

# HOT- SPOTS

---

## PROJEKTBERICHT

**Erstellung eines  
Hotspotregisters  
für Sachsen**

---

## MYTHEN & FAKTEN

**Suizidprävention  
ist möglich!**

---

## PRAXISBEISPIEL

**Sicherung der  
schweizerischen  
Kornhausbrücke**



Abb. 1 Bundesminister für Gesundheit Karl Lauterbach und Ute Lewitzka bei der Vorstellung der Suizidpräventionsstrategie am 2. Mai 2024 in Berlin.

*„Der am besten belegte Effekt [der Suizidprävention] ergab sich für Methodenrestriktionen. [...] Programme zur Suizidprävention in Deutschland sollten daher gezielt auf Methodenrestriktionen setzen.“*

BMG, UMSETZUNGSSTRATEGIE ZUR SUIZIDPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND, MAI 2024

In Deutschland gab es im Jahr 2023 10.304 Suizide. Während die Suizidraten seit den 1980er Jahren stetig gesunken sind, steigen sie seit 2021 wieder an. Sachsen ist dabei eines der Bundesländer mit der höchsten Suizidrate.

Es gibt verschiedene Maßnahmen, mit denen die Suizidzahlen signifikant gesenkt werden können. Eine der wirksamsten Möglichkeiten ist die Methodenrestriktion - also die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode bzw. einem -ort (Platt & Niederkrotenthaler, 2020; Zalsman et al., 2016). Hierunter fällt auch die Sicherung von sogenannten Hotspots (High-risk-places), an denen es gehäuft zu Suiziden und Suizidversuchen kommt. Auch bei der Vorstellung der Suizidpräventionsstrategie am 02. Mai 2024 wies der Bundesminister für Gesundheit Karl Lauterbach explizit auf die Wirksamkeit von Sicherungsmaßnahmen von Hotspots hin.

In Deutschland existiert aktuell kein Register, welches diese Orte identifiziert. Lediglich in der Region Frankfurt am Main wurden im Rahmen eines BMG-Projektes in der Stadt Frankfurt Daten erhoben. Im Rahmen eines vom Freistaat Sachsen geförderten Projektes wurde ab 2023 begonnen, ein solches Register für Sachsen aufzubauen. Mit diesem Projekt wurden zwei Ziele verfolgt: Die Erfassung von öffentlichen Orten, die mehrfach für Suizide und Suizidversuche genutzt werden sowie die Darstellung sich verändernder Orte - vor allem für Suizidversuche - über ein Echtzeitmonitoring von Daten der Rettungseinsätze, welche über die Leitstelle Dresden und Ostsachsen koordiniert worden sind. Neben Sicherungsmaßnahmen von Hotspots bietet das Echtzeitmonitoring die Möglichkeit, zeitnah Veränderungen von Regionen, in denen gehäuft suizidale Handlungen auftreten, zu erfassen und hierüber spezifische Präventionsmaßnahmen für dieses Gebiet zu entwickeln bzw. bestehende Angebote zu adaptieren. Beide Maßnahmen haben das Ziel, Suizid- bzw. Suizidversuchszahlen zu senken. Das Register umfasst aktuell rund 7.667 Datensätze, diese enthalten Informationen zum Ort, zu den demografischen Daten des Suizidenten und der Suizidmethode.

Ein Hotspot wird von der Fachwelt unterschiedlich definiert (für einen Überblick siehe Schmidtke & Maloney, 2015). Reisch und seine Kollegen definieren einen Hotspot als Ort, an dem es innerhalb von 10 Jahren zu mindestens 5 Suiziden kam. Andere Wissenschaftlicher definieren einen Hotspot bereits beim Auftreten von 3 Suiziden ohne Einschränkung einer Zeitdauer. Ein weiterer Ansatz besteht in der Methode, geografische Analysen bzw. spezielle räumliche Scan-Statistiken zu nutzen, um Häufungen von Suiziden in bestimmten Gebieten mit dem durchschnittlichen Auftreten zu vergleichen.

Im hier vorgestellten Projekt wird die Definition von Reisch und Kollegen verwendet: Ein Hotspot liegt vor, wenn an einem Ort mindestens 5 Suizide in einem Zeitraum von 10 Jahren aufgetreten sind.

