



## **Positionspapier des Netzwerks für Suizidprävention in Dresden zur Versorgungssituation suizidaler und suizidgefährdeter Menschen**

### **Suizidzahlen in Deutschland und Sachsen**

Das statistische Bundesamt zählte im Jahr 2016 **9 838** Suizidfälle in Deutschland (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2019). Diese Zahl ist höher als die durch Verkehrsunfälle, Drogen, HIV und Kriminalität verursachten Sterbefälle zusammen. Sachsen hat mit 15,8 Suiziden auf 100 000 Einwohner die höchste Suizidrate bundesweit – allein 2016 nahmen sich 645 Personen das Leben (Statista, 2019; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2019). Suizidalität ist ein ernsthaftes Problem der öffentlichen Gesundheit und die Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen erfordert die gemeinsame Anstrengung verschiedenster Akteure der Gesundheitsversorgung.

### **Netzwerk für Suizidprävention in Dresden**

Im Rahmen vom Dresdner Netzwerk für Suizidprävention initiierten und vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Treffen berieten im September 2018 und im Mai 2019 mehr als 30 Vertreter verschiedener regionaler Akteure in der Versorgung von Menschen in Krisensituationen über die aktuelle Versorgungssituation von suizidgefährdeten Personen, die damit verbundenen Barrieren und mögliche Verbesserungsvorschläge. Zu diesen Akteuren zählen u.a. psychiatrische und psychosomatische Kliniken, Krisendienste, psychosoziale Beratungsstellen sowie niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in der Stadt Dresden und dem Umland sowie Vertreter von Betroffenenverbänden.

Mit diesem Positionspapier möchte das Netzwerk für Suizidprävention in Dresden auf die momentane Versorgungssituation suizidgefährdeter Personen sowie auf damit im Zusammenhang stehende Schwierigkeiten und Barrieren hinweisen, mit denen Betroffene und Behandelnde gleichermaßen konfrontiert sind. Das hier vorliegende Positionspapier stellt ein Basisdokument dar und adressiert verschiedene strukturelle und Versorgungsebenen. Es kann als Grundlage zur Ausformulierung und Erstellung adressatengenaue Dokumente dienen.

### **Barrieren in der Versorgung suizidaler und suizidgefährdeter Menschen**

Suizidalität manifestiert sich häufig, jedoch nicht in jedem Fall, im Zusammenspiel mit psychischen Erkrankungen, vor allem mit affektiven und substanzbezogenen Störungen (Bertolote et al., 2004). Die Versorgung suizidgefährdeter Menschen muss daher auch im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen betrachtet werden.

**Begrenzte  
Versorgungskapazitäten im  
ambulanten und  
stationären Bereich**

Eine grundlegende strukturelle Hürde über die verschiedenen Versorgungsebenen hinweg betrifft die nicht ausreichende Anzahl der zur Verfügung stehenden Therapieplätze. Der zeitnahe Zugang zu einer ambulanten fachärztlichen Versorgung ist stark eingeschränkt. Patienten werden aufgrund bereits erreichter Versorgungskapazitäten der Praxen abgelehnt oder erhalten langfristige Termine. So können selbst bei suizidalen Patienten lange Wartezeiten nicht ausgeschlossen werden. Jüngste Untersuchungen zeigen eine durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz von 19,9 Wochen an (BPtK, 2018). Langzeitstudien belegen eine dreimal höhere Suizidrate bei unbehandelten affektiven Störungen als bei behandelten (Angst et al., 2005). Dies impliziert die Notwendigkeit der schnellen Abklärung der Suizidalität und ggf. die rasche Einleitung einer adäquaten Behandlung zur Verhinderung suizidaler Handlungen. Daher sind Bemühungen zur Erhöhung der Versorgungskapazitäten im Hinblick auf patientennahe Angebote sowohl im Vorfeld suizidaler Handlungen (in der ambulanten Krisenintervention) als auch in der Akutversorgung (der stationären Versorgung) ein wichtiger Schritt. Dazu bedarf es einer Koordination und Abstimmung der Bemühungen zwischen Gesundheitspolitik, Versorgern und Stakeholdern.

