompetenz- und Koordinationsstelle für Postvention nach dem Vorbild der deutschen Organisation AGUS e.V. – Angehörige um Suizid. Ein entsprechendes Konzept wurde unter Federführung der Expertin Regina Seibl erarbeitet.

Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung von SUPRA

Im Zuge der Joint Action ImpleMENTAL arbeitet die SUPRA-Koordinationsstelle an einer Weiterentwicklung des SUPRA-Umsetzungskonzepts (BMASGK 2019). In der eigens dafür eingerichteten Arbeitsgruppe aus SUPRA-Expertinnen und -Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Koordinationsstelle wurde das Konzept auf Basis einer SWOT-Analyse (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats-Analyse) überarbeitet und die Maßnahmen hinsichtlich Aktualität, Lücken und Änderungsbedarf diskutiert. Ziel ist eine Aktualisierung des Maßnahmenpakets sowie die Auswahl von Schwerpunkten bis zum Ende der Joint Action 2024.

Papageno-Medienpreis

Im Herbst 2022 wurde der zur Förderung suizidpräventiver Berichterstattung ins Leben gerufene Papageno-Medienpreis zum vierten Mal vergeben. Dabei wurde der Modus der Preisverleihung im Vergleich zu den Vorjahren verändert. Erstmals gab die Jury, bestehend aus Medienvertreterinnen und -vertretern sowie Suizidpräventionsexpertinnen und -experten, im Vorfeld der Verleihung eine Shortlist der vier preiswürdigsten Einreichungen bekannt. Am 8. September 2022 verlieh Bundesminister Johannes Rauch Eva Liebentritt in feierlichem Rahmen den Papageno-Medienpreis für ihren Fernsehbeitrag „Wenn alles zu viel wird: Suizidgedanken bei Jugendlichen“.

Arbeitsgruppe Gatekeeper:innen

Die Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, in Österreich so viele Gatekeeper:innen wie möglich auszubilden. Die Ausbildung soll durch zertifizierte Gatekeeper-Trainer:innen erfolgen, die zuvor eine einschlägige Schulung absolviert haben. Das Schulungskonzept wurde von einer Arbeitsgruppe der

Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) in Kooperation mit SUPRA (Suizidprävention Austria) unter der Leitung von Dr. Thomas Kapitany und Dr. Claudius Stein entwickelt. Die Arbeitsgruppe kümmerte sich 2022 (wie in den Jahren davor) um die Umsetzung, Finanzierung und Ausweitung der Gatekeeper-Schulung.

Projekt Nationale Krisenhotline

Eine technische Lösung für eine bundesweit einheitliche Kriseninterventionsnummer, die automatisch an die im Bundesland der anrufenden Person diensthabende Einrichtung/Nummer weiterleitet, war schon länger Thema. Sie wurde v. a. von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten im Zuge der Implementierung von www.suizid-praevention.gv.at gefordert, um Menschen in suizidaler Einengung die Suche nach der momentan diensthabenden und für den eigenen Bezirk gerade zuständigen Telefonnummer zu erleichtern. Unter Beiziehung eines technischen Konsulenten wurde von der SUPRA-Koordinationsstelle an der GÖG ein Rohkonzept entwickelt, welches beschreibt, wie alle für die Hilfesuchenden im Feld bereits tätigen Hotlines sinnvoll eingebunden werden können und wie eine technische Lösung aussehen könnte bzw. welche Fragen noch zu lösen sind.

Bundesländervernetzung

In einigen Bundesländern haben sich regionale SUPRA-Netzwerke entwickelt, die die Umsetzung der Maßnahmen vor Ort vorantreiben. Seit 2022 kommt es zu regelmäßigen Austauschtreffen zwischen den Netzwerken. Aktuell nehmen an den halbjährlichen Treffen Expertinnen und Experten aus der Steiermark, Kärnten, Oberösterreich, Vorarlberg und Salzburg teil. Ziel der Vernetzung ist ein sehr praxisbezogener Austausch und die gegenseitige Unterstützung. Bei den Treffen werden Umsetzungsfragen und Problemlösungen besprochen sowie Good-Practice-Beispiele geteilt.

SUPRA-Netzwerke in den Bundesländern: Aktivitäten 2022

Exemplarisch sollen hier einige Aktivitäten der SUPRA-Netzwerke in den Bundesländern im Jahr 2022 berichtet werden.

Am 1. April 2022 fand in Oberösterreich unter dem Titel „Leben wollen“ eine Fachtagung zum Thema Suizidprävention statt. Damit konnte ein Beitrag zur Bewusstseinsbildung und Wissensvermittlung (vierte Säule) geleistet werden. Der erste Vortrag fokussierte die Einschätzung der Suizidgefährdung und den Beziehungsaufbau im direkten Gespräch mit Menschen, die suizidgefährdet sind. Der zweite Vortrag befasste sich mit dem 2022 neu in Kraft getretenen Gesetz zum assistierten Suizid. Ergänzend zu den Vorträgen fanden Workshops zu unterschiedlichen Schwerpunkten statt: Umgang mit chronischer Suizidalität, Notizen an Tobias – ein Vater beschrieb seine Erfahrungen als Hinterbliebener nach dem Tod seines Sohnes, Schuldempfinden bei den Hinterbliebenen, Phänomen Jugendsuizidalität, Suizidalität in der Mailberatung, Risikogruppen und Suizidalität in der Telefonberatung.

In Vorarlberg wurde im September 2022 eine groß angelegte Suizidpräventionskampagne gestartet und mit einem breiten Maßnahmenmix durchgeführt. Die Suizidpräventionskampagne zielt darauf ab, die breite Öffentlichkeit in Vorarlberg für das Tabuthema Suizid zu sensibilisieren und bestehende Tabus und Mythen auszuräumen. Wesentliches Ziel der Kampagne und der darauf abgestimmten Begleitmaßnahmen ist, dass Menschen im Umfeld von Kindern und Jugendlichen die meist vorhandenen Signale ernst nehmen und diese ansprechen, zuhören und bei Bedarf Hilfe holen.

Seit dem Jahr 2022 kann im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojekts „Lebenswert“ in Salzburger Mittelschulen und AHS ein schulisches Suizidpräventionsprogramm angeboten werden. Es ist für die Dauer von drei Jahren konzipiert und wird vom Land Salzburg und dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) finanziert und von AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH organisiert und umgesetzt. Das Projekt wird von einer Steuerungsgruppe begleitet und vom Interdisziplinären Forschungszentrum für Technik, Arbeit und Kultur (IFZ) evaluiert.

In der Steiermark wurde das psychiatrische Krisentelefon „PsyNot“ in Betrieb genommen. PsyNot, erreichbar unter der Nummer 0800 / 44 99 33, ist eine kostenfreie 24-Stunden-Notfallhotline als erste Anlauf- und Ansprechstelle für Steirer:innen bei akuten Krisen. Ein geschultes Expertenteam berät rund um die Uhr bei Suizidgedanken, Konfliktsituationen oder Überforderungsgefühlen.

In Kärnten wurden einige Sicherheitsvorkehrungen getroffen, welche durch eine intensive kooperative Zusammenarbeit mit den ÖBB, der ASFINAG, dem Straßenbauamt, den örtlichen Polizeibehörden sowie dem Kriseninterventionsteam ermöglicht wurden.

Literatur

- BMASGK (2019) SUPRA - Suizidprävention Austria. Startpaket Suizidprävention und längerfristiges Umsetzungskonzept. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
- De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K (2009) Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. *Crisis* 30(3):115-119
- Muheim F, Eichhorn M, Berger P, Czernin S, Stoppe G, Keck M, Riecher-Rössler A (2013) Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly* May 28;143:w13759. doi: 10.4414/smw.2013.13759. eCollection 2013
- Kolves K, Kolves KE, De Leo D (2013) Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *Journal of Affective Disorders* 146/1:1-14
- Sonneck G, Hirnsperger H, Mundschtz R (2012) Suizid und Suizidprävention 1938–1945 in Wien. *Neuropsychiatrie* 26(3):111-120
- Spittal MJ, Pirkis J, Miller M, Studdert DM (2012) Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia. *PLoS One* 7(9):e44565

Eingegangen: 02.04.2024

Angenommen: 02.04.2024

Korrespondenzadresse

Mag.a Michaela Pichler, BA
Psychosoziale Gesundheit
Gesundheit Österreich GmbH
michaela.pichler@goeg.at
www.goeg.at

Ein Suizid-Screenings: eine Kritik

Tobias Teismann¹ & Martin Plöderl²

Zusammenfassung

Suizidscreenings werden in verschiedenen institutionellen Settings genutzt, um suizidgefährdete Menschen zu identifizieren und einer weitergehenden Abklärung und Behand-

lung zu zuführen. Suizidscreenings schaffen eine gewisse Sicherheit in der Ansprache von potentiell suizidgefährdeten Menschen, in der Kommunikation über potentiell suizidgefährdete Menschen und im weiteren Umgang mit den betroffenen Personen. Gleichzeitig gibt es nur unzureichende Evidenz dafür, dass gängige Suizidscreenings eine präzise Identifikation von suizidgefährdeten Menschen erlauben und Suizidversuche oder Suizide verhindern. Es besteht daher die Gefahr, dass Suizidscreenings eine Scheinsicherheit für Behandler und Institutionen schaffen ohne einen Mehrwert für Betroffene zu bieten.

Schlüsselwörter: Suizidscreening, Risikoabschätzung, Prädiktion

1 Forschungs- und Behandlungszentrum für Psychische Gesundheit (FBZ), Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

2 Zentrum für stationäre Psychotherapie und Krisenintervention, Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Österreich

Suicide-screening: a critique

Abstract

Suicide screenings are used in various institutional settings to identify people at risk of suicide and refer them for further assessment and treatment. Suicide screenings create a certain degree of assurance when approaching potentially suicidal individuals, when communicating about potentially suicidal individuals and regarding further treatment of those affected. At the same time, there is insufficient empirical evidence that common suicide screenings allow a precise identification of individuals at risk of suicide and contribute to suicide prevention. There is therefore a risk that suicide screenings create a false sense of security for practitioners and institutions without offering any added value for those affected.

Keywords: suicide-screening, risk assessment, prediction

1. Einleitung

In institutionellen Settings – wie Psychatrien, Justizvollzugsanstalten oder Schulen – werden vielfach Screeningfragebögen oder Checklisten genutzt, um suizidgefährdete Individuen zu identifizieren und einem umfassenderen Risikoassessment zu zuführen. In diesem Sinne beschreibt beispielsweise Kozel (2015) ein Vorgehen bei dem alle Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme ins stationäre psychiatrische Setting mit Hilfe einer Risikocheckliste (Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale, NGASR-Skala; Kozel et al. 2016) gescreent werden und nur bei einem positiven Screeningbefund eine vertiefte Einschätzung der Suizidgefährdung (Fokusassessment) erfolgt. Bei der NGASR-Skala wird – wie auch bei anderen Risikochecklisten (z.B. SAD-PERSONS Skala [Patterson et al., 1983] oder SIRAS-Skala [Dezsö et al., 2018]) – auf Basis der Anzahl und Art vorliegender Risikofaktoren eine Kategorisierung in geringes, mäßiges, hohes oder sehr hohes Risiko für suizidale Handlungen vorgenommen. Die entsprechende Risikokategorisierung entscheidet dann wiederum über die zu veranlassenden therapeutischen Maßnahmen (Chu et al., 2015). Auf analoge Weise werden auch in deutschen Justizvollzugsanstalten Screenings genutzt, um gefährdete Individuen zu identifizieren und Maßnahmen zum Schutz der betroffenen Person zu initialisieren (Opitz-Welke & Konrad 2022). Die Nutzung von Suizidscreenings wird von verschiedenen Organisationen (u.a. Goldstein Grumet & Boudreaux, 2023; Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 2023; Konrad et al., 2007) für den Einsatz in psychiatrischen und medizinischen Einrichtungen sowie den Justizvollzug empfohlen (Hughes et al., 2023) oder ist sogar gesetzlich vorgeschrieben³.

Institutionell etablierte Suizidscreeningsysteme schaffen eine gewisse Sicherheit in der Ansprache von potentiell suizidge-

fährdeten Menschen, in der Kommunikation über potentiell suizidgefährdete Menschen und im weiteren Umgang mit den betroffenen Personen. Darüber hinaus versprechen sie in ressourcen- und zeitlimitierten Settings eine bestmögliche Nutzung ebendieser Ressourcen. In verschiedenen Untersuchungen konnte schließlich gezeigt werden, dass sich Screeningprozeduren gut in den klinischen Alltag integrieren lassen (z.B. Ballard et al., 2017; Roaten et al., 2018) und von Beschäftigten positiv bewertet werden (Christensen et al., 2022). Unabhängig von der Nutzerzufriedenheit bleibt die alles entscheidende Frage jedoch, ob Suizidscreenings tatsächlich dabei helfen besonders gefährdete Menschen zu identifizieren und Suizidversuche und Suizide zu verhindern. Das ist u.E. nicht der Fall (u.a. Harris et al., 2019; Katz et al., 2017; Quinlivan et al., 2017; Runeson et al., 2017; Steeg et al., 2018). In dem vorliegenden Artikel möchten wir die entsprechende Befundlage skizzieren. Es handelt sich bei der Darstellung um eine Meinungsbekundung und nicht um ein narratives Review. Zwar basiert unsere Meinung auf empirische Evidenz und wir vermuten, dass auch eine systematische Literaturrecherche zu ähnlichen Schlüssen kommen würde, aber diese Vermutung bedarf natürlich einer Überprüfung. Wir würden uns freuen, durch die Darstellung unserer Position eine weitergehende Diskussion anzuregen.

2. Empirische Befundlage

Ein zentrales Qualitätsmerkmal von Suizidscreening-Instrumenten ist die Identifikation von Personen, die tatsächlich gefährdet sind. In einer britischen Studie zeigte sich jedoch, dass 67% derjenigen, die sich in einem sechs Monate währenden Untersuchungszeitraum suizidierten, keine auffälligen Werte in der SAD-PERSONS Skala aufwiesen; bei Nutzung einer modifizierten Version der SAD-PERSONS Skala lag der Anteil sogar bei 88% (Steeg et al., 2018). Von einer Nutzung der SAD-PERSONS Skala wird von englischen Forschern daher explizit abgeraten (Saunders et al., 2014). In Bezug auf die Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; Posner et al., 2011), einem Instrument, welches international große Verbreitung gefunden hat (<https://cssrs.columbia.edu>), konnte in einer Untersuchung an 92,643 Erwachsenen gezeigt werden, dass 73% der Personen, die durch einen Suizid starben, einen negativen Screeningbefund hatten (Simpson et al., 2021). Das Sensitivitätsproblem zeigte sich auch im Rahmen einer Überblicksarbeit zur Suizidrisikoeinschätzung bei psychiatrischen Patienten, nach der fast die Hälfte der Patienten, die sich suizidierten, als „niedrig-Risikopatienten“ eingeschätzt wurden (Large, Myles, et al., 2017).