Hotspots können eine besondere Reizwirkung auf Menschen mit einem hohen Suizidrisiko haben. Auch eine falsche Berichterstattung in den Medien kann zu einer Häufung von Suiziden führen. Hier spricht man vom sogenannten Werther-Effekt (siehe Seite 11).

## MYTHEN ZUM THEMA SUIZID

In unserer Gesellschaft existieren zahlreiche Mythen zum Thema Suizid. Die suizidologische Forschung konnte in den letzten Jahren viele Mythen widerlegen bzw. relativieren. Besonders bedeutsam sind hierbei die Ergebnisse vieler Studien, die klar gezeigt haben, dass Suizidprävention wirksam ist. Im Folgenden sollen einige Mythen genannt und durch wissenschaftliche Quellen entkräftet und/oder korrigiert werden.

**„FÜR EINEN MENSCHEN, DER SICH SUIZIDIEREN WILL, KANN MAN NICHTS TUN.“**

### **Falsch!**

Die meisten Menschen sprechen im Vorfeld des Suizides über ihre Suizidpläne. Während eine seelische Krise mit Lebensüberdrußgedanken länger andauern kann, ist die Zuspitzung suizidaler Gedanken mit konkreten Umsetzungsgedanken und damit eine akute Suizidgefährdung häufig zeitlich begrenzt. Niedrigschwellige Hilfsangebote, aber auch weiterführende therapeutische/medizinische Versorgung helfen den betroffenen Menschen, die suizidale Krise zu überwinden und für das Weiterleben eine neue Perspektive aufzubauen.

Zu den effektivsten Suizidpräventionsmaßnahmen zählt hierbei, den Zugang zu einer Methode zu begrenzen oder einzuschränken. (z. B. Sicherung von Brücken, Pirkis et al., 2015).

**„MENSCHEN IN EINER SUIZIDALEN KRISE SIND FEST ENTSCHLOSSEN ZU STERBEN.“**

### **Falsch!**

Die meisten Betroffenen haben in der Regel keinen absoluten Todeswunsch. Sie wissen häufig einfach nicht mehr, wie sie so weiterleben sollen. In dieser Ambivalenzphase erscheint ihnen der Suizid als die einzige mögliche Lösung. Forschungen zeigen, dass die Phase von der Entscheidung „jetzt nehme ich mir das Leben“ bis zur Umsetzung in eine Handlung bei knapp 50 Prozent der Betroffenen nur 10 Minuten - bei 36 Prozent davon sogar nur 5 Minuten beträgt (Paashaus et al., 2021). Die Einschränkung zu der Methode, die eine betroffene Person gewählt hat, rettet in den meisten Fällen deren Leben. Denn diese Personen weichen in der Regel nicht auf eine andere Methode aus oder versuchen es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal. Je nach Studie sterben 87 bis 95 Prozent später nicht durch einen Suizid (Seiden et al. 1978, Suominen, 2004).

**„WER EINMAL SUIZIDGEFÄHRDET IST, BLEIBT ES AUCH.“**

### **Eher falsch!**

Suizidalität kann ein Symptom einer psychischen Erkrankung sein, die zwar nicht immer heilbar, aber behandelbar ist und deren Symptome durch verschiedene Ansätze beeinflussbar sind. Bei einer akuten suizidalen Zuspitzung befinden sich die Betroffenen oft in einer Art Tunnel, in der der Suizid die einzige Lösung zu sein scheint. Wenn es gelingt, diese suizidale Zuspitzung zu mildern z. B. im Rahmen einer Therapie, kann auch die Suizidalität überwunden werden. Das zeigen auch Interviews mit Überlebenden eines Suizidversuches (Seiden, 1978, Suominen et al. 2004). Dennoch ist es richtig, dass ein stattgehabter Suizidversuch grundsätzlich das Risiko für einen späteren Suizid erhöht (z. B. Wolfersdorf et al., 2010).

Bei den meisten Betroffenen besteht während der Entwicklung der suizidalen Krise bis zur Umsetzung eine Ambivalenz - es gibt immer auch noch einen Teil, der leben möchte. Diese Ambivalenz zeigt sich sehr häufig auch rasch nach einer Handlung, d.h. wenn der Betroffene einen Versuch überlebt hat.