**Keine optimale  
Ressourcenverwendung**

Es bestehen zahlreiche und vielgestaltige Versorgungsstrukturen, die noch besser ausgeschöpft werden könnten. Eine Vielzahl von qualifizierten Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen leistet eine hervorragende Arbeit zur Abklärung der Suizidalität im Vorfeld der Wahrnehmung eines ambulanten oder stationären Therapieangebots. In zahlreichen Fällen ermöglichen Beratungstermine eine große Entlastung bei den Betroffenen (beispielsweise bietet der psychosoziale Krisendienst des Gesundheitsamtes der Stadt Dresden bis zu 5 Beratungsgespräche für Klienten in Krisensituationen an). Ungeachtet dieser und weiterer ambulanter niedrigschwelliger Angebote wird ein Teil der suizidalen Personen direkt in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Gründe dafür liegen – neben einer schweren psychischen Erkrankung – auch in der zeitlich begrenzten Verfügbarkeit für eine vorübergehende intensive Begleitung oder auch für die Vermittlung in Angebote, die eine weitere klinische Einschätzung des Zustandes des Betroffenen erlauben. Wie frühere Erfahrungen gezeigt haben, ermöglicht die Einrichtung einer spezialisierten Ambulanz für suizidgefährdete Menschen an den psychiatrischen Fachkliniken eine intensive Begleitung von suizidalen Patienten in kritischen Phasen, die Betreuung von Patienten mit chronischer Suizidalität sowie ggf. eine zeitnahe psychiatrisch/ psychotherapeutisch/ soziale Versorgung. Suizidalität manifestiert sich nicht ausschließlich im Rahmen einer psychischen Erkrankung. Für diese Betroffenen können stationäre Krisenbetten, die nicht direkt in einer Akutpsychiatrie angesiedelt sind, temporären Schutz in einer Krise bieten. Sie stellen einen niedrigschwelligen Zugang dar und ermöglichen eine Entlastung der stationären psychiatrischen Einrichtungen. Bisherige Informationskampagnen über bestehende Angebote haben noch nicht die Mehrzahl der Betroffenen erreichen können. Damit bleiben Angebote unbekannt. Zugleich können individuelle Hürden einem Kontakt mit dem Versorgungssystem entgegenstehen. Hier sehen wir in einer zielgruppenorientierten Information über niedrigschwellige Angebote mittels zeitgemäßer und effizienter Kommunikationskanäle (z.B. interaktive Website) einen möglichen Ansatzpunkt für eine größere Ausschöpfung der Ressourcen, damit es diesen Betroffenen und auch den Angehörigen möglich ist, fachgerechte Hilfe anzunehmen.

**Erschwerte  
Weitervermittlung in  
stationäre  
Behandlungsangebote**

Schwerbelastete, nicht akut suizidale Patienten, die eine stationäre Behandlung benötigen, werden nach bzw. auch während einer ambulanten Therapie oder Beratungsgespräche in stationäre Behandlungsangebote weitervermittelt. Die Weitervermittlung dieser Patienten gestaltet sich aus der Sicht der in Beratungsstellen tätigen Professionen und der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mitunter als sehr schwierig. Grund hierfür sind die schwankenden Wartezeiten in den psychiatrischen Kliniken und die nicht vorhandene Information über freie Behandlungsplätze in den jeweiligen zuständigen Kliniken. So müssen oft alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken kontaktiert werden, um die Wartezeiten und die vorhandenen stationären Therapieplätze zu erfragen. Eine Zentralstelle, die über aktuelle Wartezeiten und vorhandene stationäre Behandlungskapazitäten informiert, würde das Weitervermittlungsprozedere für diese Patienten spürbar erleichtern.

**Schulungsbedarf für  
Fachpersonal**

Beteiligte Fachleute, die suizidgefährdete Menschen außerhalb der psychiatrischen Kliniken betreuen, wünschen sich Fortbildungsangebote, um zwischen akuter und nicht-akuter Suizidalität verlässlicher unterscheiden zu können. Betroffene mit vorliegender Suizidalität, aber ohne Handlungsdruck, werden daher – oft notärztlich – in eine psychiatrische Klinik aufgenommen, ohne dass es der psychische Zustand unbedingt erforderlich machen würde. Alle Beteiligten dieses Netzwerkes sind sich einig, dass die Kompetenz zur Erkennung akuter Suizidalität durch fest etablierte und wiederholte Schulungen u.a. für Hausärzte, Notärzte, Ersthelfer, Pflegekräfte, Sozialpädagogen, Lehrkräfte und Seelsorger gestärkt werden kann, um niedrigschwellig und kurzfristig eine passende Beratung anbieten und frühzeitig geeignete Behandlung anbahnen zu können.

**Stigmatisierung / Fehlende  
Aufklärungskampagnen  
über Suizidalität**

Trotz der hohen Suizidzahlen und der weiterhin vorhandenen Stigmatisierung der Suizidalität fehlen (nicht nur) in Sachsen Aufklärungskampagnen über Suizidalität und deren Behandlungsmöglichkeiten. Noch immer verbreitete Mythen zu Suizidalität, etwa dass das Reden über Suizidalität zu suizidalen Handlungen auffordere, könnten hierfür mit ursächlich sein. Viele suizidgefährdete Menschen thematisieren ihre Suizidalität kaum und können somit von ihrem Umfeld nicht unterstützt werden. Hinzu kommt, dass Angehörige und professionelle Helfer (Lehrkräfte, Betreuer etc.) bei geäußelter Suizidalität nicht genau wissen, wie die betroffene Person zu unterstützen ist und welche Stellen bei dieser Thematik am schnellsten eine für die jeweilige Problematik geeignete Hilfestellung anbieten können. Aufklärungskampagnen zur Entstigmatisierung der Suizidalität und Stärkung der Gesundheitskompetenz – vor allem für Jugendliche – tragen dazu bei, dass Hilfe schneller von Betroffenen aufgesucht und Unterstützung rechtzeitig veranlasst werden kann.