Ein zweites Qualitätsmerkmal von Suizidscreening-Instrumenten ist, dass die „herausgefilterten“ Personen tatsächlich ein hohes Suizidrisiko aufweisen. Einerseits ist dies wichtig, um die zusätzlichen weiterführenden Maßnahmen ökonomisch einzusetzen. Andererseits sollen nicht-gefährdete aber dennoch positiv gescreente Personen nicht unnötig den Kosten oder Risiken einer intensiveren Behandlung ausgesetzt werden. Ein Screeninginstrument ist dann perfekt spezifisch, wenn alle tatsächlich nicht-gefährdeten Personen ein negatives Ergebnis im Screening haben und nicht irrtümlich als „Fehlalarme“ in

³ <https://www.losangelesblade.com/2022/07/19/newsom-signs-legislation-requiring-suicide-screening-at-hospitals/>

der Gruppe der positiv Gescreenten landen. Die Spezifität von Screening-Instrumenten scheint jedoch unzureichend zu sein: So kamen Carter et al. (2017) in einer Metaanalyse über verschiedene Messverfahren und Settings zu dem Ergebnis, dass 94.5% der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Studienverlauf nicht durch einen Suizid starben (vgl. Large et al., 2016). In der schon erwähnten Studie zur C-SSRS starben mehr als 99% der Personen mit einem positiven Screeningbefund im folgenden Jahr nicht durch einen Suizid (Simpson et al., 2021). Für diverse Screeninginstrumente fehlen Studien zur Genauigkeit der Vorhersage, wie etwa bezüglich der oben erwähnten NGSAR-Risikoskala (Kozel et al., 2016) oder der für den Gefangenenkontext entwickelten SIRAS-Skala (Dezsö et al., 2018). Es gibt jedoch keinen Grund anzunehmen, dass diese Instrumente eine präzisere Identifikation von gefährdeten Individuen erlauben würden als bislang untersuchte Instrumente (Collins et al., 2024; Riley et al., 2024).

Neben den Gütekriterien für die korrekte Identifikation von suizidgefährdeten Menschen sollte der Einsatz von Suizid-screeninginstrumenten schlussendlich auch eine suizidpräventive Wirkung haben. Bislang fehlt es jedoch an entsprechenden Nachweisen. Mit Blick auf Suizidprävention im Jugendalter wurden beispielsweise im Rahmen der so genannten SEYLE-Studie (Wassermann et al., 2015), einer europaweiten Studie an 11.110 Jugendlichen im Altersbereich von 14 bis 18 Jahren, verschiedene schulbasierten Interventionen zur Reduktion von Suizidversuchen miteinander verglichen. In einem der Interventionsarme erhielten sämtliche Schüler ein Suizidscreening und wurden bei positivem Befund angesprochen und an klinische Institutionen überwiesen. Es zeigte sich, dass dieses Screening keinerlei Effekt auf die Reduktion der Suizidversuchsrate in den folgenden 12 Monaten hatte. Die einzige Intervention, die sich in diesem Rahmen als effektiv erwiesen hat, war ein dreistündiger Awareness-Kurs in dem Schüler Skills im Umgang mit Belastungen erlernen konnten. Der Befund verweist darauf, dass Ansätze der universellen oder selektiven Prävention gegenüber dem Versuch, Personen für indizierte Präventionsmaßnahmen zu identifizieren, überlegen sein könnten.

In der so genannten ED-SAFE Studie (Miller et al. 2017) wurde in Notfallabteilungen von Krankenhäusern stufenweise zunächst ein Screening eingeführt und dann ein ergänzendes spezialisiertes Vorgehen bei Suizidalität (Notfallpläne, Angehörige einbeziehen, Follow-Up Kontakte). Die Einführung von Screenings alleine zeigte keinen suizidpräventiven Effekt; erst die Kombination von Screening und spezialisiertem Vorgehen ging mit einer 20%-Reduktion von Suizidversuchen einher. Entscheidend scheint somit zu sein, welche Maßnahmen in Folge eines Screenings ergriffen werden.

Zusammengenommen scheinen gängige Screeninginstrumente weder besonders gefährdete Individuen noch besonders wenig gefährdete Individuen zu identifizieren (Mullinax et al., 2018) und darüber hinaus scheint von ihnen nicht per se eine suizidpräventive Wirkung auszugehen.

3. Diskussion

Es gibt verschiedene Gründe für die unbefriedigende Leistung von Suizidscreenings. Die statistische Seltenheit von suizidalem Verhalten und die Komplexität des suizidalen Prozesses sind wohl die zwei wichtigsten Erklärungen für die unzureichende Identifikations- und Prädiktionsleistung von Suizid-Screenings. Suizidales Verhalten hat selbst in Risikopopulationen eine niedrige Prävalenz (Bryan, 2021), was zu folgendem Problem führt: „Wenn wir ein nahezu perfektes Suizid-Screeninginstrument entwickeln würden, das eine Sensitivität von 99% (d. h. 99 von 100 Suizidanten werden korrekt identifiziert) und eine Spezifität von 99% (d. h. 99 von 100 Nicht-Suizidanten werden korrekt identifiziert) aufweist, und es dann in einer Gruppe von Menschen mit einer Suizidrate von 20.000 pro 100.000 einsetzen würden, dann läge sein positiver prädiktiver Wert bei 96%: ein positives Screening wäre fast immer richtig. Würde man jedoch dieselbe, nahezu perfekte Skala zum Screening aller Menschen in den Vereinigten Staaten – die eine viel niedrigere Prävalenzrate von 13 pro 100.000 haben – verwenden, dann läge der positive prädiktive Wert bei 1.3%: ein positives Screening wäre fast immer falsch“ (Bryan, 2021, S. 68, Übersetzung durch die Autoren). Suizide lassen sich somit einfach deshalb nicht präzise vorhersagen, weil sie selten sind (Meehl, 1954; Pokorny, 1983; Rosen et al., 1954).

Zudem lässt sich suizidales Verhalten – zumindest längerfristig – nicht zufriedenstellend vorhersagen, weil der zugrundeliegende suizidale Prozess komplex ist (Fartacek et al., 2016; Schiepek et al., 2011). Damit ist gemeint, dass es ein dynamisches (über die Zeit hinweg passierendes) Wechselspiel zwischen einer Vielzahl von Risiko- und Schutzfaktoren gibt. Es ist typisch für komplexe Systeme, dass selbst bei exakt gleichen Ausgangsbedingungen die längerfristige Entwicklung völlig unterschiedlich verlaufen kann. (Daher verlieren auch Wetter-Prognosen mit jedem vorhergesagten Tag stark an Genauigkeit.) Diese für komplexe Systeme naturgemäße Unvorhersehbarkeit bleibt auch dann, wenn das System vollständig deterministisch ist, d.h. wenn man die Risiko- und Schutzfaktoren genau kennt und das Wechselspiel zwischen den Faktoren mathematisch präzise modellieren kann (man spricht dann von deterministischem Chaos; Plödel & Fartacek, 2018). Daher überrascht es wenig, dass auch aktuelle Studien zu modernen Ansätzen der Suizidprädiktion wie etwa der Nutzung künstlicher Intelligenz derzeit (noch) keinen nennenswerten und praktisch nutzbaren Mehrwert mit sich bringen (Corke et al. 2021; Kirtley et al., 2022; McHugh & Large, 2020).

Schlussendlich wird die Suizidrisikoabschätzung noch durch weitere Faktoren erschwert:

- Etwa 50 bis 60% der Betroffenen legen suizidales Erleben und Verhalten anderen gegenüber nicht offen (Hallford et al., 2023) und können daher nicht als gefährdet identifiziert werden.
- Suizidales Erleben ist geprägt durch ambivalentes Erleben (Teismann et al., 2024) und unterliegt erheblichen Intensitätsschwankungen (Hallensleben et al., 2019), mit potentiell

schnellen Übergängen von einer Entscheidung zum Suizid hin zu suizidalen Handlungen (Paashaus et al., 2021). Ein zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgenommenes Suizid-screening hat damit vielfach nur eine sehr umgrenzte zeitliche Gültigkeit.

- Suizidales Verhalten stellt nicht den Endpunkt einer unifornen Entwicklung dar: In diesem Sinne berichten 11-17% der Befragten, dass weder Suizidgedanken noch ein Suizidplan ihrem Suizidversuch vorangegangen sind (Bryan et al., 2023; Wastler et al., 2021).

Sämtliche der genannten Punkte begründen, warum Suizid-screenings weder eine sichere Identifikation von Personen mit einem besonders hohen Suizidrisiko noch von Personen mit einem besonders niedrigen Suizidrisiko erlauben. Vor diesem Hintergrund spricht die englischen NICE-Guideline (2022, p. 19; Übersetzung durch die Autoren) zur Behandlung von Menschen mit Selbstverletzungen folgende Warnungen aus:

- Verwenden Sie Risikobeurteilungsinstrumente und -skalen nicht zur Vorhersage von Suiziden oder erneuten Selbstverletzungen.
- Verwenden Sie keine Risikobeurteilungsinstrumente und -skalen um zu entscheiden, wem eine Behandlung angeboten werden sollte und wem nicht oder wer entlassen werden sollte.
- Verwenden Sie keine globale Risikostratifizierung in niedriges, mittleres oder hohes Risiko, um zukünftige Suizide oder erneute Selbstverletzungen vorherzusagen.
- Verwenden Sie keine globale Risikostratifizierung in niedriges, mittleres oder hohes Risiko, um zu bestimmen, wem eine Behandlung angeboten werden sollte oder wer entlassen werden sollte

Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass Screenings in Psychiatrien, Justizvollzugsanstalten, Schulen, Notaufnahmen und anderen institutionellen Settings eine Scheinsicherheit erzeugen, also Behandler und Institutionen ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle vermitteln, ohne eine größere Sicherheit für Betroffene zu bedingen. Es besteht darüber hinaus die Gefahr, dass die vermeintlich präzise Erfassung des Suizidrisikos für Behandler genauso wie für Außenstehende (Angehörige, Juristen) den Eindruck erzeugt, dass eine präzise Risikoabschätzung möglich sei, sich Suizide daher immer verhindern ließen und ein stattgefunden Suizid – im Umkehrschluss – auf einen Behandlungsfehler verweist.

Es muss davon ausgegangen werden, dass alle Menschen in psychiatrischen Kontexten oder in Justizvollzugsanstalten einer Risikopopulation angehören, sodass Maßnahmen der selektiven Prävention – oder wie im Schulkontext der universellen Prävention (Wassermann et al., 2015) – effektiver sein könnten als Maßnahmen der indizierten Prävention. Selektive Suizidprävention in Risikopopulationen bedeutet, dass alle Personen (wiederholt) ein Gesprächsangebot zu suizidalem Erleben und Verhalten erhalten, alle Personen psychoedukative Informationen zu suizidalem Erleben und zum Umgang hiermit bekommen,

allen Personen psychosoziale/psychotherapeutische/psychiatrische Unterstützungsangebote gemacht werden. Es bedeutet auch, dass die Ansprache von potentiell suizidalen Menschen auf eine Weise erfolgt, die es Betroffenen leichter macht, suizidales Erleben und Verhalten zu offenbaren (Hallford et al., 2023).

Vor dem Hintergrund, dass in Psychiatrien und Justizvollzugsanstalten die ersten Tage nach Aufnahme und nach Entlassung besonders kritische Zeitkorridore sind (Chung et al., 2017, 2019; ten Hövel et al., 2020), bedarf es insbesondere in dieser Zeit einer erhöhten und erleichterten Ansprechbarkeit von Behandelern. Unabhängig vom Risiko sollten die individuellen Not- und Bedürfnislagen und deren Kontext eruiert, daraus eine maßgeschneiderte Behandlung abgeleitet und so das Suizidrisiko verringert werden (Carter et al., 2017; Large, Galletly, et al., 2017). Wenn modifizierbare Suizidrisikofaktoren wie psychische Störungen erkennbar werden, sollten leitliniengerechte Angebote zur Behandlung der entsprechenden Störungen gemacht werden. Bei Suizidgedanken oder nach Suizidversuchen sollten suizid-spezifische Therapieangebote gemacht werden (Carter et al., 2017). Die Unvorhersagbarkeit von suizidalem Verhalten bringt es schließlich mit sich, dass unfreiwillige Therapiemaßnahmen einerseits nur äußerst sparsam zum Einsatz kommen sollten und dass andererseits auch Personen, die ein niedriges Risikoprofil aufweisen, auf Wunsch, Zugang zu intensiveren Behandlungsangeboten erhalten müssen (Large, Galletly et al., 2017). In Schulen sollten universelle Suizidpräventionsprogramme, in denen sämtliche Jugendliche Informationen dazu erhalten, wie mit Krisen – persönlichen und denen von Mitschülern – umgegangen werden kann (Wassermann et al., 2015), gegenüber anderen Maßnahmen bevorzugt werden.

4. Fazit

Vor dem Hintergrund der skizzierten Befunde sind wir der Meinung, dass Suizidscreenings in institutionellen Settings keine geeignete und empirisch zu rechtfertigende Maßnahme der Suizidprävention darstellen. Um einen suizidpräventiven Effekt zu erzielen, braucht es andere – intensivere und ressourcenfordernde – Maßnahmen. Hierfür gilt es einzutreten, statt Suizidscreenings in einer „besser-als-nichts“ Manier zu propagieren. Es sei jedoch betont, dass die zum jetzigen Zeitpunkt bestehenden Vorbehalte gegenüber Suizidscreenings nicht ausschließen, dass Suizidscreenings, welche nicht auf Risikokategorisierungen basieren (Fazel et al., 2023; Seyedsalehi & Fazel, 2024) und spezifisch für bestimmte Kontexte/Populationen (z.B. solche mit einer besonders hohen Rate suizidalen Verhaltens) bzw. andere Outcomemaße (z.B. Suizidversuche statt Suizide; siehe hierzu Nielsen et al., 2023) entwickelt wurden, in der Zukunft einen klinischen Nutzen für die Versorgung suizidaler Personen mit sich bringen können. Zum jetzigen Zeitpunkt sind solche settingspezifischen Screenings im deutschen Sprachraum jedoch (noch) nicht verfügbar.

Literatur

Ballard ED, Cwik M, Van Eck K, Goldstein M, Alfes C, Wilson ME, Virden JM, Horowitz LM. & Wilcox HC (2017) *Identification of at-risk*

youth by suicide screening in a pediatric emergency department. *Prevention Science* 18:174–182. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0717-5>

Bryan C (2021) *Re-thinking suicide*. Oxford: Oxford University Press

Bryan CJ, Allen MH, Wastler HM, Bryan AO, Baker JC, May AM, & Thomsen CJ (2023) Rapid intensification of suicide risk preceding suicidal behavior among primary care patients. *Suicide & Life-Threatening behavior* 53:352–361. <https://doi.org/10.1111/sltb.12948>

Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, & Spittal MJ (2017) Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry* 210:387–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>

Christensen LeCloux M, Aguinaldo LD, Lanzillo EC, & Horowitz LM (2022) Provider opinions of the acceptability of Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Tool and the ASQ Brief Suicide Safety Assessment (BSSA) for universal suicide risk screening in community healthcare: Potential barriers and necessary elements for future implementation. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 49:346–363. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09787-3>

Chu C, Klein KM, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Hagan CR & Joiner TE (2015) routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically informed update. *Journal of Clinical Psychology* 71(12):1186–1200. <https://doi.org/10.1002/jclp.22210>

Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C & Large MM (2017) Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(7):694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>

Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M & Large M (2019) Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ open* 9:e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>

Collins, GS., Dhiman, P., Ma, J., Schluskel, M. M., Archer, L., Van Calster, B., Harrell, F. E., Martin, G. P., Moons, K. G. M., Van Smeden, M., Sperrin, M., Bullock, G. S., & Riley, R. D. (2024). Evaluation of clinical prediction models (part 1): From development to external validation. *BMJ* e074819. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074819>

Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S & Large M (2021) Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. *BJPsych open* 7:e26. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.162>

Dezsö D, Konrad N, Seewald K, & Opitz-Welke A (2018) Implementation of a suicide risk screening instrument in a remand prison service in Berlin. *Frontiers in Psychiatry* 9:665. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00665>

Fartacek C, Schiepek G, Kunrath S, Fartacek R & Plöderl M (2016) Real-time monitoring of non-linear suicidal dynamics: methodology and a demonstrative case report. *Frontiers in Psychology* 7:130. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00130>

Fazel S, Vazquez-Montes MDLA, Molero Y, Runeson B, D'Onofrio BM, Larsson, H, Lichtenstein P, Walker J, Sharpe M & Fanshawe TR (2023) Risk of death by suicide following self-harm presentations to

healthcare: development and validation of a multivariable clinical prediction rule (OxSATS). *BMJ Mental Health*, 26:e300673. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300673>