**„WENN EIN ORT GESICHERT IST, GEHT DER BETROFFENE EINFACH ZUM NÄCHSTEN ORT.“**

**Falsch!**

Die Erkenntnisse aus der Sicherung von suizidalen Hotspots zeigen, dass sich Betroffene einen spezifischen Ort aussuchen und nur in Ausnahmefällen auf einen anderen (ungesicherten) Ort in naher Umgebung ausweichen (Pirkis et al., 2015). Das gleiche gilt, wenn eine spezifische Methode nicht verfügbar ist (z. B. Vergiftung). Nur sehr selten findet hier ein Ausweichen auf eine andere Methode statt (Deisenhammer et al., 2016). Eine Erklärung dafür ist die eingeschränkte Problemlösungsfähigkeit während der suizidalen Zuspitzung.

Reisch et al. (2009) konnten sogar zeigen, dass die Sicherung nicht nur die Suizide an dem konkreten Ort senkte, sondern auch ein Rückgang in der Rate der Region sichtbar wurde. Umso wichtiger sind für die Zukunft die Stärkung und der Ausbau suizidpräventiver Strukturen und Angebote. Hierzu gehören ausreichende niedrigschwellige Angebote. Diese müssen rund um die Uhr, bei Bedarf auch aufsuchend, barrierefrei, kostenfrei und gegebenenfalls anonym Menschen in suizidalen Krisen begleiten können. Hierzu sollten bereits bestehende Angebote erweitert, ausgebaut sowie ggf. spezifische Präventionsprogramme für die unterschiedlichen Risikogruppen entwickelt werden.

Abb. 2 Foto Aaron Burden auf Unsplash)



# SICHERUNG VON HOTSPOTS

In dem folgenden Text werden Herausforderungen und Möglichkeiten der Sicherung von Hotspots aufgeführt. Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise, die einer ersten Orientierung dienen sollen. Bei der Sicherung eines konkreten Hotspots sollten immer Experten hinzugezogen werden, um die Sicherung möglichst passend und wirksam zu gestalten.

Im privaten Raum sind Sicherungsmaßnahmen in der Regel nicht umsetzbar, während im öffentlichen Raum (in der Nähe von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, aber auch an öffentlichen Orten wie Hochhäusern, Brücken und Bahnstrecken) bei einer Häufung von Suiziden Sicherungsmaßnahmen zu treffen sind. Es gibt jedoch bislang keine gesetzliche Regelung in Deutschland, die festlegt, ob und wie Baumaßnahmen an Brücken, Bahnschienen, anderen Gebäuden oder Naturdenkmälern umgesetzt werden sollen.

Owen und ihre Kolleg\*innen geben an, dass in England etwa 30 Prozent der Suizide im öffentlichen Raum stattfinden. Für Deutschland gibt es hierzu keine konkreten Zahlen. Um eine angemessene Sicherung zu bestimmen, ist es von entscheidender Bedeutung, die genutzte Suizidmethode zu kennen. Zu den häufigsten Suizidmethoden im öffentlichen Raum gehören der Sturz in die Tiefe (ca. 10 Prozent aller Suizide) sowie Schienensuizide (ca. 5-6 Prozent aller Suizide).

Um eine angemessene Sicherung vornehmen zu können, ist es von entscheidender Bedeutung, die Motivation hinter der Wahl des Ortes zu verstehen. Die Literatur (Schmidtke & Maloney, 2015; Beutrais, 2007) identifiziert fünf Merkmale, die die Wahl eines Suizidortes beeinflussen:

- Leichte Zugänglichkeit/Verfügbarkeit (z. B. fußläufig erreichbar, Hinweisreize durch Umgebung (Hochhäuser))
- Räumliche Nähe (ca. 2000 Meter bei U-Bahn- und Eisenbahnsuiziden, z. B. auch in der Umgebung von psychiatrischen Kliniken)
- Aufmerksamkeit/Bekanntheit (Medien haben wesentlichen Einfluss auf die Nutzung)

- Besonderheit des Ortes/Bauwerks (Höchstes, Schönstes, Erstes...)
- Mehrfach für Suizide genutzt (Verfügbarkeit und direkte Imitation)

Im Folgenden werden Sicherungsmaßnahmen für Orte vorgestellt, an denen Suizide durch Sturz in die Tiefe und Schienensuizide auftreten. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den folgenden Ausführungen lediglich um allgemeine Hinweise handelt. Es ist von essentieller Wichtigkeit, dass Sicherungsmaßnahmen stets individuell durchgeführt werden, um die Wirksamkeit zu gewährleisten und unerwünschte Effekte zu vermeiden.