## Wie können die Barrieren überwunden werden? Ideen, Ansätze und Maßnahmen

Zur Überwindung der genannten Barrieren in der Versorgung suizidgefährdeter und suizidaler Menschen wurden im Rahmen der NeSuD-Netzwerktreffen Maßnahmen diskutiert:

### Erweiterung und Optimierung der Versorgungskapazitäten

Erweiterung sowie Optimierung der Versorgungskapazitäten durch mehr Therapieplätze, stärkere Vernetzung zwischen und im ambulanten und stationären Bereich sowie Ausbau von Angeboten für spezifische Zielgruppen zur Verringerung der Wartezeiten: Die im Psychatrieplan der Stadt Dresden (2013) beschriebene Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigt eine voll ausgelastete stationäre Versorgung an. Zusammen mit den o.g. Wartezeiten im ambulanten Bereich scheinen die Versorgungskapazitäten noch immer nicht ausreichend. Die für Betroffene im Kindes- und Jugendalter bestehenden Hilfsmöglichkeiten (z.B. über Lehrkräfte oder Erzieher, Kinderärzte, Kinderpsychiater etc.) entfallen mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter sehr häufig, so dass hier eine weitere Versorgung und der Übergang in die Erwachsenenversorgung erschwert ist.

### Stärkung der Zusammenarbeit von niedrig- und höherschwelligen Angeboten

Optimierung der Verwendung vorhandener Versorgungskapazitäten durch die Stärkung und Bekanntmachung der Arbeit niedrigschwelliger Angebote für suizidgefährdete Menschen sowie die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen niedrig- und höherschwelligen Behandlungsangeboten. Hierfür stellen regelmäßige Treffen und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und Curricula gute Vernetzungsmöglichkeiten dar (u.a. durch die Koordinationsarbeit des Netzwerks für Suizidprävention in Dresden).

### Einrichtung einer zentralen Informations- und Koordinierungsstelle

Mittel- bis langfristige Einrichtung einer zentralen Informations- und Koordinierungsstelle für Fachleute und Betroffene (z.B. online, telefonisch), die über aktuell vorhandene Therapieplätze und Wartezeiten im stationären Bereich informiert, mit dem Ziel die Weitervermittlung von Patienten/ Betroffenen in geeignete niedrig- oder höherschwellige Hilfeangebote zu optimieren. Hierzu wurde in Frankfurt ein erstes Modellprojekt gestartet und jüngst auf Hessen ausgeweitet. Auch in Bayern wird ab 2020 eine rund um die Uhr erreichbare einheitliche Rufnummer für Menschen in einer akuten psychischen Notlage eingerichtet (Ärzteblatt, 2018).

### Stärkung der Kompetenz zur Erkennung von Suizidalität

Stärkung der Kompetenz zur Erkennung von Suizidalität von Fachpersonen wie Hausärzte, Notärzte, Ersthelfer, Lehrkräfte, Betreuer, Seelsorger sowie Mitarbeiter öffentlicher Einrichtungen, die mit dem Thema Suizidalität in Berührung kommen (z.B. Jobcenter, Jugendamt, Justiz- und weiterer Staatsdienst). Dies kann durch regelmäßige Weiterbildungen und Schulungen sowie regelmäßige und flächendeckende Fort- und Weiterbildungsangebote für Gatekeeper gelingen, um über Warnsignale einer möglichen

Suizidgefährdung aufzuklären und über hilfreiche Verhaltensweisen sowie Weiterverweisungsmöglichkeiten zu adäquaten Hilfsangeboten zu informieren. Dabei muss nicht zwingend das Ausmaß der Beschwerden (etwa von Suizidalität) erkannt werden – dies ist gegebenenfalls Aufgabe von ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologisch-tätigen Kollegen. Allerdings gilt es Warnsignale zu (er-)kennen. Wünschenswert wäre hier eine stetige Verankerung in die bereits bestehenden Ausbildungsinhalte der jeweiligen Berufsgruppen bzw. auch die zentrale Bündelung von Weiterbildungsinhalten für die verschiedenen Berufsgruppen, um so Ressourcen zu bündeln und Synergien zu schaffen.

### Aufklärungs- und Entstigmatisierungs- kampagnen

Aufklärungskampagnen in der breiten Öffentlichkeit zur Entstigmatisierung des Themas Suizidalität und psychischer Erkrankungen im Allgemeinen sowie Informationen über Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Am Beispiel der Aufklärungsarbeit für Verkehrssicherheit wünscht sich das

Netzwerk für Suizidprävention in Dresden breit angelegte Informationskampagnen für Menschen in suizidalen Krisen.

Spezifische Entstigmatisierungs- und Aufklärungsarbeit über Suizidalität in der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schulischen Einrichtungen – z.B. über die Verankerung des Themas psychische Gesundheit in den Lehrplänen.