Goldstein Grumet J & Boudreaux ED (2023) Universal suicide screening is feasible and necessary to reduce suicide. *Psychiatric Services* 74:81–83. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100625>

Hallensleben N, Glaesmer H, Forkmann T, Rath D, Strauss M, Kersting A & Spangenberg L (2019) Predicting suicidal ideation by interpersonal variables, hopelessness and depression in real-time. An ecological momentary assessment study in psychiatric inpatients with depression. *European Psychiatry* 56:43–50. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.003>

Hallford DJ, Rusanov D, Winestone B, Kaplan R, Fuller-Tyszkiewicz M & Melvin G (2023) Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review* 101:102272. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>

Harris IM, Beese S & Moore D (2019) Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools. *BMJ open* 9(9):e029311. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029311>

Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, Adrian MC, Campo JV & Bridge JA (2023) Suicide in young people: Screening, risk assessment, and intervention. *BMJ* e070630. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070630>

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (2023) <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/news/2023/03/quick-safety-advisory-on-using-validated-tools-for-suicide-risk-screening/>

Katz C, Randall JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, Wang J & Bolton JM. (2017) Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depression and Anxiety* 34(9):809–816. <https://doi.org/10.1002/da.22632>

Kirtley OJ, van Mens K, Hoogendoorn M, Kapur N & de Beurs D (2022) Translating promise into practice: a review of machine learning in suicide research and prevention. *The Lancet Psychiatry*, 9:243–252. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00254-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00254-6)

Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, Kerkhof AJFM, Liebling A & Sarchiapone M (2007) Preventing suicide in prisons. Part I: Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on suicide in prisons. *Crisis* 28:113-121. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>

Kozel B (2015) *Professionelle Pflege bei Suizidalität*. Köln: Psychiatrie-Verlag

Kozel B, Grieser M, Abderhalden C & Cutcliffe JR (2016) Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. *International Journal of Mental Health Nursing* 25:409–417. <https://doi.org/10.1111/inm.12193>

Large M, Sharma S, Cannon E et al. (2011) Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospitals: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 45:619-628

Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P & Ryan C (2016) Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and

- lack of improvement over time. *PloS one* 11:e0156322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>
- Large M, Galletly C, Myles N, Ryan CJ & Myles H (2017) Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych Bulletin* 41:160–163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>
- Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M & Ryan CJ (2017) Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: A systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological Medicine* 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002537>
- Meehl PE (1954) *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.1037/11281-000>
- McHugh CM & Large MM (2020) Can machine-learning methods really help predict suicide? *Current Opinion in Psychiatry* 33:369–374. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000609>
- Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Espinola JA, Jones R, Hasegawa K, Boudreaux ED & ED-SAFE Investigators (2017) Suicide prevention in an emergency department population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry* 74(6):563–570. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Mullinax S, Chalmers CE, Brennan J, Vilke GM, Nordstrom K & Wilson MP (2018) Suicide screening scales may not adequately predict disposition of suicidal patients from the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine* 36(10):1779–1783. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.087>
- Nice-Guideline (2019) Self-harm. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- Nielsen SD, Christensen RHB, Madsen T, Karstoft KI, Clemmensen L & Benros ME (2023) Prediction models of suicide and non-fatal suicide attempt after discharge from a psychiatric inpatient stay: A machine learning approach on nationwide Danish registers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 148:525–537. <https://doi.org/10.1111/acps.13629>
- Opitz-Welke A & Konrad N (2022) Suizide im deutschen Strafvollzug: Häufigkeit, Risikofaktoren und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt* 65:18–24. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03460-4>
- Paashauss 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 & Psychotherapy* 28:1427–1434. <https://doi.org/10.1002/cpp.2580>
- Patterson WM, Dohn HH, Bird J & Patterson GA (1983) Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 24:343–349. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5)
- Plöderl M & Fartacek C (2018) Known but unpredictable—An argument for complexity. *BJPsych Bulletin* 42:89. <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.12>
- Pokorny AD (1983) Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry* 40:249–257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030019002>
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S & Mann JJ (2011) The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry* 168:1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Quinlivan L, Cooper J, Meehan D, Longson D, Potokar J, Hulme T, Marsden J, Brand F, Lange K, Riseborough E, Page L, Metcalfe C, Davies L, O'Connor R, Hawton K, Gunnell D & Kapur N (2017) Predictive accuracy of risk scales following self-harm: Multicentre, prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry* 210:429–436. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189993>
- Roaten K, Johnson C, Genzel R, Khan F & North CS (2018) Development and implementation of a universal suicide risk screening program in a safety-net hospital system. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 44:4–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.07.006>
- Rosen A, Hales WM & Simon W (1954) Classification of suicidal patients. *Journal of Consulting Psychology* 18:359–362. <https://doi.org/10.1037/h0062290>
- Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I & Waern M (2017) Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS one*: 12:e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Riley RD, Archer L, Snell KIE, Ensor J, Dhiman P, Martin GP, Bonnett LJ & Collins GS (2024) Evaluation of clinical prediction models (part 2): How to undertake an external validation study. *BMJ* e074820. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074820>
- Saunders K, Brand F, Lascelles K & Hawton K (2014) The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emergency Medicine Journal* 31(10):796–798. <https://doi.org/10.1136/emered-2013-202781>
- Schiepek G, Fartacek C, Sturm J, Kralovec K, Fartacek R & Plöderl M (2011) Nonlinear dynamics: Theoretical perspectives and application to suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41:661–675. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00062.x>
- Seyedsalehi A & Fazel S (2024) Suicide risk assessment tools and prediction models: new evidence, methodological innovations, outdated criticisms. *BMJ Mental Health* 27:e300990
- Simpson SA, Goans C, Loh R, Ryall K, Middleton MCA & Dalton A (2021) Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: Performance characteristics of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screener. *Academic Emergency Medicine* 28(6):621–629. <https://doi.org/10.1111/acem.14198>
- Steeg S, Quinlivan L, Nowland R, Carroll R, Casey D, Clements C, Cooper J, Davies L, Knipe D, Ness J, O'Connor RC, Hawton K, Gunnell D & Kapur N (2018) Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry* 18(1):113. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1693-z>
- Teismann T, Siebert AM & Forkmann T (2024) Suicidal ambivalence: A scoping review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/sltb.13092>

ten Hövel M, Stöber F, Bennefeld-Kersten K & Radeloff D (2020). Suizidprävention im Justizvollzug. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Suizidpraevention_im_Justizvollzug.pdf

Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczký G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, ... Carli V (2015) School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 385:1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)

Wastler HM, Bryan AO & Bryan CJ (2022) Suicide attempts among adults denying active suicidal ideation: an examination of the relationship between suicidal thought content and suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology* 78:1103–1117. <https://doi.org/10.1002/jclp.23268>

Eingegangen: 06.06.2024
Angenommen: 11.07.2024

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Tobias Teismann
Forschungs- und Behandlungszentrum
für Psychische Gesundheit
Ruhr-Universität Bochum
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum,
0234-3227787
E-Mail: tobias.teisman@rub.de

„Ich brauche Hilfe, aber wer hört mir zu?“

Hilfe für Angehörige von suizidalen Menschen

Michael Martinz

Zusammenfassung

Angehörige gelten als wichtige Gate-Keeper in der Suizidprävention. Bisher gibt es nur wenig empirisch fundierte Konzepte, wie Angehörige von suizidalen Menschen unterstützt werden können. In der vorliegenden Arbeit wird anhand von Praxiserfahrungen aus der Angehörigenarbeit in einer ambulanten Krisenberatungsstelle, den Bedarfen und der Situation von Angehörigen nachgegangen. Dabei sollen häufige Problemstellungen und mögliche Handlungsempfehlungen für die Angehörigen dargestellt werden, um so professionellen Helfern im psychosozialen Feld Anregungen für die Beratungsarbeit zur Verfügung zu stellen. Auf Basis dieser Überlegungen und Erfahrungen wird abschließend für einen dialogischen Ansatz in der Krisenversorgung und Angehörigenarbeit plädiert.

Schlüsselwörter: Angehörige, Beratung, Suizidalität, Dialog

„I need help, but who will listen to me?“ Helping relatives of suicidal people

Abstract

Relatives are considered important gatekeepers in suicide prevention. To date, there are hardly any empirically based concepts on how relatives of adults who are suicidal can be supported. This work uses practical experience from working with relatives in an outpatient crisis counseling center to investigate

the needs and situation of relatives. The aim is to show typical issues and possible recommendations for taking action for relatives. In order to provide professional helpers in the psychosocial field with suggestions for counseling work. Based on these considerations and experiences, a dialogue approach to crisis care and work with relatives is finally to advocate for.

Keywords: Relatives, counseling, suicidality, dialogue

1. Angehörigenarbeit in der Suizidprävention am Beispiel der Krisenberatungsstelle DIE ARCHE

In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine große Zahl an Konzepten und Fachliteratur zur Krisenintervention, Beratung und Psychotherapie von suizidalen Menschen vorgelegt (Teismann, Forkmann & Glaesmer, 2021). Inzwischen existieren einige vielversprechende und empirisch evaluierte Interventionen in der Behandlung von Menschen nach Suizidversuch (Gysin-Maillart & Michel, 2021). Für die Beratung von Eltern von suizidalen Kindern und Jugendlichen gibt es Ansätze (Rotthaus, 2017). Das Unterstützungsangebot für Hinterbliebene nach einem Suizid, in Form von Selbsthilfegruppen und Trauerbegleitung hat sich erweitert, dank der Arbeit von Selbsthilfeverbänden wie AGUS in Deutschland. Interessanterweise gibt es, über einige Empfehlungen und Ratgeberliteratur (vgl. Teismann & Dorrman, 2015) hinaus, im deutschsprachigen Raum nur wenig konkrete und empirisch evaluierte Handlungsstrategien für die Beratung von Angehörigen von suizidalen Menschen.

Das Fehlen von Konzepten überrascht, wenn wir uns die Suizidzahlen der letzten Jahre ansehen. 2022 ist die Zahl der Suizide in Deutschland deutlich gestiegen (Müller-Pein et al. 2023).

Angehörige gelten als wichtige Gatekeeper in der Suizidprävention. Sie sollen die Türe zum Hilfesystem öffnen, wenn es der Betroffene in seiner Krise gerade nicht kann. Momentan können wir nur schätzen, wie viele dieser Angehörigen es pro Jahr in Deutschland gibt, die mit vielen Fragen und Ängsten, die sich rund um einen suizidalen Menschen ergeben, einen Umgang finden müssen.

In der Beratungsstelle Die ARCHE in München wurden im Jahr 2022 insgesamt 1209 KlientInnen beraten, darunter befanden sich 783 Menschen aufgrund einer eigenen Krise und Suizidalität, 180 Hinterbliebene und 246 Angehörige, die sich um jemanden Sorgen machten.

Welche Fragen und Bedarfe haben Angehörige von Menschen in suizidalen Krisen? Was können Angehörige tun, wenn sie sich um jemanden Sorgen machen? Wie kann die ambulante professionelle Unterstützung der Angehörigen aussehen? In der vorliegenden Arbeit soll diesen Fragen anhand von Praxiserfahrungen in dieser Beratungsstelle nachgegangen werden.

Die Arche ist eine Einrichtung der niedrigschwelligen Suizidprävention, zuständig für Oberbayern. Als Angehörige gelten im Folgenden sowohl nahestehende Menschen aus dem familiären Umfeld, als auch Zugehörige, wie Freunde, Arbeitskollegen oder Klassenkameraden.

2. In welcher Situation sind Angehörige von suizidalen Menschen?

Trotz jahrzehntelanger Öffentlichkeitsarbeit sind die Hürden, sich in suizidalen Krisen Hilfe zu holen, noch hoch, sei es aus Unwissenheit oder aus Stigmatisierungsangst. Dies gilt nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen.

Eine suizidale Krise verunsichert meist das gesamte soziale Netzwerk bzw. System des Betroffenen. Die systemischen Auswirkungen können mit dem Bild eines Mobiles veranschaulicht werden. Wenn an einem Element (dem Betroffenen) heftig gezogen wird, werden auch alle anderen Elemente (hier die Angehörigen) massiv durcheinandergewirbelt. Meist benötigt es etwas Zeit, bis eine (neue) Stabilität im System wieder gefunden werden kann, vor allem wenn die Zugkraft auf dem einen Element weiter besteht.

Die Sorge um den nahen Menschen in einer akuten Krise, das entstandene Bedrohungsgefühl, wenn dieser suizidal ist, führen die Angehörigen häufig dazu, als Erste professionelle Hilfe zu suchen. Angehörige kommen, wenn Suizidgedanken oder indirekte Andeutungen geäußert wurden, wenn schon ganz konkrete Ankündigungen ausgesprochen wurden oder ein Suizidversuch erfolgte.

Beispiele aus der Beratungsstellenarbeit: die Kollegin aus dem Sekretariat hat ein Telefonat zum Berater durchgestellt, nachdem sie ein erstes Screening durchgeführt hatte. Es sei dringlich: eine getrenntlebende Frau, deren Ex-Ehemann ihr drohte,

er würde sich suizidieren, wenn sie nicht zu ihm zurückkäme. Sie brauchte einen Rat, was konnte sie tun?

Oft steht für die Angehörigen aber nur ein Verdacht im Raum, wie bei den drei jungen Männern, die zu einem Termin in die Beratungsstelle kamen. Sie machten sich Sorgen um einen Freund, der nachts auf einer Party, im angetrunkenen Zustand, ihnen gegenüber Andeutungen gemacht hatte. Angehörige kommen aber auch in Beratung, wenn eine Krise schon länger andauert. Es wurden schon Versuche gemacht, den Betroffenen zu einer Behandlung oder professionellen Hilfe zu motivieren, doch dieser weigert sich. Die Angehörigen kommen unter Druck und haben oft einen Schutz- und Behandlungswunsch: „Der muss doch in eine Klinik eingewiesen werden“. Manchmal wurde eine stationäre Aufnahme schon versucht, jedoch wurde der Betroffene entweder gar nicht aufgenommen oder schnell wieder entlassen. Zu Hause zeigt sich dann, dass die suizidale Krise noch besteht. Die Hilflosigkeit bei den Angehörigen ist dann meist groß.

Andere Angehörige kommen, nachdem ein nahestehender Mensch einen Suizidversuch unternommen hat und gerade in einer Klinik (z. B. Intensivstation) war oder ist. Wie der Ehemann und Familienvater, der zur Angehörigenberatung in die ARCHE kam, nachdem seine Frau einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen hatte. Der Schock ist groß, es kam für ihn aus heiterem Himmel. Er habe ihr „so etwas“ nie zugetraut. Es bestand einerseits eine Erleichterung, denn sie hatte überlebt. Andererseits tauchten bei dem Ehemann Schuldgefühle und Ängste auf. Sollte er sie jetzt fragen, wo sie gerade auf der Intensivstation lag und sich regenerierte: Warum hat sie das getan?

Auch kommen Angehörige in die Beratung, wenn der Betroffene gerade in einer psychiatrischen Klinik behandelt wird. Wie die Familie eines 15jährigen Mädchens, die sich zur Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie befand, nachdem sie eine Woche zuvor eine Suizidankündigung im Internet verbreitet hatte und kurz vor einem geplanten Schienensuizid gerettet werden konnte. Die Eltern, die Großmutter und die drei erwachsenen Brüder sind erschüttert und ratlos. Was lief „falsch“ in der Familie? Was könnten sie für die Tochter bzw. Schwester tun? Können sie ihr trauen, wenn sie wieder nach Hause kommt? Wie können sie sicher sein, dass das Mädchen dabei nicht wieder in suizidaler Absicht auf die Gleise geht?