In einer Übersichtsarbeit von Pirkis und Kolleg\*innen (2015) wurde die Wirksamkeit verschiedener Sicherungsmaßnahmen untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass Barrieren die effektivste Methode zur Sicherung von Hotspots darstellen und die Anzahl der Suizide um rund 90 Prozent senken können. Hinweisschilder oder Telefone führten zu einer durchschnittlichen Senkung um 50 Prozent und zeigten damit einen ähnlichen Effekt wie Überwachungskameras oder die Verstärkung des Personals bzw. der Einsatz von Patrouillen.

Nach Sicherung eines Hotspots wird die Einrichtung eines Monitorings empfohlen, um die Wirksamkeit der Sicherung zu evaluieren und ggf. Anpassungen vorzunehmen. Dies ist insbesondere bei Maßnahmen relevant, für die noch keine Evidenz vorliegt (z. B. Signalschranken).

## SUIZIDE DURCH SPRÜNGE

Bei dieser Methode werden in der Regel Höhen von über 8 Metern gewählt. Untersuchungen zeigen, dass Suizide ab einer Höhe von ca. 15 Metern auf einen harten Untergrund in ca. 50 Prozent aller Fälle tödlich sind. Seiden konnte bei Brücken allgemein eine Sterblichkeit von 30 Prozent, bei hohen Brücken von 85 Prozent nachweisen (vgl. Seiden, 1978; Moran, 2005).

Diese Methode wird häufig gewählt, weil sie leicht verfügbar ist und öffentliche Orte mit großen Höhen (z. B. Brücken) oft nicht gesichert und damit leicht zugänglich sind.

Suizidenten, die sich für die Suizidmethode „Sturz in die Tiefe“ entscheiden, zeigen häufiger impulsives Verhalten und wählen diesen Ort aus. Überleben sie den Sprung, versuchen sie es in der Regel nicht erneut.

Zu den bevorzugten Orten zählen beispielsweise Brücken. Diese zeichnen sich durch eine hohe Bauweise aus und sind häufig auch Fußgängern leicht zugänglich. Im Folgenden werden Möglichkeiten der Sicherung aufgeführt. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich nicht jede Sicherungsmöglichkeit für jeden Hotspot eignet. Es wird daher empfohlen, bei einer geplanten Sicherung einen Experten hinzuzuziehen, um unbeabsichtigte Effekte zu vermeiden.

### Sicherungsmöglichkeiten für Brücken

- horizontale Barrieren
- vertikale Netze Zugangsbeschränkungen für Fußgänger
- Hinweisschilder / Helping Line
- Patrouillen (auch Videoüberwachung)/ Sensibilisierung von Anwohnern
- Gatekeeper

#### VERTIKALE NETZE:

- schützen auch die Personen darunter (z. B. Spaziergänger)
- für einen wirksamen Schutz muss bei der Bemessung der Netze die Sprungparabel (s. Abb.) beachtet werden (z. B. 2,0m Tiefe = ca. 4,2m Netzbreite)

#### HORIZONTALE BARRIEREN:

- sollten mind. 1,55m, bei Höhen ab 10m mind. 2,30m, besser 2,60m hoch sein
- sollten keine Aufstiegsmöglichkeit bieten

Aussichtsplattformen und Felsvorsprünge werden zum einen wegen ihrer Bekanntheit, aber auch wegen der Höhe und der guten Zugänglichkeit häufig genutzt.