Die Realisierung der erarbeiteten Ideen und Maßnahmen erfordert die Bündelung der Kräfte der jeweiligen Fachleute und Akteure, der Gesellschaft und vor allem der politischen Entscheidungsträger. Insbesondere bezüglich der Erweiterung der Versorgungskapazitäten im ambulanten und stationären Bereich sind in erster Linie strukturelle gesundheitspolitische Veränderungsmaßnahmen zu ergreifen. Das Netzwerk für Suizidprävention in Dresden engagiert sich für die Mitwirkung bei der Bewerksstellung der vorgeschlagenen Maßnahmen. Hierbei wird die Vernetzung der Akteure in kommenden Netzwerktreffen sowie durch die Gestaltung eines geplanten online Hilfeportals (Übersicht aller Hilfeangebote in Dresden und Umgebung) weiterhin gestärkt. Darüber hinaus werden wissenschaftliche Symposien, Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte und Angebote für die Öffentlichkeit zum Thema Suizidalität organisiert. Angesichts der Interdisziplinarität der Suizidprävention möchte das Netzwerk weitere Akteure, u.a. die Stadt Dresden, die gesetzlichen Krankenkassen und weitere wichtige Institutionen wie z.B. die Polizeidirektion in seine Arbeit einbeziehen. Hierbei erachten wir es als besonders wichtig, Betroffenenverbände weiter zu integrieren. Dazu haben Vertreter von Betroffenenverbänden eine Stellungnahme zum Positionspapier verfasst, die diesem beiliegt. Mit dem Ziel der langfristigen Gestaltung der Suizidprävention in Dresden und Ausweitung auf die Umgebung werden die Netzwerkmitglieder in kommenden Treffen die Umsetzung der vorgeschlagenen Ideen und Maßnahmen zur Überwindung der Barrieren in der Versorgung suizidgefährdeter Menschen vorantreiben. Die im vorliegenden Positionspapier vorgeschlagenen Maßnahmen sehen wir als wichtigen Ansatzpunkt für die konkrete Planung weiterer Suizidpräventionsprojekte und für die Begründung von Förderanträgen zu deren Umsetzung. Letztlich verfolgen wir den Einbezug der Erkenntnisse aus unserem Netzwerk in die Gestaltung gesundheitspolitischer Maßnahmen, welche der Suizidprävention und einer verbesserten Versorgung suizidaler Patientinnen und Patienten dienen.

Für die Projektleitung:



PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka



Prof. Dr. Jürgen Hoyer



Prof. Dr. Susanne Knappe

Für die Projektmitarbeiterinnen:



M.Sc. Psych. Amal Kebir



M.Sc. Psych. Luna Grosselli



Dipl.-Psych. Julia Baumgärtel

**Die Inhalte dieses Positionspapiers entstanden in Zusammenarbeit mit/ werden von folgenden Institutionen und Akteuren unterstützt (in alphabetischer Reihenfolge):**

AGUS-Bundesgeschäftsstelle

Bernard, Milena (AGUS-Gruppe Dresden)



Caritasverband für Dresden e.V.

Diakonie-Stadtmission Dresden, Ökumenische TelefonSeelsorge

Förderverein Traumanetz Seelische Gesundheit

Frauenschutzhaus Dresden e. V.



Früherkennungszentrum für psychische Störungen „Dresden früh dran!“ am Zentrum für Seelische Gesundheit des Universitätsklinikums Dresden  
Leitung: Pfennig, Andrea (Prof. Dr. med.)



Gesop gGmbH



Gesundheitsdienst der TU Dresden



Kirschner, Hartmut (Dr. med.)  
Facharzt für Psychotherapie i.R.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Pirna  
Chefarzt: Beese, Lutz (Dr. med.)



Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Städtischen Klinikums  
Dresden  
Chefärzte: Sassim, Norbert (Dr. med.) und Jabs, Burkhard (Prof. Dr. med.)



KritMed\* Dresden



Landesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug  
Leitung: Meischner-Al-Mousawi, Maja (Dr.)

Meyer, Silvia (Dipl.-Psych.)



On The Move e.V.



Potential e.V.  
Vorstand: Krall, Kathrin und Rück, Martin



Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Landeshauptstadt Dresden  
Darmstadt, Franziska (Dr. med.)  
Psychiatriekoordinator



Psychosoziale Beratungsstelle im Studentenwerk Dresden



Psychosozialer Trägerverein Sachsen e.V.  
Vorstand: Herklotz, Kay

Zappe, Robert

Dieses Positionspapier bzw. Auszüge dieses Positionspapieres dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung der Projektleitung in veränderter Form vervielfältigt oder verbreitet werden. Alle Rechte vorbehalten.

## Quellenangaben

Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R., & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Archives of Suicide Research*, 9(3), 279-300.

Ärzteblatt. (2018). *Bayern plant einheitlichen Notruf für akute psychische Krisen*. Zugriff am 20.05.2019 unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98391/Bayern-plant-einheitlichen-Notruf-fuer-akute-psychische-Krisen>

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147-155.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018*. Verfügbar unter [https://www.bptk.de/uploads/media/20180411\\_BPTK-Studie\\_Wartezeiten\\_2018.pdf](https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf)

Landeshauptstadt Dresden. (2014). *Zweiter Stadtpsychiatrieplan 2013, Teil A: Psychiatrieplan der Landeshauptstadt Dresden*. Verfügbar unter [https://www.dresden.de/media/pdf/gesundheit/Psych\\_Ko\\_Stadtpsychiatrieplan\\_final\\_A.pdf](https://www.dresden.de/media/pdf/gesundheit/Psych_Ko_Stadtpsychiatrieplan_final_A.pdf)

Statista. (2019). *Selbstmordrate in Deutschland nach Bundesländern und Geschlecht 2016*. Zugriff am 09.05.2019 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318394/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-bundeslaendern-und-geschlecht/>

Statistisches Bundesamt Deutschland. (2019). *Todesursachen*. Zugriff am 25.03.2019 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle-2016.html>

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2019). *Todesursachen*. Zugriff am 25.03.2019 unter <https://www.statistik.sachsen.de/html/467.htm>



Netzwerk für  
Suizidprävention  
in Dresden

WERNER FELBER  
INSTITUT



TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
DRESDEN

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



# **Stellungnahme zum Positionspapier des Netzwerks für Suizidprävention in Dresden zur Versorgungssituation suizidaler und suizidgefährdeter Menschen**

Als Vertreter von Menschen, die eigene Erfahrungen mit psychischen und teilweise suizidalen Krisen gesammelt haben, begrüßen wir eine Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid sehr nachdrücklich. Die im Positionspapier genannten Zahlen machen deutlich, wie wichtig es ist, sich diesem Thema verantwortungsvoll und offen zu stellen.