In der Beratungsarbeit wird immer wieder deutlich: Angehörige sind diejenigen, die kontinuierlich in Kontakt mit der betroffenen Person sind, auch dann, wenn professionelle Helfer (Psychotherapeuten, Psychiater) lange im Feierabend sind. Sie müssen oder wollen mit dem Betroffenen und dessen Krise leben, diese durchstehen. Oft sind sie allerdings auch Teil der Krise.

3. Zuhören hilft!... auch den Angehörigen

Die dargestellten Beispiele deuten auch an, in welcher inneren emotionalen Situation die Angehörigen sind. Meist sind

sie selbst in einer psychischen Krisensituation, wenn sie in die Beratung kommen: sie leiden unter Ängsten (etwas falsch zu machen oder etwas zu übersehen), fühlen sich hilflos, haben Schuld- und Schamgefühle oder sind wütend.

Diesen Affekten und Emotionen Raum zu geben, ist ein erster Schritt in der Beratung. Angehörige brauchen erst einmal Hilfe bei der Regulation ihrer Affekte. In der Krisenberatung von Betroffenen hat sich das psychoanalytische Konzept des Containings als hilfreich erwiesen, es geht dabei darum, einen Prozess der „Affektregulation zu zweit“ (Giernalcyk & Albrecht, 2011, S. 126) zu ermöglichen. Das emotionale Chaos durch Containing zu ordnen, sich zu beruhigen, um wieder zu klarem problemlösendem Denken zu gelangen, ist nicht nur für Betroffene, sondern auch für Angehörige hilfreich. Man könnte sagen, das Bindungs- und Fürsorgesystem ist aufgrund eines drohenden Verlustes des suizidalen Menschen aktiviert. Die Folge ist Angst, und der Impuls, eine schnelle Lösung und konkrete Handlungsanweisungen zu erhalten, ist stark. Hilflosigkeit und Kontrollverlust sind zentrale Themen und Emotionen in dieser Beratung, denn in letzter Instanz haben die Angehörigen es nicht in der Hand, was der Betroffene tut.

Der Berater und die Angehörigen müssen gemeinsam eine Idee entwickeln, wie der suizidale Betroffene passende und ausreichende Hilfe erhält. Der Berater soll Ideen entwickeln, wie der Angehörige befähigt werden kann, sodass eine „indirekte Betreuung“ (Sonneck et. al. 2016, S. 192) des krisenhaften Menschen möglich wird.

Das Motto der AGUS-Online Kampagne 2024, „Reden hilft – Zuhören auch“, gilt für die Angehörigenberatung im doppelten Sinn. Auch für die Angehörigen ist es wichtig, mit ihren Anliegen gehört zu werden.

4. Empowerment durch Wissen: Was sollten Angehörige wissen, um sich hilfreich verhalten zu können?

Um die Hilflosigkeit wenigstens etwas zu mildern, benötigen Angehörige Informationen, um ihre individuelle Situation und die des Betroffenen besser zu verstehen. Das heißt Wissen zu vermitteln über die Entwicklung, die Warnhinweise und die Risikofaktoren für Suizidalität, wie z. B. psychische Erkrankungen. In der Angehörigenberatung ist herauszuarbeiten, ob es bereits indirekte oder direkte Hinweise gab. Dieses Wissen dient dazu, die Kompetenzen der Angehörigen (Reifegerste, 2019) zu fördern, um zukünftige und aktuelle Gefährdungssituationen besser erkennen und einschätzen zu können. In dieser Reflexion muss vom Berater vorsichtig ausgelotet werden, welche Rolle der Angehörige im Krisengeschehen spielt. Liegen Konflikte zwischen Betroffenen und Angehörigen vor? Inwieweit ist der Angehörige die richtige Person, dem Betroffenen zu helfen, oder wird ein Kontakt zwischen beiden die suizidale Krise eher verstärken? Was wäre eine momentane Überforderung für alle Beteiligten?

Die suizidale Einengung des Betroffenen kann den Angehörigen mit dem Bild des Tunnels erklärt werden. Durch das

mutige Ansprechen besteht die Chance das eingeengte Wahrnehmungsfeld, die Denk- und Lebensbezüge des Suizidalen wieder zu erweitern und gemeinsam nach Lösungen zu suchen (Grasberger, 2002). Hier kann der Berater bestehende Ängste der Angehörigen durch Informationsvermittlung häufig entkräften: man bringt Menschen durch das Ansprechen auf mögliche Suizidgedanken nicht erst auf die Idee sich zu suizidieren. Dies eröffnet fast immer die Bereitschaft bei den Angehörigen, den Betroffenen nach möglichen Suizidgedanken zu fragen.

5. Die Vermittlung von Ansprechstrategien: Wie spreche ich meine Sorgen an?

Wie kann der Angehörige eine entsprechend ruhige und störungsfreie Gesprächssituation herstellen? Wie die eigenen Sorgen anzusprechen sind und wie die konkrete Frage nach Suizidgedanken gestellt werden kann, stellt einen zentralen Teil in der Angehörigenberatung dar. Dabei ist auch zu klären, ob es noch andere Personen gibt, die für eine Ansprache besser in Frage kommen könnten. Meist helfen Beispielsätze, um eine Vorstellung zu entwickeln: „Ich habe den Eindruck, dir geht es in letzter Zeit nicht gut.“ Und dann: „Denkst du darüber nach, dir etwas anzutun? Denkst du über Suizid nach?“ Der Hinweis, dass sich durch aktives und nicht-wertendes Zuhören der Angehörige schon sehr viel „tut“, hilft, den nötigen Mut zu entwickeln, den Betroffenen anzusprechen.

Die Angehörigen lernen, dass dadurch bei den Betroffenen wieder das Gefühl entsteht, es interessiert sich jemand für sie. Dies und die durch den Gesprächsprozess entstehende emotionale Entlastung können suizidpräventiv wirken. Angehörige übernehmen dadurch eine wichtige Funktion für die Emotionsregulation des Betroffenen (Reifegerste, 2019).

Es ist wichtig, den Angehörigen zu vermitteln, sich kein Versprechen abringen zu lassen, die Suizidalität geheim zu halten. Eine Geheimhaltung hält die suizidale Einengung aufrecht und bringt den Angehörigen in enormen Verantwortungsdruck.

6. Vermittlung von Handlungsstrategien: Was können Angehörige konkret tun?

Angehörige kommen mit einem starken Wunsch nach konkreten Handlungsstrategien in die Beratung. Solche könnten sein:

- den Betroffenen zu fragen, wie der Angehörige helfen kann und ihm dabei ihre Unterstützung zu signalisieren
- für Entlastung sorgen und helfen, eine aktive Tagesstruktur aufrechtzuerhalten
- Hilfen organisieren (Begleitung zu Arztterminen, Kriseneinrichtung oder in die Klinik)
- Entfernung von Suizidmitteln

Entsprechend dem Sicherheitsplan für Betroffene können all diese Handlungsstrategien in einem Stabilisierungs-Unterstützungsplan zusammengefasst werden. David Jobes hat

in den USA in einer Adaption des CAMS-Ansatzes (2021) zur Anwendung bei Jugendlichen vorgeschlagen, einen solchen Plan mit den Eltern zu erarbeiten (Internet: <https://cams-care.com/training-certification/cams-4teens-trained>; abgerufen am 15.05.2024).

Angehörige stehen oft vor dem Problem, dass der Betroffene nicht motiviert ist, Hilfe anzunehmen. Sie müssen zunächst Motivationsarbeit leisten, geraten in das Spannungsfeld von Fürsorge vs. Autonomie. Hier ist ein intensives Coaching des Angehörigen nötig, um bei dem Betroffenen die Bereitschaft zu fördern, Hilfe anzunehmen. Sei es durch ermutigendes Ansprechen mit Hinweisen auf Beratungsangebote, die sehr bestimmte Aufforderung, gemeinsam zum Hausarzt zu gehen, einen Brief an den Betroffenen zu schreiben (Omer & Dulberger, 2021) oder durch die geschickte Verwendung von positiver Verstärkung, wie sie in der Angehörigenarbeit von Suchtkranken angewandt wird (Smith & Meyers, 2012). All dies soll schließlich die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der Betroffene selbst freiwillig Kontakt zum Hilfesystem aufnimmt.

7. Umgang mit Suiziddrohungen

Eine emotional sehr belastende Situation entsteht für Angehörige durch erpresserische Suiziddrohungen, wie in dem bereits oben erwähnten Beispiel. Eine solche Drohung kann als Ausdruck einer tiefen Verzweiflung des Betroffenen angesehen werden, der sich nicht mehr anders zu helfen weiß, um eine unerträgliche Situation zu verhindern. Bei einer solchen „manipulativen“ Suizidalität, die wie eine Geiselnahme (Giernalczyk, 2003) organisiert erscheint, brauchen Angehörige und Betroffener dringend professionelle Unterstützung. Angehörige brauchen Hilfe, um angemessene Grenzen zu setzen, sich nicht erpressen zu lassen und gegenüber dem Betroffenen auf externe Hilfe zu drängen. Angehörige müssen häufig selbst motiviert werden, aus der Isolation herauszutreten. Sie benötigen in solchen Situationen ein eigenes Unterstützernetzwerk, um sich so zu stärken und einer Erpressung standzuhalten (Omer & Dulberger, 2021). Auch hier ist ein intensives begleitendes Coaching des Angehörigen für die Gesprächsführung mit den Betroffenen notwendig.

8. Rollenklärung und Grenzen in der Angehörigenberatung

Bei aller Ermutigung, sich für den suizidalen Betroffenen zu engagieren und ihn anzusprechen, gelangen Berater und Angehöriger in den Beratungsgesprächen auch an die Grenzen der Suizidprävention und Krisenhilfe. Nicht jeder Suizid kann verhindert werden. Wir können nicht Gedanken lesen und haben keine vollständige Kontrolle über das Handeln des Gegenübers. Das Gefühl von Hilfslosigkeit ist mit diesen Erkenntnissen verbunden und muss von Angehörigen teilweise über längere Zeiträume getragen werden. Es bestehen individuelle Grenzen des Aushaltbaren und damit der Verantwortungsübernahme in Krisensituationen. Angehörige sind meist tagelang „im Einsatz“, geraten dabei in Erschöpfungszustände, wodurch auch dysfunktionale Interaktionen entstehen können. Wie in dem Fall eines

Vaters, dessen erwachsener Sohn ihm gegenüber immer wieder Suizidgedanken äußerte, sodass dieser irgendwann schrie: „Dann bring dich halt um!“ Eine andere Grenze der Hilfe entsteht durch die persönliche Verwicklung in Konflikte mit dem suizidalen Betroffenen, wie z. B. bei Jugendlichen und ihren Eltern. In der Angehörigenberatung sollte die Rollenklärung (Reifegerste, 2019) einen wichtigen Bestandteil darstellen.

9. Stationäre Krisenintervention

In der Angehörigenberatung ist die Aufklärung über die Möglichkeit und Indikation einer stationären Krisenintervention ein wichtiger Baustein. Wann und wie muss der Angehörige dem Betroffenen helfen, in eine Klinik zu gehen? Was kann von einer stationären Krisenintervention erwartet werden, was braucht die Klinik an Informationen? Welche Fantasien und Ängste bestehen bei dem Angehörigen, wie eine „Zwangseinspeisung“ abläuft? Wie wird dies die Beziehung zum Betroffenen beeinflussen?

Angehörige werden in der Beratung mit Kontaktdaten (z. B. Krisendienst Psychiatrie Bayern, Psychiatrische Klinik) ausgestattet, sodass sie im Notfall handlungsfähig sind. Schließlich ist auch für den hochakuten Notfall zu besprechen, direkt die Polizei zu rufen und akut suizidale Menschen nicht alleine zu lassen, bis professionelle Hilfe da ist.

Ist die stationäre Aufnahme des suizidalen Betroffenen bereits erfolgt, wenn der Angehörige in die Beratung kommt, tauchen meist weitere Fragen auf. Wie gestalte ich den Kontakt als Angehöriger zu dem Betroffenen während seines Klinikaufenthalts? Wie nimmt man Kontakt zum Klinikpersonal auf? Nicht immer gestaltet sich dieser Kontakt zur Zufriedenheit der Angehörigen. Eine Angehörigenberatung kann hier einen Gesprächsraum anbieten, die verschiedenen Perspektiven zu reflektieren, über die Rahmenbedingungen zu informieren, aber auch um kommunikative Strategien zu entwickeln, um ungünstigen Entwicklungen entgegenzuwirken.

10. Das Hilfenetzwerk für Angehörige

Angehörige werden in der Beratung ermutigt, sich ein Unterstützernetzwerk zu schaffen, das ihnen hilft, stabil zu bleiben. Die Frage stellt sich: an welchen Fäden muss gezogen werden, um dem Mobile zu einer neuen Stabilität zu verhelfen? An dieser Stelle im Beratungsprozess werden die vor Ort existierenden Angebote für den Angehörigen selbst vorgestellt, wie z. B. Krisendienste, die Telefonseelsorgen, Selbsthilfeangebote, Online-Hilfen und Ratgeberliteratur.

11. Die „kleinen“ Angehörigen: Kinder von suizidalen Eltern

Seit einigen Jahren werden im psychiatrischen Versorgungssystem die Belastungen und besonderen Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern vermehrt wahrgenommen und entsprechende Angebote entwickelt. Auch suizidale

Erwachsene, mit oder ohne psychische Erkrankung, haben manchmal Kinder. Für diese Kinder bedeutet „das Verschwinden“ eines Elternteils in eine Klinik z. B. nach einem Suizidversuch eine massive Belastung und ist mit vielen Ängsten verbunden. Informations- und Aufklärungsgespräche, die der Verbesserung des Umgangs dieser Kinder und Jugendlichen mit der Situation dienen, können von Fachkräften (Erziehungsberatungsstellen) angeboten werden. Für besonders traumatische Situationen gibt es spezielle Kriseninterventionsstellen für Kinder und Jugendliche, wie z. B. die AETAS-Kinderstiftung in München.

12. Resümee: Krisenintervention als Offener Dialog

Die bisher dargestellten Vorgehensweisen haben sich in der Praxis in individuellen Fällen bewährt. Eine fachliche Diskussion und empirische Fundierung dieses Vorgehens wäre zukünftig jedoch wünschenswert, um die Menschen, die einen wichtigen Beitrag in der Suizidprävention leisten, noch gezielter unterstützen zu können: die Angehörigen.

Der Kompetenzerwerb und die Rollenklärungen können, wie dargestellt, in Einzelberatungen erfolgen. Zukünftig denkbar wären aber auch öffentliche Schulungsformate, die einem Erste-Hilfe-Kurs entsprechend aufgebaut sind, wie das auch im deutschsprachigen Raum angebotene Mental Health First Aid Programm¹. Neben dieser Kompetenzerweiterung erscheint eine stärkere kommunikative Integration der Angehörigen in den Kriseninterventionsprozess hilfreich. Deshalb soll mit einem idealistisch anmutenden Gedanken die vorliegende Darstellung der Beratung von Angehörigen von suizidalen Betroffenen abgeschlossen werden: „Alle nehmen sich Zeit, setzen sich zusammen und überlegen, wie die Krise gemeistert werden kann. Alle hören sich gegenseitig zu und jede Stimme zählt!“ Das Team der Beratungsstelle Die ARCHE beschäftigt sich seit einigen Jahren mit dem systemischen Kriseninterventions-Konzept „Offener Dialog“ (Seikkula & Arnkil, 2022). Angewandt wird diese Methode im Rahmen von sog. Netzwerkgesprächen. Betroffene, Profis (Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter etc.) sowie An- und Zugehörige kommen im Krisenfall zusammen und reflektieren auf Augenhöhe gemeinsam: Wie kann die Krise und Suizidalität verstanden werden? Was kann helfen die Krise zu überwinden?