### Sicherungsmöglichkeiten für Aussichtsplattformen & Felsvorsprünge

- horizontale Barrieren
- vertikale Netze
- Rücksprung des Geländers von der Geländekante - z. B. auch mit Bepflanzungen (Blick in die Weite lenken)
- Verhinderung des Blicks in die Tiefe, z. B. durch Vermeidung von transparenten Geländern
- Zugangsbeschränkungen bestimmter Bereiche
- Hinweisschilder / Helping Line
- Patrouillen (auch Videoüberwachung)
- Gatekeeper
- Buschartige Bepflanzung unter Sprungmöglichkeiten

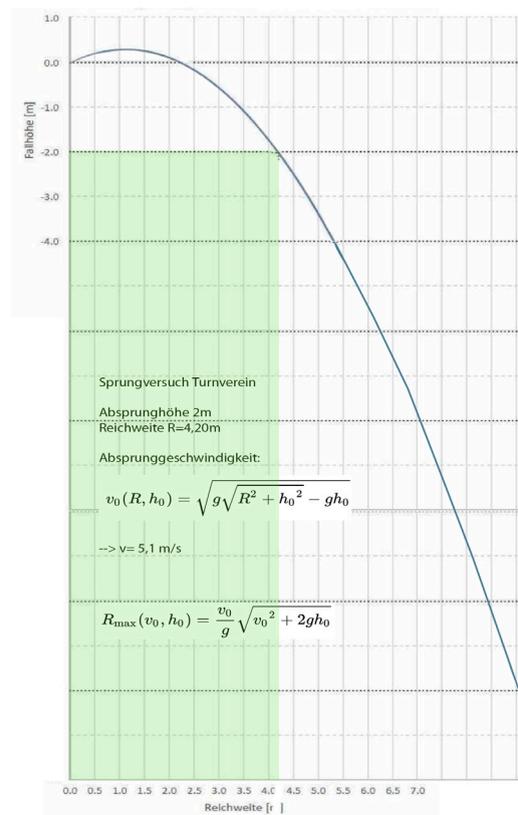


Abb.3 Sprungparabel zur Berechnung der Breite der Sicherungsnetze

---

## SICHERUNG VON HOTSPOTS

Auch Hochhäuser sind als Hotspots bekannt. Sie können im privaten Bereich (z. B. Balkone) kaum gesichert werden. Sicherungsmöglichkeiten bestehen für öffentlich zugängliche Bereiche wie z. B. Dachterrassen oder Gemeinschaftsbalkone. Eine buschartige Bepflanzung kann die Kraft des Aufpralls reduzieren.

### Sicherungsmöglichkeiten für Hochhäuser

- horizontale Barrieren
- vertikale Netze
- Rücksprung des Geländers von der Fassade - z. B. auch mit Bepflanzungen (Blick in die Weite lenken)
- Verhinderung des Blicks in die Tiefe, z. B. durch Vermeidung von transparenten Geländern
- Zugangsbeschränkungen (z. B. der Dachterrasse oder außenliegenden Fluchttreppen)
- Hinweisschilder / Helping Line
- Buschartige Bepflanzung unter Sprungmöglichkeiten

### SCHIENENSUIZIDE

Bei Schienensuiziden handelt es sich um eine hochletale Methode. 90,6 Prozent der suizidalen Ereignisse endeten innerhalb von 30 Tagen tödlich (Erazo, Baumert & Ladwig, 2004). Diejenigen, die einen Suizidversuch überleben, haben oft schwere gesundheitliche Folgeschäden.

Eine Arbeit von Erazo und Ihren Kollegen konnte 2004 zeigen, dass 75 Prozent der detektierten Schienen-Hotspots in unmittelbarer Nähe von psychiatrischen Kliniken lagen. 2/3 aller Bahnsuizide geschahen auf offener Strecke, 1/3 im Bahnhofsbereich.

Bei den Sicherungsmaßnahmen ist zu beachten, dass es nicht nur um die Einschränkung der Zugänglichkeit geht, sondern auch um die Einschränkung der akustischen Reize. Diese können ebenso Triggerpunkte in einer suizidalen Zuspitzung darstellen und die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem Schienensuizid kommt, erhöhen.