In der hier vorliegenden Form aber können wir das Positionspapier nicht mittragen, was wir sehr bedauern, weil wir es als wichtigen Schritt sehen, um eine Verbesserung der Situation von suizidalen Menschen zu erreichen – und vor allem, weil es in dem Positionspapier sehr viele gute und wichtige Vorschläge gibt, die wir gern unterstützen möchten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen, Ihrer Gliederung folgend, unsere Bedenken erläutern und damit unsere Bereitschaft signalisieren, zukünftig mit Ihnen gemeinsam über sinnvolle Präventionsmaßnahmen, akzeptable Versorgungsmöglichkeiten und dringend notwendige Aufklärungsstrategien nachzudenken:

## **1. Akteure / Netzwerk für Suizidprävention in Dresden**

Die Vernetzung von Akteuren, die sich mit dem Suizidthema aktiv auseinandersetzen, halten wir für außerordentlich wichtig, weil nur so ein gegenseitiges Verständnis und effektive Lösungsstrategien entstehen können. Wir vermissen deshalb eine transparente Auflistung der genannten Akteure, die an diesem Positionspapier mitgewirkt haben. Bei den Unterzeichnern sind weder Betroffene noch Angehörige vertreten.

Unter den mehr als 30 Akteuren, die sich zur Fassung dieses Positionspapiers getroffen haben, werden von Ihnen auch Betroffenenverbände genannt. Wir wüssten gern, um welche Betroffenenverbände es sich konkret handelt.

Gar nicht vertreten in der Auflistung sind die Angehörigenverbände, deren Rolle gerade in der Suizidprävention besonders hoch einzuschätzen ist.

Außerdem fehlen die Akteure, die in der Aufklärungsarbeit aktiv sind – u.a. das Schulprojekt „Verrückt – na und“, engagierte Journalisten, Volkshochschule, Hochschulen und Universität etc.

Aus unserer Sicht fehlen zudem die Akteure aus dem Bereich Polizei und Justiz, die häufig im Zusammenhang mit Suizidalität zum Einsatz kommen.

Wir konstatieren hingegen eine hohe Repräsentanz medizinischer Fachkräfte, was möglicherweise die generelle Wichtung des Positionspapiers erklärt.

Dies stellen wir fest, ohne deshalb die Bedeutung medizinischer Fachkräfte in Frage zu stellen.

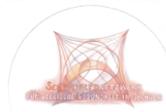
Doch das Thema Suizid ist deutlich weiter zu fassen – auch und gerade in der Prävention, konkreter Krisenunterstützung sowie in Versorgungs- und Aufklärungsstrukturen.

## **2. Barrieren in der Versorgung suizidaler und suizidgefährdeter Menschen**

Einer der wichtigsten Gründe, weshalb sich suizidale Menschen keine Hilfe im Versorgungssystem suchen, wird in dem gesamten Papier nicht genannt – und deshalb eben leider auch nicht in die Gestaltung medizinischer Versorgungsangebote einbezogen.

Viele Menschen, die sich in einer suizidalen Krise befinden, befürchten nicht nur eine Stigmatisierung, als psychisch krank zu gelten, sondern bei vorhandener „Eigengefährdung“ zudem noch ihre Einlieferung in eine geschlossene psychiatrische Unterbringung. So schreibt es das PsychKG Sachsens zwingend vor, so müssen Ärzte und Hilfskräfte handeln.

Dies führt für Betroffene in eine fast ausweglose Situation: denn der Schritt, sich Hilfe zu suchen, ist sofort mit Konsequenzen verbunden, die massiv mit Angst besetzt sind und bei zahlreichen Menschen, die bereits Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem gesammelt haben, auch mit intensiver Abwehr. Das Versorgungssystem wird dann in dieser Form nicht als Hilfe wahrgenommen, sondern als zusätzliche Bedrohung.



Die Formulierung des folgenden Satzes und Setzung an den Beginn des Punktes „Barrieren“ trägt massiv zu dieser befürchteten und von Ihnen selbst thematisierten Stigmatisierung bei: *„Suizidalität manifestiert sich häufig, jedoch nicht in jedem Fall, im Zusammenspiel mit psychischen Erkrankungen, vor allem mit affektiven und substanzbezogenen Störungen (Bertolote et al., 2004). Die Versorgung suizidgefährdeter Menschen muss daher auch im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen betrachtet werden.“*

Jegliche gesellschaftlichen, sozialen oder somatischen Ursachen für die Entstehung von Suizidalität werden unter „*nicht in jedem Fall*“ subsumiert. Auch der auf Seite 2 zu findende Satz: *„Suizidalität manifestiert sich nicht ausschließlich im Rahmen einer psychischen Erkrankung.“* ändert an dieser dominierenden und stigmatisierenden Perspektive wenig.