Triologisch organisierte Netzwerkgespräche haben das Potential, vorhandene Grenzen des Versorgungssystems in Krisensituationen zu überwinden. Sie ermöglichen einen Container-Contained-Prozess (Giernalczyk & Albrecht, 2011), wodurch letztendlich für die Betroffenen ein Ausgang aus der suizidalen Einengung und Isolation geschaffen werden kann. Es klingt noch nach Utopie und ist mit vielen Hindernissen versehen, erste Anwendungserfahrungen mit diesem Konzept in unserer Beratungsstelle sind jedoch ermutigend.

Der vorliegende Artikel basiert auf einem Vortrag des Autors mit dem gleichnamigen Titel im Rahmen der DGS-Frühjahrstagung vom 12.04.2024, die online stattfand.

Literatur

- Giernalczyk T, Albrecht C (2011) *Psychodynamische Beratung in Lebenskrisen und bei akuter Suizidalität*. In Schnorr H (Hg): *Psychodynamische Beratung*. Göttingen; Vandenhoeck & Ruprecht
- Giernalczyk T (2003) *Lebensmüde. Hilfe bei Suizidgefährdung*. Tübingen: Dgvt
- Grasberger D (2022) *Lebensmut schenken bei Suizidgedanken. Ein Ratgeber für Angehörige und professionelle Helfer*. Stuttgart: Kohlhammer
- Gysin-Maillart A, Michel K (2021) *Assip – Kurztherapie nach Suizidversuch*. Bern: Hogrefe
- Jobs DA, Vergara GA, Lanzillo EA & Ridge-Anderson A (2019) *The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions*, *Children's Health Care* 48(4):444-468
- Jobs, AD (2021) *Suizidalität im Fokus. Der CAMS-Ansatz für eine Behandlung auf Augenhöhe*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Müller-Pein H, Wache K & Fiedler G (2023). *Suizide in Deutschland 2022*, Internetdokument: www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2022.pdf
- Omer H, Dulberger D (2021) *Wenn erwachsene Kinder nicht ausziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Eltern von Nesthockern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Reifegerste D (2019) *Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS
- Rotthaus W (2017) *Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer
- Seikkula J, Arnkil ET (2022) *Offener Dialog. Die Vielfalt der Stimmen im Netz*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Smith EJ, Meyers JR (2012) *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT ein neuer Ansatz in der Angehörigenarbeit*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Sonneck G, Kapusta N, Tomandl G, Voracek M et al. (2016) *Krisenintervention und Suizidverhütung*, Wien: UTB
- Teismann T, Dormmann W (2015) *Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Bern: Hogrefe
- Teismann T, Forkmann T, Glaesmer H et al (2021) *Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag

Eingegangen: 10.06.2024

Angenommen: 17.07.2024

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Michael Martinz
Psychologischer Psychotherapeut
Beratungsstelle Die ARCHE
Saarstr. 5
80797 München
E-Mail: m.martinz@die-arche.de

¹ Mental Health First Aid Programm. Internet: <https://www.mhfa-erstherlfer.de>; abgerufen am 15.05.2024

Das D-A-CH-Forum „Suizidprävention und assistierter Suizid“ stellt sich vor

D-A-CH-Forum Suizidprävention und assistierter Suizid

Einführung

Das D-A-CH-Forum „Suizidprävention und assistierter Suizid“ wurde anlässlich des Expertenworkshops am 27. August 2023 in Schloss Hofen, Lochau (A), gegründet. Anlass waren die drängenden Fragen rund um den assistierten Suizid nach den beiden Verfassungsgerichtsurteilen in Deutschland und in Österreich und der epidemieartige Zunahme der assistierten Suizide in der Schweiz. Die in Lochau erarbeiteten Schloss Hofener Thesen stießen auf großes Interesse und wurden von zahlreichen Einzelunternehmerinnen und Unterzeichnern und Organisationen unterstützt. (siehe den Bericht in der Suizidprophylaxe 50 (2023), Heft 4).

Im folgenden Text werden Entstehung, Inhalte und Ziele des D-A-CH-Forums vorgestellt.



Vorstellung

Das D-A-CH-Forum „Suizidprävention und assistierter Suizid“ ist ein politisch und konfessionell neutraler Zusammenschluss von Expertinnen und Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die in ihrer praktischen und wissenschaftlichen Arbeit mit den Themen Suizidprävention und (assistierter) Suizid befasst sind. Das D-A-CH-Forum geht zurück auf die Initiative eines Autorenteam aus den drei genannten Ländern, das den Fachartikel „Autonomie und assistierter Suizid – ein Widerspruch?“ verfasste. Dabei wurde deutlich, wie wichtig eine interdisziplinäre Kooperation über die Grenzen hinweg ist, um die kollegiale wissenschaftliche Zusammenarbeit zu festigen, zu vertiefen und eine fachlich fundierte Stimme in die öffentliche Diskussion um den assistierten Suizid einzubringen. Die Gründung des Forums fand am 27. August 2023 im Rahmen des Expertenworkshops „Assistierter Suizid und Suizidprävention in Deutschland, Österreich und der Schweiz“ in Schloss Hofen, Lochau (A), statt. Als erste Stellungnahme wurden die „Schloss Hofener Thesen“ verabschiedet und in den öffentlichen Diskurs eingebracht. Das Forum soll Raum für Austausch, fachliche Zusammenarbeit und Erkenntnisgewinn bieten und fördert die weitere Vernetzung, den Ausbau und die Entwicklung von Aktivitäten in der Suizidprävention.

Das D-A-CH-Forum beobachtet kritisch, dass der öffentliche Diskurs um den assistierten Suizid stark von einem Autonomieverständnis geprägt ist, welches wichtige Aspekte der ethischen und humanistischen Tradition des Autonomiebegriffs ausblendet. Forschungsergebnisse und Erfahrungswissen aus Anthropologie, Entwicklungspsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Suizidprävention und Palliativversorgung werden nicht ausreichend berücksichtigt: Autonomie ist nur möglich in Verbundenheit mit anderen Menschen (relationale Autonomie) und oft auch beeinflusst von starken unbewussten Motiven.

Die Arbeit des D-A-CH-Forums ist von dem Ethos geleitet, dass suizidale Menschen Anspruch auf Hilfe haben. Wir halten es für einen Mangel an menschlicher Solidarität, wenn Menschen mit dem Verweis auf eine „freie Entscheidung“ mögliche Hilfen vorenthalten werden. Suizidalität bedeutet in der Regel, dass ein Mensch „so“ nicht mehr weiterleben will. Aus der humanistischen Haltung der Lebensbejahung heraus setzen wir uns dafür ein, dass suizidale Menschen in und durch menschlich unterstützende Beziehungen andere Lösungen entwickeln können, als sich zu töten. Aller Erfahrung nach sind die meisten Menschen nach einer suizidalen Phase bereit, sich wieder auf das Leben einzulassen, und sei es auch zeitlich begrenzt, vor allem, wenn sie sich menschlich getragen fühlen.

Entschieden wenden wir uns gegen den gesellschaftlichen, ökonomischen und sozialen Druck, durch den Menschen zum assistierten Suizid gedrängt werden. Wir setzen uns ein für ein Zusammenleben, das die soziale Natur des Menschen und somit auch dessen Vulnerabilität und Angewiesenheit anerkennt und ein menschenwürdiges Leben aller - ungeachtet ihrer Stärken und Schwächen - ermöglicht. Wir sind uns daher einig, die Suizidprävention weiter zu stärken, ein solidarisches und lebenszugewandtes gesellschaftliches Klima zu fördern, so dass das Wissen Allgemeingut wird, dass suizidale Krisen überwunden werden können.

Das D-A-CH-Forum unterstützt mit seinen Aktivitäten diejenigen, die mit Anfragen nach assistiertem Suizid konfrontiert sind. Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit – insbesondere zwischen Experten aus Praxis und Forschung der Suizidprävention und Palliativversorgung – werden die sich daraus ergebenden Erfahrungen und wissenschaftlichen Ergebnisse auch für das Verständnis des assistierten Suizids zugänglich gemacht, weiterentwickelt und in die mit diesem Thema befassten Fachgebiete eingebracht.

Wir unterstützen die Ausarbeitung von Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepten zu Suizidprävention und zum Umgang mit

Wünschen nach assistiertem Suizid. Ebenso setzen wir uns ein für Schulungen in Gesprächsführung, in denen Wissen über Psychodynamik, ethische und psychologische Faktoren in der helfenden Beziehung erworben werden können. Der Einzelne soll in seinem fachlichen Urteilsvermögen und in seiner Haltung sicherer werden, wie man in der Begegnung mit suizidalen Menschen deren Todeswunsch entgegennimmt und ihre Not ernst nimmt – eine Voraussetzung für den Aufbau eines vertrauensvollen Gesprächs.

Das D-A-CH-Forum befasst sich aus wissenschaftlicher Sicht auch damit, wie sich der Umgang mit assistiertem Suizid und dessen idealisierte Darstellung in den Medien auf Individuum und Gesellschaft auswirken.

Das D-A-CH-Forum „Suizidprävention und assistierter Suizid“ wird weiterhin die Entwicklungen um den assistierten Suizid aufmerksam verfolgen und sich dazu aus Sicht der Suizidprävention zu Wort melden. Interessierte können sich beim Dach-Forum unter info@d-a-ch-forum.org melden.

Kontaktadressen

Deutschland: Ute.Lewitzka@uniklinikum-dresden.de
Österreich: thomas.kapitany@kriseninterventionszentrum.at
Christa.Rados@ptz-kaernten.at
Schweiz: r.klesse@bluewin.ch

Zweiter Expertenworkshop des D-A-CH-Forums „Suizidprävention und assistierter Suizid“

D-A-CH-Forum Suizidprävention
und assistierter Suizid

Der zweite Expertenworkshop des D-A-CH-Forums „Suizidprävention und assistierter Suizid“ fand dieses Jahr vom 07. bis 09. Juni 2024 in der Christophorus Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit am LMU-Klinikum in München statt. Thema war „Beziehungsgestaltung und Herausforderungen in den Institutionen“.

In allen drei Ländern sind die in verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens Tätigen sowohl individuell als auch in den Institutionen zunehmend mit Menschen konfrontiert, die Suizidassistenten verlangen. Bei vielen Professionellen fehlt das notwendige Wissen über Suizidprävention, Entstehung von Suizidalität und wie man einem suizidalen Menschen begegnet.

Auch ein Mensch, der sich mit Hilfe anderer suizidieren will, befindet sich in einer Lebenskrise und braucht ein mitmenschlich verlässliches Gegenüber, das in der Lage ist, eine tragende Vertrauensbeziehung aufzubauen und das komplexe Phänomen, warum der andere „so“ nicht mehr weiterleben will, genauer zu verstehen.

In Referaten wurde dargelegt, welche Faktoren bei der Entstehung von Leiden und Suizidalität eine Rolle spielen können, und das Zusammenspiel zwischen individuellen Faktoren und gesellschaftlichen Einflüssen wie Ageismus, Medien, Ökonomisierung reflektiert. Zentrale Fragen wie Verantwortung und Gewissen angesichts von Suizidwünschen und notwendige Fähigkeiten für den Umgang mit Suizidwünschen in der professi-

onellen Beziehung wurden vertieft behandelt. Erfahrungen zu den auftretenden Problemen mit Suizidassistenten in Ländern, die dies schon länger praktizieren, wie z. B. Belgien, wurden referiert und die Auswirkungen auf die Institutionen aufgezeigt. Fallbeispiele und Schulungskonzepte für die Befähigung der Institutionen zur Suizidprävention existieren bereits und werden weiterentwickelt.

Ein Schwerpunkt war auch die Verantwortung der Medien und von Staat und Gesellschaft für eine umfassende Suizidprävention.

Als Ergebnis der fachlichen Auseinandersetzung wurde am Schluss der Tagung die nachfolgende Münchner Erklärung 2024 beschlossen. Sie soll für alle mit der Thematik Befassten Anregung zur vertieften Diskussion sein, ein Orientierungspunkt für den Einzelnen in der helfenden Beziehung wie auch für Institutionen, die sich mit dem Umgang mit Fragen nach Suizidassistenten beschäftigen. Wir wünschen der Erklärung weite Verbreitung.

Die Novemberausgabe der Zeitschrift Suizidprophylaxe wird einen Themenschwerpunkt mit Beiträgen enthalten, die auf den Referaten der Tagung basieren.

Kontaktadressen

Deutschland: Ute.Lewitzka@uniklinikum-dresden.de
Österreich: thomas.kapitany@kriseninterventionszentrum.at
Christa.Rados@ptz-kaernten.at
Schweiz: r.klesse@bluewin.ch

MÜNCHNER ERKLÄRUNG 2024 DES D-A-CH FORUMS „SUIZIDPRÄVENTION UND ASSISTIERTER SUIZID“

Anschließend an die Schloss-Hofener Thesen von 2023 erklären die Teilnehmenden des Expert*innen-Workshops Suizidprävention und Assistierter Suizid in München 2024:

1. Mensch in der Krise

Der Mensch, der um assistierten Suizid ansucht, ist ein Mensch in der Krise.

- Er hat das Recht, als Mensch in seinem körperlichen, psychischen und existentiellen Leiden wahrgenommen zu werden.
- Die rein normative Beurteilung des Begehrens nach Suizidassistenz als „Recht“ wird der Leidensrealität nicht gerecht.
- Auch An- und Zugehörige, die von assistierten Suiziden betroffen sind, sollen die Möglichkeit zur Unterstützung bekommen.

2. Gewissen und Verantwortung

Eine absolut gesetzte und nicht hinterfragte Autonomievorstellung des Individuums darf das Prinzip der Suizidprävention, des Schutzes des menschlichen Lebens und der Fürsorge nicht außer Kraft setzen. Jeder, der einem suizidalen Menschen begegnet, hat die Verantwortung, ihm/ihr mitmenschliche und gegebenenfalls fachliche Unterstützung zum Leben anzubieten. Die grundlegende Erkenntnis der Suizidforschung, dass suizidale Menschen im Allgemeinen nicht sterben, sondern „so“ nicht mehr leben wollen, muss Richtschnur werden im Umgang mit Menschen mit Verlangen nach assistiertem Suizid.

- Priorität haben Selbstreflexion, Prüfung des eigenen Gewissens und der Verzicht auf ein Urteil darüber, ob das Leben des anderen (noch) lebenswert ist. Unverzichtbar ist größtmögliche Sorgfalt, alternative Lösungsmöglichkeiten zu suchen.
- Die Gewissensentscheidung, nicht beim assistierten Suizid mitzuwirken, muss immer geachtet werden und auch den Mitarbeitenden in Institutionen möglich sein.

3. Umgang mit dem Verlangen nach assistiertem Suizid in professionellen Beziehungen

Menschen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit mit Verlangen nach assistiertem Suizid zu tun haben, sollten sich des Einflusses von Übertragung und Gegenübertragung bewusst sein und um den Einfluss unbewusster Gefühle wissen.

- Eigene Gefühle wie Überforderung, Mitleiden und Identifikation müssen kritisch reflektiert werden. Dazu bedarf es der Super- und Intevision.
- Das Verlangen nach assistiertem Suizid ist nicht als Handlungsauftrag zur Suizidassistenz zu verstehen, sondern als Aufforderung, sich in die Situation des Gegenübers einzufühlen und darüber ergebnisoffen zu sprechen.
- Insbesondere der Umgang mit den verschiedenen vulnerablen Gruppen bedarf eines jeweils spezifischen Fachwissens und des Bewusstseins, dass Autonomie immer relativ und relational zu verstehen ist.
- Wie grundsätzlich bei suizidalen Menschen muss auch bei Verlangen nach assistiertem Suizid vorrangig eine von Personen und Institutionen der Suizidassistenz unabhängige fachliche Beratung und je nach Situation auch Therapie ermöglicht werden.

4. Forderungen an Institutionen

- Alle Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens müssen Lebensräume bleiben, in denen keinerlei Druck in Richtung assistiertem Suizid ausgeübt wird.
- Die Institutionen sollen suizidpräventive Konzepte entwickeln und umsetzen.

- Institutionen haben die Verpflichtung, ihre Mitarbeitenden im Umgang mit Suizid- und Todeswünschen und in Suizidprävention zu schulen.
- Niemand darf genötigt oder gezwungen werden, sich an einem assistierten Suizid zu beteiligen. Auch dürfen aus der Weigerung sich zu beteiligen keine Nachteile entstehen.
- Werbung und Verleitung zum assistierten Suizid in Institutionen sollen unterbunden werden.

5. Befähigung der Mitarbeitenden von Institutionen zur Suizidprävention

- Allen im Berufsalltag mit Wünschen nach assistiertem Suizid befassten Personen sollen qualifizierte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Umgang mit Suizid- und Todeswünschen und zur Suizidprävention zur Verfügung stehen. Sie sollen Ergebnisse der Suizidforschung kennen.
- Dazu gehört auch Supervision im Berufsalltag.

6. Verantwortung der Medien

Die Medien haben Einfluss auf die Haltung zum assistierten Suizid in der Gesellschaft. Vieles spricht dafür, dass der „Werther-Effekt“ auch für den assistierten Suizid gilt.

- Medien sollen auf bestehende Empfehlungen zur medialen Darstellung der Suizidalität, des Suizids und des assistierten Suizids aufmerksam gemacht werden. Empfehlungen sollen gemeinsam mit Medienschaffenden, Forschenden und Experten der Suizidprävention weiterentwickelt und angepasst werden. Medienkampagnen, Informationsveranstaltungen und Workshops sollen hierzu durchgeführt werden.

7. Verantwortung von Staat und Gesellschaft

Kein Mensch soll durch gesellschaftlichen, ökonomischen und sozialen Druck zum assistierten Suizid gedrängt werden. Der Staat hat die Pflicht, Suizidprävention zu fördern, auszubauen und gesetzlich zu verankern.

- Es ist unsere Aufgabe, einem Mitmenschen, der sein Leben als unwürdig empfindet, seine unveräußerliche Würde erfahrbar zu machen. Wenn keine Heilung möglich ist, geht es um die bestmögliche Linderung der Beschwerden, Begleitung und Trost. Dies vermittelt die Sicherheit, dass Menschen auch in Alter und Krankheit Fürsorge, gute Pflege und medizinische Versorgung bis zuletzt zuteil wird.
- Eine gesellschaftliche Umorientierung ist nötig. Sie muss eine Stärkung der Solidarität, Sorge und Fürsorge im Blick haben und auf eine lebenszugewandte, friedliche und lebensfreundliche Gesellschaft ausgerichtet sein.

Wir alle sind aufgefordert, uns dieser Fragen anzunehmen und im beruflichen oder gesellschaftlichen Umfeld Antworten zu entwickeln.

D-A-CH-Forum Suizidprävention und assistierter Suizid, München, 9. Juni 2024

Für das D-A-CH-Forum Suizidprävention und assistierter Suizid:

Bausewein Claudia, Prof. Dr. med., PhD MSc, Fachärztin für Innere Medizin, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, **Erk Christian, PD Dr. phil.**, Programmleiter an der Executive School der Universität St. Gallen (HSG), Privatdozent für Ethik und Management, **Fiedler Georg, Dipl.-Psychologe**, Geschäftsführer der Deutschen Akademie für Suizidprävention, Hamburg, **Feichtner Angelika, MSc (palliative Care)**, Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), Wien, **Gabl Christoph, Dr. MSc**, Mobiles Palliativteam Innsbruck + Innsbruck Land, Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, **Haberland Birgit, Dr. med. MSc**, Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Palliativ Ambulanz, LMU Klinikum München, **Jentschke Elisabeth, Dr. phil.**, Comprehensive Cancer Center, Universitätsklinikum Würzburg, **Kautz Heike, M.Sc.N, B.Sc.N**, Pflegefachperson für Palliative Care, Palliative Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Lehrpersonal am Bildungs- und Forschungsinstitut des GK-Mittelrhein in Koblenz, **Kapitany Thomas, Prim. Dr. med.**, Leiter des Kriseninterventionszentrums Wien, **Kessler Eva-Marie, Prof. Dr. habil.**, Prorektorin für Interdisziplinarität und Wissenstransfer, Professorin für Gerontopsychologie, MSB Medical School Berlin - Hochschule für Gesundheit und Medizin, Universitäres Department Psychologie, **Klesse Raimund, Dr. med.**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), Chur, **König Katharina, Dr. phil., Dipl.-Ing.**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Werner-Felber-Institut e.V., **Kränzle Susanne, MAS Palliative Care**, Gesamtleitung Hospiz Esslingen, stellv. Vorsitzende des DHPV e. V., **Kummer, Susanne, Mag.**, Direktorin des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien, **Lewitzka Ute, PD Dr. med. habil.**, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden, **Susanne Ley, Dr. med.**, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, St. Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank, Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie, **Ley Wolfgang, Diplom-Sozialarbeiter (FH)**, Köln, **Lindner Reinhard, Prof. Dr. med.**, Institut für Sozialwesen des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Kassel, **Lippmann-Rieder Susanne, Dr. med.**, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), Uetikon a. See, **Lorenzl Stefan, Prof. Dr. med. Dipl. Pall. Med.**, Institut für Palliative Care, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, **Meischnner-Al-Mousawi Maja, Dr.**, Psychologische Psychotherapeutin (VT), Mitarbeiterin des Kriminologischen Dienstes, Leiterin der LAG und der BAG „Suizidprävention im Justizvollzug“, Justizvollzugsanstalt Leipzig, **Nauck Friedemann, Prof. Dr.**, ehem. Direktor Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität Göttingen, **Nestor Karen, Dr. med.**, Chefärztin Onkologie und Stv. Departementsleiterin Innere Medizin, Klinik Gais, **Nestor Moritz, M.A. & lic.phil.**, Philosoph und Psychotherapeut, Schurten, **Niederkrötenhaler, Thomas. assoz. Prof. Dr. med. univ. PhD. MMSC**, Sozialmediziner, Leiter der Forschungsgruppe Suizidprävention, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, **Pfisterer Mathias H.-D., PD Dr. med.**, Klinik für Geriatrische Medizin und Zentrum für Palliativmedizin, Agaplesion Elisabethstift Darmstadt, **Petzold Christian, Dipl.-Pflegerwirt**, Bundesärztekammer, **Prajczek Sinikka, Dr. PhD**, Tiroler Hospizgemeinschaft, **Rados Christa, Dr. med.**, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Fachliche Leitung des psychosozialen Therapiezentrum Kärnten, **Reigber Hermann, Dipl.-Theol., Dipl. Pflegerwirt**, Geschäftsführende Leitung Christophorus Akademie, LMU München, **Reuster Thomas, PD Dr. med. habil. M.A.**, Institut für Geschichte der Medizin, Med. Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, **Sasserath-Alberti Natascha, Dr.**, Kommissariat der Deutschen Bischöfe - Katholisches Büro in Berlin, **Scheiner Ricarda, Psychologin M.Sc.**, Fachpsychologin Palliative Care (BDP-DGP), LMU Klinikum München, **Schneider Barbara, Prof. Dr. med., M.Sc., MBHA**, Chefärztin an der LVR-Klinik Köln, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie, **Schwaiger Karl, Mag.**, Obmann der Hospizbewegung Salzburg, Verein für Lebensbegleitung und Sterbebeistand, **Sperling Uwe, Dr.**, Diplomgerontologe, Universitätsmedizin Mannheim, Geriatriisches Zentrum, **Sitte Thomas, Dr. med.**, Vorstandsvorsitzender, Deutsche Palliativ Stiftung, **Teising Martin, Prof. Dr. phil.**, Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Bad Hersfeld, **Trufin François**, Pflegedienstleiter, Belgien, **Turiaux Julian, M.Sc. Psych.**, Psych. Psychotherapeut, München, **Voltz Raymond, Prof. Dr. med., Dipl. Pall. Med. (Cardiff)**, Facharzt für Neurologie, Direktor des Zentrums für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Köln, **Wagner Birgit, Prof. Dr. habil.**, Professur für Klinische Psychologie & Psychotherapie - Verhaltenstherapie, Medical School Berlin, **Wolfersdorf Manfred, Prof. Dr. med. Dr. hc.**, Universität Bayreuth, ehem. Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik

Berichte

Suizid im klinischen Kontext

Frühjahrs- und Herbsttagung 2024 der DGS

Jörg Schmidt

Viele Suizid geschehen im Umfeld eines Klinikaufenthalts, sei es direkt in der Klinik oder kurz nach der Entlassung. Die Hinterbliebenen sind dann in besonderer Weise schockiert. Dachten sie doch, dass ihr Angehöriger in der Klinik gut behütet oder dass nach der Entlassung die Gefahr eines Suizids gebannt sei. Diese Erfahrungen hören wir bei AGUS immer wieder.

Dass die Versorgung in den Kliniken oftmals nicht optimal ist, ist wohl klar. Doch die Pflegenden und Ärztinnen sowie Ärzte leiden sehr oft ebenfalls darunter. Sie haben einen Beruf gewählt, bei dem sie Menschen helfen wollen, was aber aufgrund so mancher Rahmenbedingungen vielfach nicht möglich ist.

Die diesjährige Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) wollte daher die Möglichkeit des Austauschs zwischen Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Hinterbliebenen und Angehörigen psychisch Kranker schaffen.

Die Veranstaltung fand im April 2024 als Online-Tagung statt und wurde von Jörg Schmidt organisiert. Mehrere Referentinnen und Referenten gaben einen Einblick, und es wurden Modelle einer guten Kommunikation vorgestellt, wie Angehörige besser in die Behandlung eingebunden werden können.

Am Ende der Tagung blieb dennoch der etwas fade Beigeschmack, dass im Laufe der Vorträge eine Art Idealwelt vorgestellt wurde, von der die Realität noch weit entfernt ist. Knapp 150 Menschen nahmen an der Tagung teil. Auch hier stellt sich die Frage, ob sich nicht mehr Verantwortliche aus dem klinischen Bereich für dieses so wichtige Thema interessieren konnten.

Aber das Thema bleibt weiterhin auf der Agenda der DGS. So lautet der Titel der diesjährigen Herbsttagung: „Suizid in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen“. Sie wird vom 10.-12. Oktober 2024 im kbo-Isar-Amper-Klinikum in Haar bei München stattfinden. Details werden zeitnah über die Homepage der DGS veröffentlicht (www.suizidprophylaxe.de).

Vertreter der Suizidprävention setzen Zeichen

Ute Lewitzka & Uwe Sperling

Am 6. Juli 2023 haben die Bundestagsabgeordneten mit überwältigender Mehrheit (692 Ja-Stimmen bei einer Nein-Stimme und vier Enthaltungen) einem fraktionsübergreifenden Entschließungsantrag zur Förderung der Suizidprävention zugestimmt. Darin wird sowohl die Erarbeitung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie als auch die Entwicklung eines Suizidpräventionsgesetzes bis Ende Juni 2024 gefordert. Die erste Forderung nach einer Suizidpräventionsstrategie, die der zuvor bereits auch der Haushaltsausschuss der Bundesregierung aufgegeben hatte, wurde insofern umgesetzt, dass das Bundesgesundheitsministerium am 2. Mai 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie sowie eine Umsetzungsstrategie veröffentlichte. In dieser sind wichtige Punkte enthalten, jedoch lässt sie Zeiträume zur Umsetzung und v. a. Angaben über die Finanzierung völlig offen. Außerdem fehlen wesentli-

che Inhalte für die Stärkung der Suizidprävention wie z. B. die Verankerung der niedrigschwelligen Versorgungsangebote für Menschen in suizidalen Krisen. Ohne eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention droht alles vage zu bleiben.

Um das Anliegen der gesetzlichen Verankerung der Suizidprävention bei den Mitgliedern des Bundestags und auch im Bundesgesundheitsministerium präsent zu halten, hatte sich ein breites Bündnis aus Gruppen und Institutionen aus dem Feld der Suizidprävention, an dem auch die DGS beteiligt ist, auf zwei Aktionen verständigt. Zunächst wurden alle Abgeordneten (außer denen der AfD) unter dem Hashtag Suizidpräventionsgesetz jetzt (#spgjetzt) angeschrieben und sie erhielten als Erinnerungsstütze ein Notizheft mit dem Titelaufdruck „Schreiben Sie Geschichte...“ sowie ein Armband „spgjetzt“. Die zweite Aktion fand dann am 1. Juli 2024 statt, da die vom Deutschen Bundestag vorgegebene Frist für die Vorstellung eines Gesetzentwurfes zu Suizidprävention durch Bundesge-

sundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach Ende Juni ergebnislos verstrichen war. Sie sollte ihn und sein Haus an die Dringlichkeit der Aufgabe erinnern.

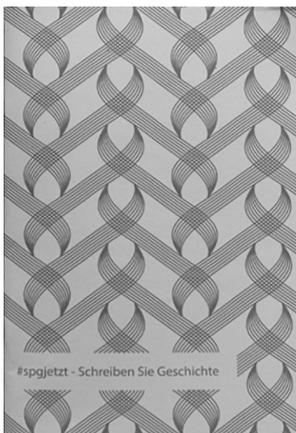
Zu diesem Zweck veranstaltete das Bündnis am 1. Juli 2024 eine Mahnwache in Berlin, Friedrichstraße gegenüber einem Gebäude des Ministeriums. Angemeldet hatte diese die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, vorbereitet wurde sie vom Felberinstitut, der Berliner Fachstelle für Suizidprävention und der DGS.

Mit zwei eindrücklichen Bildern sollte das Ausmaß von 10 000 Suizidtoten jedes Jahr in Deutschland veranschaulicht werden. Für das erste Bild wurden symbolisch 52 Flugzeugmodelle auf dem Bürgersteig aufgestapelt. 52 Verkehrsflugzeuge können etwa 10 000 Personen aufnehmen. Im Bild gesprochen würde also jede Woche ein solches Flugzeug mit seinen Insassen vom Radar verschwinden, ohne dass ausreichende (gesetzlich verankerte) Vorkehrungen für Prävention getroffen würden. Für das zweite Bild wurde mit Hilfe von 500 Topfblumen die Zahl 10 000 auf dem Bürgersteig dargestellt. Zusätzlich informierten die vorübergehenden Passanten eine große Anzahl von Handschildern und zwei Banner Sie trugen verschiedene Aussagen wie z.B. „Alle 52 Minuten stirbt ein Mensch durch Suizid in Deutschland“ über das Thema. Die Blumen wurden zum Abschluss an Passanten verschenkt.

Winfried Hardinghaus und Benno Bolze vom DHPV, Claudia Bausewein von der DGP und andere Vertreter verschiedener Verbände und auch Politiker des Parlamentskreis Suizidprävention wie Lars Rohwer, Kirsten Kappert-Gonther, Diana Stöcker, Simone Borchardt und Michael Brand waren dabei, um diese Mahnwache zu unterstützen. Der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesministers für Gesundheit Edgar Franke bekam als kleine „Erinnerung“ den gerahmten Entschließungsantrag sowie die überzeugende grafische Darstellung des Mehrheitsbeschlusses vom letzten Jahr überreicht. Der Parlamentarische Staatssekretär bestätigte daraufhin, dass derzeit an einem Gesetzentwurf gearbeitet wird.

Jetzt bleibt abzuwarten, was in dem Gesetzentwurf tatsächlich enthalten sein wird. Die dringende Empfehlung, die aus dem Bereich der Suizidprävention kommenden Verbände und Gruppen in den Prozess mit einzubeziehen, ist bis jetzt leider noch nicht beherzigt worden. Es bleibt also hochspannend.