Mit einer solchen Einordnung werden die deutlich umfangreicheren Ursachen von Suizidalität nicht ernstgenommen, sondern es wird eine stark individual-pathologisierende Perspektive auf Suizidalität deutlich. Dies verstellt die Sicht auf die gesellschaftlichen Ursachen und die ganzheitliche Persönlichkeit von Menschen, die aus sehr unterschiedlichen Gründen ihr Leben als nicht mehr lebenswert empfinden. Wir weisen darauf hin, dass eine solch einseitige Perspektive zu gravierender Nichtbeachtung weiterführender präventiver und helfender Möglichkeiten führen kann.

Als Beispiele seien hier nur das Phänomen der Vereinsamung, gesellschaftlicher Ausgrenzung, schwere somatische Erkrankungen, Existenznöte, Nichtgewährung von adäquaten Bildungsmöglichkeiten bzw. Nachteilsausgleichen, Nichtbeteiligung am Arbeitsleben und dadurch fehlender Anerkennung und Selbstverwirklichung genannt. All diese Gründe vorrangig in der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen zu verorten, der offenbar aus psychischen Gründen (am besten noch aus einer psychischen Erkrankung heraus) nicht in der Lage ist, mit diesen Situationen umgehen zu können – verhindert die Perspektive auf den Menschen als ganzheitliches und vor allem als soziales Wesen.

Andererseits befreit diese Perspektive die Gesellschaft von ihrer Verantwortung, da es sich ja bei Suizidalität offenbar um ein rein individuelles Problem handelt, das eben nur medizinisch-therapeutisch behandelt werden muss, damit es wieder „gut“ wird.

Wir befürchten, dass unter dieser Perspektive die Entwicklung von Hilfestrukturen als reine Versorgungsstruktur gefasst werden – wie es in dem vorliegenden Positionspapier „zur Versorgungssituation“ auch frappierend deutlich wird. Das ändert nichts daran, dass wir gemeinsam über wirklich hilfreiche Strukturen für den Krisenfall nachdenken müssen – auch und gerade bei akuter Suizidalität.

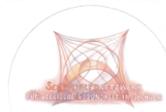
Deshalb unterstützen wir nachdrücklich die Entwicklung ambulanter Angebote sowie von Rückzugsrahmen, die einer suizidalen Situation gerecht werden. Die Einrichtung der beschriebenen Krisenräume halten wir für eine sinnvolle und dringend notwendige Maßnahme. Auch eine stationäre Unterbringung kann in wenigen Fällen durchaus hilfreich sein.

Aber die Verbringung suizidaler Menschen in eine geschlossene Akutstation schätzen wir als eine sehr zweifelhafte und wenig hilfreiche Maßnahme ein. Dies vor allem, weil es in diesen Akutstationen längst nicht mehr nur um die Platzkapazität, sondern vor allem um die Qualität der Versorgung geht, die personell und in der Ausstattung nicht selten sehr mangelhaft untersetzt ist.

Suizidalität – so berichten es Betroffene immer wieder, wird auf Stationen behandelt, die als ausgesprochen gewalttätig und unruhig erlebt werden. Die konkrete Versorgung hingegen beschränkt sich weitgehend auf die Gabe von Medikamenten, weil die Menschen auf Akutstationen als nur unzureichend therapiefähig eingestuft werden.

Auch die räumlichen Bedingungen werden als hoch belastend beschrieben. Das betrifft sowohl das individuelle Platz- und Rückzugsangebot als auch die Freigangbereiche, die in vielen Akutpsychiatrien deutlich schlechter sind als in Gefängnissen, obwohl es auch Patienten gibt, die oft über lange Zeiträume in solchen Stationen geschlossen untergebracht sind.

Wir wissen, dass das Personal oft sehr empathisch und bemüht im Sinne der Patienten agiert – aber angesichts der schwierigen Bedingungen auch nur begrenzt handlungsfähig und oftmals überfordert und



frustriert ist. Diese Zustände erweisen sich für Menschen in akuter Suizidalität – egal ob mit dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung oder ohne – als zusätzlich gefährdend.

Wir wissen, dass einige Suizide relativ zeitnah nach der Entlassung aus solchen Stationen dann doch noch umgesetzt werden. Die Gründe hierfür sind kritisch zu untersuchen.

Es gibt wissenschaftliche Studien, die belegen, dass es bei der Unterbringung von Suizidenten auf offenen Stationen – eine qualitativ hochwertige Versorgung vorausgesetzt – weder zu verstärkten Entweichungen noch zu höherer Zahl von Suizidumsetzung als in geschlossen geführten Stationen kommt. Insofern sind offene Angebote eindeutig als milderes Mittel der Unterbringung zu bevorzugen. Diese Erkenntnisse spiegeln sich aber weder in den Versorgungsangeboten noch in der gesetzlichen Fassung des Sächsischen PsychKG wider. Hier sehen wir dringenden Handlungsbedarf.

Generell ist nicht nur das Platzangebot ein Problem, sondern es geht vor allem auch um die Qualität der Versorgung – egal, ob ambulant oder stationär. Leider sinkt die Qualität nicht selten zugunsten der Erweiterungen der Platzkapazität und vor allem unter dem Ökonomisierungsdruck.

Rein quantitativ erweiterte Angebote sollen möglichst kostenneutral gestaltet werden, ohne dass die Folgekosten der verminderten Qualität der Hilfeangebote eingerechnet werden.

Viele der in dem Positionspapier beschriebenen Barrieren und Ideen zu ihrer Überwindung sind seit Jahren bekannt. Insofern vermissen wir weiterführende innovative Vorschläge und vor allem konkrete Strategien der beteiligten Protagonisten zu ihrer realen Umsetzung.