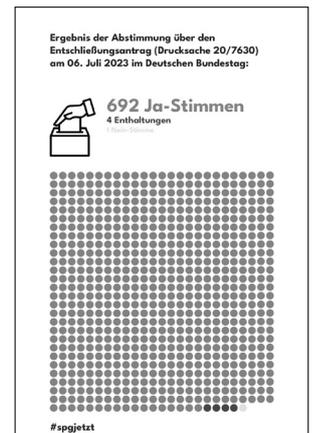
Als Resümee ist unbedingt festzuhalten: Gemeinsames Auftreten schafft mehr Sichtbarkeit und Kraft. Das tut der Suizidprävention gut und bringt Vorhaben voran. Wer hätte vor fünf Jahren damit gerechnet, dass es in absehbarer Zeit eine Nationale Strategie und ein Gesetz geben würde? Wir haben also wirklich etwas erreicht. Aber das darf nicht verspielt werden. Jetzt heißt es dranzubleiben!



Notizheft: „#spgjetzt - Schreiben Sie Geschichte ...“



Kampagne: Leben retten #spgjetzt



Grafische Darstellung des Abstimmungsergebnisses vom 6.7.2024



Blumensymbol: 10 000 Suizide jedes Jahr in Deutschland



Flugzeugsymbol: Prävention!

Neues Certificate of Advanced Studies (CAS) Suizidprävention in der Schweiz ab 2025

Tobias Kuhnert¹ & Stephan Kupferschmid^{2,3}

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und hat viele Facetten. Das Wissen und auch die konkreten Praxisprojekte dazu haben erfreulicherweise in den letzten Jahren stark zugenommen. Um mit diesen Entwicklungen Schritt halten zu können, ist eine intensive Beschäftigung mit diesem komplexen Thema notwendig.

Zu diesem Zweck hat die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Zusammenarbeit mit IPSILON, der schweizweiten Dachorganisation zur Suizidprävention, und mit Unterstützung vom Bundesamt für Gesundheit ein neues Certificate of Advanced Studies (CAS) entwickelt, welches ab 2025 erstmalig durchgeführt wird.

Dieses berufsbegleitende Weiterbildungsprogramm ist speziell darauf ausgerichtet, evidenzbasierte Grundlagen und praxisnahes Wissen zu vermitteln, die dann im konkreten beruflichen Handlungsfeld eingesetzt werden.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Ein besonderer Schwerpunkt unseres Programms sind die interprofessionellen Supervisionsgruppen, die von Dozierenden begleitet werden. Dieser Austausch in Gruppen, die von den Teilnehmenden zeitlich und örtlich autonom organisiert werden, fördert die Selbstreflexion zu dem Thema und auch den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Sie bieten die Gelegenheit, von den Erfahrungen und Perspektiven Ihrer Kolleg:innen zu profitieren und Ihre eigenen Fähigkeiten in einem interprofessionellen Kontext weiterzuentwickeln.

Warum dieses CAS?

Das CAS-Programm zeichnet sich durch seine praxisnahe Ausrichtung, die flexible Gestaltung und die hochwertige Betreuung aus. In einer modernen Lernumgebung, die auf die Bedürfnisse berufstätiger Teilnehmender abgestimmt ist, ist Raum für das Lernen und den Austausch mit engagierten Fachleuten und Expert:innen.

Struktur und Inhalte des Programms

Das CAS-Programm besteht aus zwei Modulen, die jeweils

mit 5 ECTS-Punkten bewertet sind, wobei ein ECTS-Punkt 30 Arbeitsstunden umfasst. Diese umfassende Weiterbildung garantiert eine fundierte und praxisorientierte Spezialisierung in der Suizidprävention.

Die Unterrichtstage sind didaktisch vielseitig gestaltet und umfassen sieben Lektionen à 45 Minuten. Sie finden pro Modul an jeweils 3 Doppeltagen (Freitag und Samstag) über ein Semester verteilt statt. Ergänzt wird der Unterricht durch gezielte Vor- und Nachbereitungsaufgaben, die den Teilnehmenden helfen, das Gelernte zu vertiefen und in die Praxis umzusetzen.

Leistungsnachweise und Anerkennung

Beide Module schließen mit je einem Leistungsnachweis ab, der die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten abbildet. Das erste Modul (Grundlagen der Suizidprävention) kann als Weiterbildungskurs unabhängig vom zweiten Modul (Vertiefung) besucht werden.

Modul 1 (Grundlagen): Vertiefung eines Themas des Moduls mithilfe einer selbstgewählten Methode (z.B. Kurzvortrag, Podcast, Lernportfolio).

Modul 2 (Vertiefung): Transferplanung: Konzeptionelle Planung, Umsetzung und Dokumentation einer konkreten Maßnahme im Themenbereich Suizidprävention am eigenen Arbeitsplatz oder mit einer Partnerorganisation.

Zielpublikum

Fachpersonen aus Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, Medizin und Psychologie, Public Health, betrieblichem Gesundheitsmanagement, Seelsorge sowie Verwaltung.

Ziele

Die Teilnehmenden

- kennen die Grundlagen zu psychischer Gesundheit und Suizidalität.
- können Suizidprävention bezüglich der wissenschaftlichen Evidenz verorten.
- können Aufgaben und Ziele der Suizidprävention aus Sicht verschiedener Disziplinen und Professionen erläutern (Bildung, Soziales, Gesundheit).
- können Ansätze der Suizidprävention, -intervention und -postvention in verschiedenen Disziplinen und Professionen erläutern und – insbesondere in ihrem eigenen bzw. angestrebten Berufskontext – entsprechende Maßnahmen planen, umsetzen, evaluieren und weiterentwickeln.

1 ZHAW Gesundheit, Institut für Public Health, Winterthur, Schweiz

2 Privatklinik Meiringen, Schweiz

3 Ipsilon, Schweiz

- können Organisationen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens unter Aspekten der Suizidprävention analysieren sowie interprofessionell Maßnahmen entwickeln und umsetzen.
- kennen relevante Angebote/Organisationen zu Suizidprävention in ihrer Region.
- sind mit anderen Fachpersonen fachlich und regional vernetzt.
- haben ihre eigenen (professionellen und persönlichen) Haltungen zu Suizidalität reflektiert.

Methodik

Verschiedene Aktivitäten, wie etwa Referate, eSequenzen, eCasts, Webinars, Seminare, Vor/Nachbereitungsaufgaben, Selbststudium, problem-based-learning, Skillstrainings, Orga-

nisationsbesuche/-vorstellungen, Einbezug von Betroffenen und Angehörigen.

Co-Kursleitung

Tobias Kuhnert, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Public Health der ZHAW, Winterthur

Dr. med. Stephan Kupferschmid, Präsident IPSILON, Chefarzt Privatklinik Meiringen

Anmeldeinformationen

<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/weiterbildung/detail/kurs/cas-suizidpraevention>

Ankündigung der Spendenaktion „Press Continue“ zum Internationalen Tag der Suizidprävention 2024

Luna Grosselli

Am 10. September findet der Internationale Tag der Suizidprävention statt, und auch in diesem Jahr wird die Streamerin, Gamerin und Vocal Coach LaNoireSakura in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) eine Spendenaktion unter dem Motto „Press Continue“ durchführen. LaNoireSakura hat sich bereits in den vergangenen zwei Jahren für die Themen psychische Gesundheit und Suizidprävention engagiert, indem sie durch ihre Streaming-Aktivitäten Spenden für die DGS gesammelt hat. Bei ihren Streams sind informative Videos entstanden, die über die Suizidprävention sowie über die Arbeit der DGS informieren und die man auf den Plattformen der Autorin (z. B. Youtube) abrufen kann. Im gesamten Monat September wird sie erneut ihre Gaming-Community mobilisieren, um Bewusstsein zu schaffen und Gelder für die Suizidprävention zu sammeln.

Gaming und Spenden: Eine kraftvolle Kombination

LaNoireSakura wird eine Vielzahl von Videospielen streamen und dabei ihre Zuschauer ermutigen, für die DGS zu spenden. Zusätzlich zu den Spiele-Streams wird sie gemeinsam mit der DGS mehrere Talks organisieren, die verschiedene Aspekte der Suizidprävention thematisieren. Bisher sind Talks zur Arbeit der DGS, zu Projekten der Suizidprävention, zu Suizidprävention bei Jugendlichen und bei Männern geplant. Weitere Themen sind gerade in Planung.

Unterstützung durch Sponsoren

Mehrere Sponsoren haben bereits ihre Unterstützung zugesagt und werden Preise und Goodies für Spender zur Verfü-

gung stellen (Veganz, SkyCatGames, Myuu – Nicolas Gasparini, Just Depressed Clothing, Sabine Gasparini Vocal Coaching). So wird die Spendenaktion noch spannender für Zuschauer und Neugierige – denn Suizidprävention und gesellschaftliches Engagement können auch Spaß machen!

„Press Continue“ – Ein Motto mit Botschaft

Das diesjährige Motto „Press Continue“ bezieht sich auf die „Continue“-Schaltfläche in Videospielen und soll Menschen in schwierigen Lebenssituationen ermutigen, nicht aufzugeben und sich für das Leben zu entscheiden. Es ist ein Aufruf, weiterzumachen und neue Wege zu finden, um Hilfe und Unterstützung zu suchen.

Teilnehmen und Mitmachen

Aktuelle Informationen zu den genauen Terminen und Themen der Talks sowie eine vollständige Liste der Sponsoren und die Links zu den Streams werden in Kürze auf der Website der DGS veröffentlicht. Interessierte sind eingeladen, regelmäßig die Website zu besuchen, um keine Neuigkeiten zu verpassen. Engagieren Sie sich für die Suizidprävention, oder sind Sie Betroffene:r bzw. Angehörige:r, oder haben Sie einfach etwas Interessantes zum Thema zu erzählen? Wir sind aktuell für weitere Partner für Talk-Runden offen. Melden Sie sich gerne bei uns über das Kontaktformular der DGS-Internetseite oder direkt per E-Mail an dgs.gf@suizidprophylaxe.de. Auch Sponsoren, die mit weiteren Goodies, Aktionen oder Spenden teilnehmen möchten, sind willkommen!

Die DGS dankt allen Unterstützern und Teilnehmern im Voraus für ihr Engagement und ihre Hilfe bei dieser wichtigen Initiative.

DGS-Nachrichten

Mitgliederversammlung der DGS mit Wahlen

Liebe Mitglieder der DGS,

herzliche Einladung zur diesjährigen Mitgliederversammlung der DGS am Freitag, den 11. Oktober 2024 von 16.00-18.00 Uhr in Haar bei München im Rahmen der 52. Jahrestagung der DGS.

Die Tagesordnung wird rechtzeitig auf der Webseite der DGS veröffentlicht (<https://www.suizidprophylaxe.de/>).

Es sind gerade sehr bewegte Zeiten in der Suizidprävention mit vielleicht einmaligen Chancen, etwas zu bewegen. Deshalb:

Bringen Sie sich ein, jede und jeder wird gebraucht und kann sich einbringen; sei es bei der Gestaltung der Homepage, bei der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ und auch im Vorstand! Überlegen Sie doch gern im Vorfeld, was Sie sich vorstellen können - und sprechen oder schreiben Sie uns an, wenn Sie mehr dazu wissen wollen.

Ihr

Vorstand der DGS

52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention:

Suizid in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen
Gesellschaftshaus Ringstraße 36, 85540 Haar

PROGRAMM

Donnerstag, 10.10.2024

- 16.00 Ankunft, Registrierung und Abholung der Tagungsunterlagen
- 17.00 Eröffnung der Tagung
Grußworte
PD Dr. Ute Lewitzka, Vorsitzende DGS
- 18.00 Festvortrag
Selbstbestimmung und Suizid. Ethische Anmerkungen zu einer komplizierten Beziehungsgeschichte.
Prof. Dr. Peter Darbrock
- 19.00 Get together inklusive Verleihung des Hans-Rost-Preises,
Kleines Theater Haar
(Casinostraße 6, 85540 Haar)

Freitag, 11.10.2024

- 9.00 Grußworte
 - Judith Gerlach, Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention
 - Thomas Schwarzenberger, Bezirkstagspräsident Oberbayern
- 9.30 Plenarsymposium: Suizide in Kliniken und Einrichtungen
Moderation Prof. Dr. Peter Brieger & Prof. Dr. Claudia Bausewein
- 11.00 Pause
- 11.30 Medizinrechtliche Aspekte zu Suiziden in Kliniken und Einrichtungen
Prof. Dr. Tanja Henking, LL.M.
- 12.30 Mittagspause

- 14.00 Parallelsymposien (vorläufige Planung)
- Netzwerke
 - Kinder und Jugendliche
 - Suizidprävention DACH „Drei Länder“
 - Psychotherapeutische Aspekte: was bedeutet Suizidalität bei psychischen Störungen für Betroffene, Angehörige und professionellen Helfern (triologisch)
 - Suizide und Suizidprävention in Institutionen
 - Ethische Aspekte
 - Erforschung suizidalen Verhaltens

16.00 DGS-Mitgliederversammlung mit Wahlen

18.30 Gesellschaftsabend, Café Jedermann
(Ringstraße 36, 85540 Haar)

Samstag, 12.10.2024

- 9.00 Assistierter Suizid – Zahlen und Fakten
Priv. Doz. Dr. med. habil. Sabine Gleich
- 9.30 Podiumsdiskussion mit Kurzbeiträgen:
Suizidprophylaxe – Quo Vadis?
- 10.30 Pause
- 11.00 Suizidprophylaxe
Prof. Dr. Thomas Niederkrotenthaler
- 12.00 Mittagsimbiss, Ende der Veranstaltung

Orte:

- kbo-Isar-Amper-Klinikum | Haar
- Gesellschaftshaus Ringstraße 36, 85540 Haar (Tagung)
- Kleines Theater Haar (Donnerstagabend)
- Casinostraße 6, 85540 Haar
- Café Jedermann (Freitagabend) Ringstraße 36, 85540 Haar

Tagungsgebühren

Die Teilnahme für alle 3 Tage beträgt für Mitglieder der DGS 150 Euro, für Nicht-Mitglieder 180 Euro.

Teilnahme an einzelnen Tagen möglich, pro Tag beträgt der Tagungsbeitrag 50 Euro (für Mitglieder) bzw. 60 Euro (Nichtmitglieder)

Die beiden Abendveranstaltungen kosten jeweils 40 Euro für Speisen und Getränke und sind separat zu entrichten.

Die Tagung wird von der „Dr. Elias und Hedwig Gulinsky-Stiftung“ mit 6.000 Euro unterstützt

Kontakt und Anmeldung

kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München | Vockestraße 72 | 85540 Haar

Henner Lüttecke | Telefon | 089 4562-2822 | E-Mail | dgs-2024-iaak@bzob.de

Bitte überweisen Sie den Tagungsbeitrag auf folgendes Konto: kbo-Isar-Amper-Klinikum | Kreissparkasse München | BIC: BYLADEM1KMS | IBAN: DE95702501500080320062

Fortbildungspunkte sind beantragt.

Weitere Informationen unter <https://kbo-iaak.de/> oder <https://www.suizidprophylaxe.de/> „Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention vom 10.–12. Oktober 2024“

Um die digitale Version zu lesen, können Sie entweder den QR-Code einscannen (z. B. mit Ihrem Smartphone oder Tablet) oder den Link in Ihren Browser kopieren, um das Heft online abzurufen:

Link: <https://roderer-verlag.de/sp197>

Bitte verwenden Sie, wenn Sie bei der Öffnung der Datei dazu aufgefordert werden, folgendes Passwort: **sp197** (bitte auf Groß- und Kleinschreibweise achten)

QR-Code:



Buchbesprechungen

Murmel Clausen

Leming

Voland & Quist Verlag, Berlin und Dresden 2024, 204 S.

In der ehrwürdigen „ZEIT“ (Nr. 25, 06.06.2024), die in literaturkritischer Hinsicht der Suizidprophylaxe mindestens ebenbürtig ist, steht zu lesen, dass dieses Buch mit Leichtigkeit geschrieben sei.

Es ist auch mit Leichtigkeit zu lesen und trotzdem werden – gut in den Erzählfortgang eingebaut – einige bedeutsame Probleme des Jugendalters abgehandelt: erschwerte Startbedingungen im Kindesalter, belastende Elternkonstellationen, Familienprobleme und quälendes Grübeln darüber, wer man ist, wie man werden will und wie man auf andere wirkt. Außerdem geht es um Drogen, Selbstverletzung, Suizidalität, Suizidforen und Sexualität. Natürlich werden diese Fragen nicht gleich in dem Buch beantwortet, sonst wäre es kein Buch, sondern ein Wunder.

Formal handelt es sich um einen Roadtrip-Roman, in dem sich erst zwei, dann drei Jugendliche auf den Weg zum Plattensee machen, um sich dort zu suizidieren. Einer davon, Kolja, stellt sich von Anfang an außerhalb der Gruppe und möchte vor allem seine beiden Freunde, Reinhold und Verena, vom Suizid abhalten. Es ist deshalb nicht überraschend, dass das Buch zwar kein wirklich gutes, aber ein anderes Ende nimmt, als man anfangs befürchten könnte. Nebenbei und wie als Kommentare zu den Suizidabsichten der Jugendlichen werden andere Todesfälle beschrieben: Eine angefahrene Katze wird zum Tierarzt gebracht und dort eingeschläfert, eine verzweifelte Mutter springt vom Balkon, der ungarische Großvater wird von den Jugendlichen erhängt in seinem Häuschen aufgefunden, ein tödlicher Unfall zum Abschluss. Das alles wird nicht oberflächlich, aber auch nicht schwermütig erzählt, ist als Jugendroman konzipiert und auch für Jugendliche geeignet. Bei aller Problematik ein positives Buch und ein Buch ohne Zeigefinger.

Bei Büchern über Suizidalität ist es üblich, dass am Ende eine Liste mit Notrufmöglichkeiten angegeben wird. Dies ist in sparsamer Weise auch in „Leming“ erfolgt.

Hellmuth Braun-Scharm

Tagungskalender

European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour (ESSSB)

27.-31. August 2024
Rom, Italien

Info: <https://www.esssb18.eu/>

Jahreskongress der SGKJPP 2024

Hauptthema „Prävention ist Heilung“

30. August 2024
CHUV, Lausanne, Schweiz

Info: <https://organizers-congress.org/frontend/index.php?sub=242>

Jahreskongress SGPP 2024

12.-13. -September 2024
Bern, Schweiz

Info: <https://www.psy-congress.ch/frontend/index.php>

DGKJP-Kongress

18.-21. September 2024

Krise? - Wandel!

Rostock, Deutschland

Info: <https://www.dgkjp-kongress.de/kongress/grusswort.html>

52. DGS-Herbsttagung

Suizidalität in therapeutischen Beziehungen und Einrichtungen

10.-12. Oktober 2024

kbo-Klinikum HAAR

München, Deutschland

Info: <https://www.suizidprophylaxe.de>

Lasst uns reden: Fachtagung Suizidprävention im Alter

„Ich will so nicht mehr weiterleben“

Ältere Menschen gehören zur Hochrisikogruppe für suizidale Handlungen. Dahinter steckt meist eine tiefe Verzweiflung, die alles ausweglos erscheinen lässt. Älter werden bedeutet viele Verlusterfahrungen: Geliebte Menschen sterben, der Körper verliert an Vitalität, der Geist wird langsamer. Die Erwerbsarbeit ist Vergangenheit. Das soziale Netz wird durchlässig. Eine leistbare Pflege erscheint für viele zunehmend fraglich. Das kann zu Einsamkeit, Traurigkeit, Wut, Angst, Wertlosigkeit und in letzter Konsequenz zu dem Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, führen. Im Rahmen der Fachtagung erörtern wir, was es braucht, damit Menschen im Alter ein gutes Leben führen können, wie die Unterstützung für suizidale ältere Menschen aussehen kann und welche Erfahrungen es mit Assistierte Suizid gibt.

Termin:

Donnerstag, 5. September 2024
von 14:00 bis 17:00 Uhr |
Einlass ab 13:30 Uhr

Ort:

OÖNachrichten FORUM, 4010 Linz,
Promenade 23

Vorträge:

- Dr. Claudius Stein, Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut
- Dr. Thomas Kapitany, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut

Podiumsdiskussion mit:

- Dr. Claudius Stein, Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut
- Dr. Thomas Kapitany, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut
- LH a.D. Dr. Josef Pühringer, Landesobmann Seniorenbund
- OÖLRⁱⁿ a.D. Birgit Gerstorfer MBA, Landespräsidentin Pensionistenverband
- Angelika Feichtner MSc, DGKP, Fachbuch-Autorin
- Mag.^a Silvia Breitwieser, TelefonSeelsorge – Notruf 142

Moderation:

- Dr.ⁱⁿ Christine Haiden, Journalistin, Autorin

Get-Together

ab 17:00 Uhr

Anmeldung:

BEZIEHUNGLEBEN.AT unter folgendem Link: „Ich will so nicht mehr leben“ Fachtagung Suizidprävention im Alter Do, 5. September 2024 (office.com)

Oder QR-Code:



Eine Teilnahme ist auch online möglich.

Veranstalter:

beziehungleben.at und
TelefonSeelsorge OÖ - Notruf 142

Die Veranstaltung wurde beim ÖBVP mit 4 Fortbildungseinheiten eingereicht.

Anzeige

Herbert Csef

Gemeinsam sterben

Die berühmtesten Doppelsuizide

2023, ISBN 978-3-89783-989-2, € 24,90, Roderer

In dem Buch werden alle Formen des Doppelsuizids nach ihrer Art, Häufigkeit und Motiv erklärt und am Beispiel realer Doppelsuizide beschrieben. Darunter sind so berühmte Beispiele wie die Doppelsuizide von Stephan Zweig, Kronprinz Rudolf mit ihren Partnerinnen, auch die Doppelsuizide von der Grünen Politikerin Petra Kelly mit dem General Gerd Bastien sowie viele weitere Fälle. Mit einem großen Kapitel über Epidemiologie erfüllt es auch den Zweck eines Lehrbuchs zum Doppelsuizid.



Charlotte Salomon

Leben oder Theater: Ein Singspiel, Der Selbstmord einer Schülerin 1940, Amsterdam, Jüdisches Museum Amsterdam (Joods Museum).

Charlotte Salomon wurde als Tochter des Chirurgen Albert Salomon (1883–1976) und seiner Frau Franziska, geb. Grunwald (1890–1926), in eine liberale jüdische Familie geboren. Sie wuchs in einem bürgerlichen Umfeld in Berlin-Charlottenburg auf. Nach dem Suizid ihrer Mutter 1926 bis zur erneuten Heirat ihres Vaters 1930 mit der Konzertsängerin Paula Lindberg war der Haushalt von wechselnden Kindermädchen geprägt.

Ab 1927 besuchte sie das Fürstin-Bismarck-Gymnasium, eine Schule für die höheren Töchter Charlottenburgs. Sie verließ die Schule 1933, ein Jahr vor dem Abitur, um den antisemitischen Anfeindungen zu entgehen, die dort seit der Machtergreifung der Nationalsozialisten alltäglich waren. Zum Wintersemester 1935/36 wurde sie – zunächst auf Probe – an den Vereinigten Staatsschulen für Freie und Angewandte Kunst (heute Universität der Künste Berlin) in Berlin-Charlottenburg aufgenommen. Trotz der immer weiter zunehmenden Schikanen gegen jüdische Bürger wurde sie im Februar 1936 regulär immatrikuliert, da ihr Vater als Frontkämpfer des Ersten Weltkrieges anerkannt war und sie daher von dem vorübergehenden Frontkämpferprivileg profitieren konnte. Nachdem ihr bei einem Wettbewerb der Kunsthochschule der erste Platz, der ihr von der Jury zuerkannt werden sollte, wegen ihrer jüdischen Herkunft versagt wurde, verließ sie die Hochschule im Herbst 1937.

Im Januar 1939 emigrierte Charlotte Salomon nach Frankreich. Dort lebte sie in Villefranche-sur-Mer bei Nizza bei ihren Großeltern, die dort bereits seit 1934 wohnten. Im Juni 1940 besetzten deutsche Truppen weite Teile Frankreichs; am 22. Juni unterschrieb Marschall Pétain einen kapitulationsähnlichen Waffenstillstand mit Deutschland. Die ältere Schwester ihrer Mutter Charlotte, nach der sie benannt ist, hat sich mit knapp 18 Jahren im Schlachtensee ertränkt. Der Bruder und die Schwester ihrer Großmutter hatten sich das Leben genommen. Und auch ihre Mutter, Franziska ist hochgradig depressiv, stürzt sich nach einem gescheiterten Suizidversuch im Beisein der Tochter aus dem Fenster. Erst zu diesem Zeitpunkt erzählt ihr der Großvater von den vielen Suiziden in der Familie und auch vom Suizid der Mutter. „Lieber Gott, lass mich bloß nicht wahnsinnig werden“ schreibt, ja schmiert Charlotte quer über das Papier, das ihren inneren Zustand nach dem Tode ihrer Großmutter zeigt, ein Hölleninferno aus roten und orangenen Flammen.

Der Tod der Großmutter (Suizid) und das Erlebnis der Internierung versetzten Charlotte Salomon in eine tiefe Krise. Um die Ereignisse zu verarbeiten, begann sie auf Anraten eines Arztes wieder zu malen. Am 11. November 1942 besetzte die Wehrmacht Südfrankreich. Im Juni 1943 heiratete Charlotte den österreichischen Emigranten Alexander Nagler, den sie nach ihrer Flucht kennengelernt hatte. Das Ehepaar wurde verraten, am 24. September 1943 in Nizza verhaftet und am 27. September in das Sammellager Drancy bei Paris verschleppt. Dort startete am 7. Oktober der convoi no. 60 (ein Zug mit Viehwaggons) in das Konzentrationslager Auschwitz-Birkenau; das Ehepaar wurde deportiert. Charlotte Salomon, im fünften Monat schwanger, wurde – vermutlich sofort nach ihrer Ankunft im KZ Auschwitz – am 10. Oktober 1943 ermordet. Ihr Ehemann starb am 2. Januar 1944 an den Folgen der unmenschlichen Haftbedingungen.

Zwischen 1940 und 1942 entstanden binnen 18 Monaten 1325 Gouachen expressionistischen Stils. Etwa 800 Blätter im Format 32,5 × 25 cm hat Charlotte Salomon ausgewählt und nummeriert. Zusammen mit erläuternden Texten und Hinweisen auf Musikstücke erzählen sie unter dem Titel *Leben? oder Theater? Charlotte Salomons Leben*. Das Werk ist in seinem Aufbau einem Theaterstück mit allen seinen Bestandteilen in Akten und Szenen vergleichbar.

Das Bild wurde 2023 von mir in der Städtischen Galerie im Lenbachhaus und Kunstbau, München, gesehen. Dabei stand folgender Text: *Der Selbstmord einer Achtzehnjährigen (!) Charlotte sucht Tod im Schlachtensee! „Gestern Abend ertränkte sich ein junges Mädchen im Schlachtensee. Die gefundene Leiche wurde heute Morgen vom Vater im Leichenschauhaus identifiziert. Wir sprechen den Eltern unser herzlichstes Beileid aus und hoffen, sie werden Trost in ihrer älteren Tochter finden“ (Voss Zeitung).*

Thomas Bronisch

Literatur

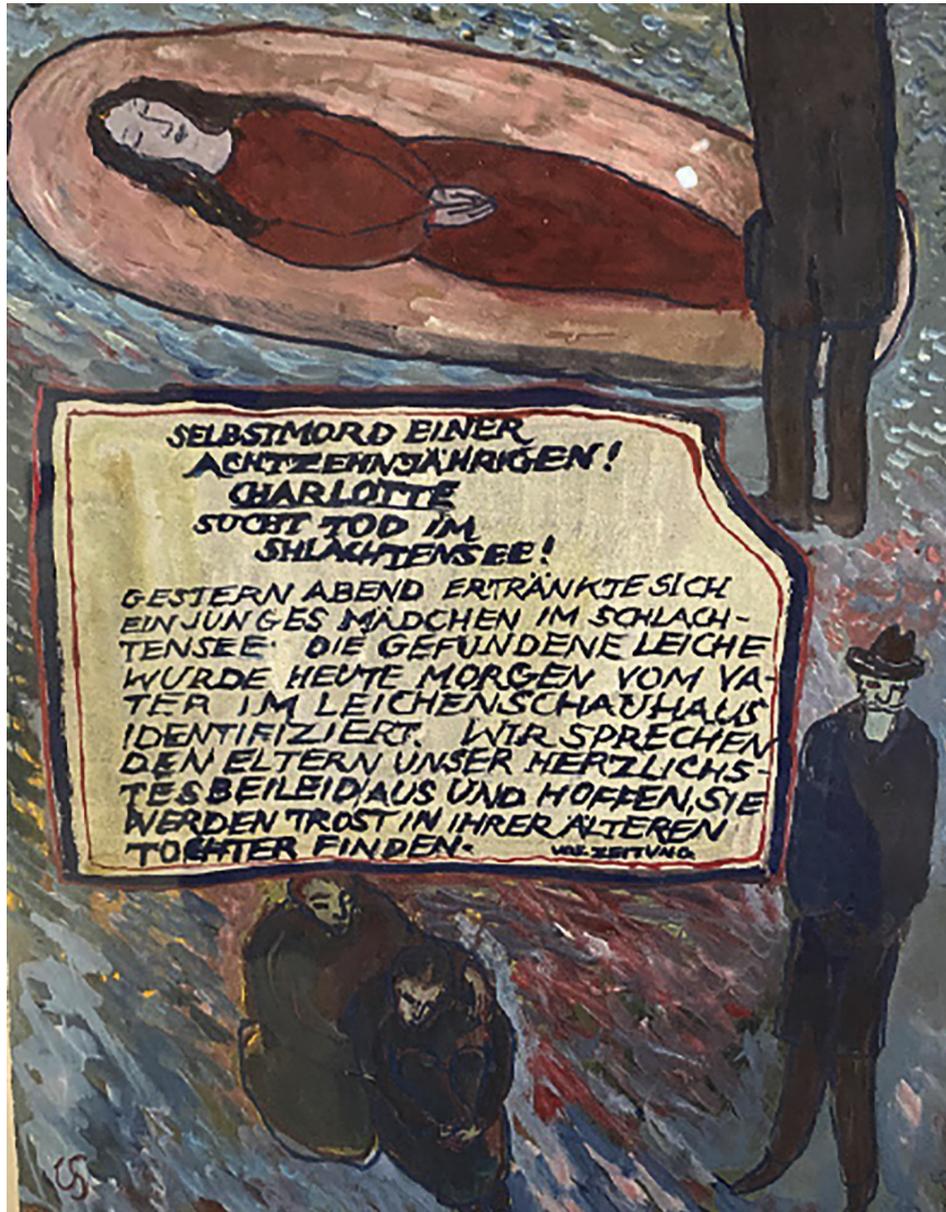
Beuthien T (2023) Tausend Seiten Tod und Leben. Art Magazin, März: 37-47

Salomon C: https://fr.wikipedia.org/wiki/Charlotte_salomon 14.04.2024

*Lenbachhaus und Joods Museum (2023) Charlotte Salomon. *Leben? Theater?* 31.03. – 10.09.2023.*

Beiheft: Museum Städtische Galerie im Lenbachhaus und Kunstbau München

Der Suizid in der bildenden Kunst



Charlotte Salomon
Leben oder Theater: Ein Singspiel
Der Selbstmord einer Schülerin 1940
Amsterdam
Jüdisches Museum Amsterdam (Joods Museum)