Dies wird besonders im dritten Punkt deutlich:

### **3. Wie können die Barrieren überwunden werden? Ideen, Ansätze und Maßnahmen**

Immer wieder wird in dem Positionspapier davon gesprochen, dass die Entstigmatisierung unterstützt werden soll. Wir glauben, dass eine Entstigmatisierung von Menschen in suizidaler Krise auch in den Helferstrukturen selbst stattfinden muss – vor allem, was die Gleichsetzung von Suizidalität mit psychischer Erkrankung betrifft, ohne dass wir solche Zusammenhänge leugnen. Wir wissen natürlich auch, dass bei vielen psychischen Erkrankungen eine erhöhte Suizidalität auftreten kann. Dennoch ist gerade im Bereich der Suizidalität ein erweitertes Denken und Handeln geboten. Die aktive Einbeziehung von eigenerfahrenen Menschen und ihrer Angehörigen kann hierbei als wertvolle Unterstützung dienen, da sie einen anderen Blick auf die Situation des Suizidgefährdeten haben.

Insgesamt fehlt aber genau dieser dialogische Ansatz in dem gesamten Positionspapier komplett, obwohl es in anderen Bundesländern und im Ausland umfangreiche Erfahrungen mit der positiven Wirksamkeit von Peersupport, Peercounseling und der aktiven Einbeziehung der Angehörigen gibt.

In Sachsen und auch in Dresden hingegen existieren bisher nur sehr zaghafte Ansätze. Bis auf wenige Ausnahmen (in freien Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie) wird der nachgewiesene positive Effekt des Peereinsatzes fast ausschließlich in den Bereich der Selbsthilfegruppen verschoben, wodurch die Bereicherung professioneller Hilfestrukturen durch Peers weitgehend unterbunden wird.

Nicht existent sind ebenfalls niedrigschwellige und sicher finanzierte peergestützte Angebote, die gerade für Menschen mit „Angst vor dem System“ eine Ansprechbasis darstellen würden.

Auch die praktische Unterstützung bei den realen Belastungsgründen von suizidalen Personen ist erforderlich, da eine rein therapeutisch-medizinische Intervention bei konkreten Problemen nur sehr partiell wirksam sein kann. Hier sind säulenübergreifende Maßnahmen und ein guter Austausch zwischen medizinischen und sozialen Angeboten unerlässlich. Dem Thema am nächsten kommt der Unterpunkt „Keine optimale Ressourcenverwendung“. Wir möchten auch noch auf das Problem der Trennung zwischen ambulanten und stationären Angeboten sowie Versäulung von Hilfsangeboten hinweisen – statt eine gute Vernetzung nötiger Strukturen und die sichere Überleitung aus der stationären in die ambulante Hilfestruktur umzusetzen. Insofern gehören die Krankenkassen, der KSV und andere Kostenträger sowie die verschiedenen Leistungserbringer gemeinsam an den Tisch. Gesetzliche Grundlagen gibt es hierzu – werden



aber von den Kostenträgern oftmals nur sehr unzureichend umgesetzt. Mit fatalen Folgen für die Betroffenen.

Wichtig erscheint uns eine deutliche Erweiterung und Konkretisierung der vorgeschlagenen Maßnahmen. Einige der bei uns weiterführend diskutierten Fragen sollen hier nur in Anstrichen kurz und unsortiert benannt werden, weil wir sie zunächst als Diskussionsgrundlage einbringen wollen.

- a) Für die weitere Entwicklung von Ideen und Maßnahmeplanung ist eine genaue Analyse der bestehenden Krisenhilfestrukturen unerlässlich, um den tatsächlichen Ist- Zustand zu erfassen. Dies ist auch wichtig, um potentielle Fehlentwicklungen wahrzunehmen und Korrekturen zu initiieren. Bei der Feststellung, ob Maßnahmen hilfreich sind oder nicht – kann dies aber nicht nur an einem finanziellen Kosten-Nutzenfaktor gemessen werden. Möglicherweise ist eine Erweiterung der Kapazitäten m.E. nicht das Notwendigste und sollte deswegen auch nicht als erstes genannt werden. Es ist die Optimierung der Strukturen, die zunächst überprüft werden sollte.
- b) Bei dem konstatierten mangelnden Bekanntheitsgrad von bestehenden Hilfesystemen ist genau zu analysieren, woran dies liegt. Welche Werbeagenturen wurden eingesetzt und welches Budget wurde dafür überhaupt aufgewendet? Gibt es eine Wirksamkeitsanalyse zu den bisherigen Informationsmaßnahmen – wenn ja – nach welchen Kriterien wurde die Wirksamkeit geprüft? Dies gehört normalerweise zu einer Werbemaßnahme und zum Leistungsspektrum einer guten Werbeagentur. Außerdem ist zu beachten, dass nur eine Kontinuität solcher Maßnahmen einen längerfristigen Effekt bringt.  
Inwieweit können hier die Medien einbezogen werden – z.B. die öffentlich-rechtlichen Medien, die einen Aufklärungsauftrag haben, der möglicherweise nur über den Rundfunkrat durchzusetzen ist, weil es eine hohe Scheu der Medien im Zusammenhang mit solch unangenehmen Themen gibt.
- c) Aufklärungskampagnen sind auf jeden Fall wichtig und sollten im besten Sinne des Wortes „unverschämt“ sein. Trotzdem wird auch hier wieder übersehen bzw. nicht wahrgenommen, dass der zwangsweise in Gang zu setzende Mechanismus bei erhöhter Suizidalität laut PsychKG einer vertrauensvollen Öffnung der Betroffenen enorm im Wege steht. Dieses Problem wird nicht erkannt, nicht benannt und folgerichtig wird auch nicht nach Auswegen aus diesem Dilemma gesucht.
- c) was konkret ist mit der Formulierung gemeint: *"...stationäre Krisenbetten, die nicht direkt in einer Akutpsychiatrie angesiedelt sind, temporären Schutz in einer Krise bieten."*  
Geht es um ein niedrigschwellig geführtes Rückzugshaus?  
Geht es um Betten in anderen klinischen Abteilungen?  
Was bedeutet niederschwellig hier konkret? Keine Zwangseinweisung?  
Speziell hierfür wäre aber evtl. eine Gesetzesänderung notwendig.
- e) Die stationäre Behandlung scheint in diesem Positionspapier in den Vordergrund gesetzt.  
Warum? Ist dies von der Betroffenenenseite überhaupt erwünscht? Hat man sie/uns gefragt?
- f) Die angesprochene Zentralstelle wäre m.E. sicher sinnvoll - Gibt es so etwas Ähnliches schon?
- g) das **online Hilfsportal** ist eine sehr gute Idee. Auch hier ist es notwendig, dies **trialogisch** vorzubereiten, weil nur Betroffene und Angehörige beurteilen können, was sie wirklich anspricht. Wenn die Fachperspektive überwiegt, kann ein solches Angebot verpuffen.
- h) Die Weiterbildungen für beteiligte Fachleute sind auf jeden Fall sinnvoll.  
**UNBEDINGT** sind diese **trialogisch** zu planen **und** zu gestalten.  
Auf welche Art und mit welchen konkreten Strukturen soll der gute Gedanke der Einbeziehung weiterer Akteure vor allem der Polizei, Justiz, Bildungseinrichtungen und der Stadt gelingen?
- i) denkbare weitere Maßnahmen wären z.B.:
  - halbjährlich stattfindende Tagungen mit Weiterbildungs- und Workshopcharakter, ausgerichtet von Eigenerfahrenen, Profis und Angehörigen, finanziert von Kommune, KK und VDEK u.ä., bei der die Teilnehmerzahlen nach Gruppen kontingiert werden (Betroffene, Angehörige, Lehrer/Innen, Erzieher/Innen, psychologische Berater/Innen an Schulen, Pflege, Arbeits- und klinische Psychologen/Innen, Ärzt/Innen, niedergelassene Therapeuten/Innen, Krisentelefon und Telefon des Vertrauens und anderen Vertretern gewachsener Hilfestrukturen, Seelsorger/Innen)
  - Vernetzung ambulanter, komplementärer und stationärer Angebote im Sinne einer Partnerschaftvereinbarung, bei der der praktische Austausch im Vordergrund steht.  
Denkbar wäre z.B. für die Pflege die Einrichtung von Hospitationen über mindestens 6 Wochen im Gegenseitigkeitsprinzip.



D.h. für die Pflegeperson, die von Station aus in ein Praktikum bei der APP oder ABW oder Tagesstätte etc. geht, kommt von selbiger Stelle ein Praktikant/eine Praktikantin auf Station.

- direkte Zusammenarbeit mit Selbsthilfestrukturen, die regelmäßig in die Kliniken und bei ambulanten Anbietern eingeladen werden und sich dort bei Patienten und Personal vorstellen
- j) hilfreich wäre die Einrichtung eines dauerhaft tätigen, professionell durch Peers geführtes und niedrigschwelliges Angebot – auch und gerade während der Nachtstunden, in denen oft außer der Akutstation keine Angebote für Menschen in einer Krise existieren. Die direkte Zusammenarbeit mit Krisenzimmern/Rückzugshaus etc. ist dann eine gute Kombination.
- k) Zu klären ist: Wie erfolgt die Versorgung nach einem stationären Aufenthalt?

**Fazit:**

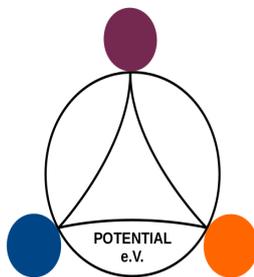
Das vorliegende Positionspapier betrachten wir als Gesprächsangebot – nicht aber als Ergebnis eines Gesprächsprozesses. Ein solcher Prozess und ein solches Projekt erfordern deutlich mehr Gesprächsperspektiven. Wir sind gern bereit, unsere Perspektiven dazu mit einzubringen.



Selbsthilfedrei e.V.  
**Selbsthilfenetzwerk für seelische Gesundheit  
in Sachsen**  
www.selbsthilfedrei.de  
Mail: selbsthilfedrei@yahoo.de  
  
Freiberger Str. 31, Raum 212  
01067 Dresden



EX-IN Sachsen e.V.  
www.ex-in-sachsen.de  
Mail: info@ex-in-sachsen.de  
  
Hoyerswerdaer Str. 21  
01099 Dresden



Potential e.V.  
c/o Kathrin Krall  
Bodenbacher Str. 135  
01277 Dresden  
Mail: info@potential-verein.de