### Sicherungsmöglichkeiten für Bahnschienen

- horizontale Barrieren (z. B. in Nähe von psychiatrischen Kliniken) die den Zugang und Hinweisreize (optisch, akustisch) verhindern
- Bahnsteigtüren in Bahnhöfen
- Blaues Licht an Bahnhöfen und in den U-Bahn-Stationen (Japan) - Senkung um bis zu 60 Prozent
- Hinweisschilder / Helping Line
- Patrouillen (auch Videoüberwachung)
- Gatekeeper

Neuere Untersuchungen von Moritz et al. (2023) analysierten Überwachungsvideos und konnten zeigen, dass sich das Bewegungs- und Verhaltensmuster von Suizidenten signifikant von den anderen Personen unterschied. Hier könnte mittels videoüberwachter KI-Analyse das frühzeitige Ansprechen der betroffenen Personen ein vielversprechender Ansatz sein.

**Wir sagen Danke für die große Unterstützung durch das Referat 53 des Sächsischen Ministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt und alle datengebenden Institutionen, die dieses Projekt ermöglicht haben.**

IM NAMEN DES WFI-TEAM UTE LEWITZKA UND  
KATHARINA KÖNIG



**DANKE**



Abb. 4 Foto Canvas

*„There is evidence that media reports about suicide can enhance or weaken suicide prevention efforts. Widely disseminated stories of death by suicide are often followed by more suicides in the population, while stories of overcoming a suicidal crisis can lead to fewer suicides.“*

WHO, 2023

# BERICHTERSTATTUNG: DER EINFLUSS DER MEDIEN

Vom Werther- und Papageno-Effekt: Berichterstattung kann Suizidalität und auch die Nutzung von Suizidorten beeinflussen. Hier finden Sie eine kurze Übersicht über die Do's and Don'ts der Berichterstattung.

## DER WERTHER-EFFEKT - WAS VERMIEDEN WERDEN SOLLTE

Der Begriff „Werther-Effekt“ wurde von Phillips (1974) geprägt und beschreibt die Förderung von „Imitationssuiziden“ durch Medienberichte über Suizide. Er geht auf Goethes Briefroman „Die Leiden des jungen Werther“ zurück. Die Veröffentlichung des Romans wird mit einer nachfolgenden Welle an Suiziden in Verbindung gebracht. Die Forschung konnte zeigen, dass die Konfrontation mit suizidalem Verhalten ein Risikofaktor für eigene Suizidhandlungen werden kann (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Die Existenz des Werther-Effektes ist häufig untersucht worden (Reinemann & Scherr, 2011). Tatsächlich gibt es eine Gruppe von ohnehin bereits vulnerablen Personen, welche sich durch die Art der Berichterstattung beeinflussen lässt, wodurch diese zum Auslöser von Suizidhandlungen werden kann (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2000). Zahlreiche nationale und internationale Fachgesellschaften formulierten daraufhin Empfehlungen für die Berichterstattung (Fiedler & Schmidtke, 2010) nach Suiziden. Somit kann eine sorgfältige und die Empfehlungen berücksichtigende Medienberichterstattung als eine suizidpräventive Strategie angesehen werden. Eine Übersicht der zu vermeidenden Inhalte und Vorgehensweisen gibt Infobox 1.

Im Bezug auf Hotspots sollte vermieden werden, den konkreten Ort oder eine Ortsbeschreibung zu publizieren, da das zu einer erneuten Nutzung des Ortes führen kann.

Die Don'ts der Berichterstattung zu Suiziden angelehnt an Media Guidelines for reporting suicide, Samaritans (2020), samaritans.org

- Details vermeiden
- keine konkrete Beschreibung einer Suizidmethode
- keine Beschreibung eines Ortes als „berüchtigt“ oder „Hotspot“
- keine Augenzeugenberichte
- Identifikation erschweren
- besondere Sorgfalt im Umgang mit Suiziden prominenter Personen
- möglichst keine Fotos des Suizidenten/der Suizidentin beifügen
- keine (Auszüge von) Abschiedsbriefe(n) inkludieren
- Glorifizierung entgegenwirken
- keine positive Bewertung (bspw. als bewundernswert, heroisch oder akzeptabel) oder Romantisierung eines Suizids
- keine Bezeichnung des Suizids als nachvollziehbare Reaktion oder einzigen Ausweg
- Kommentarfunktion deaktivieren oder sorgfältig moderieren
- keine Verlinkung zu sozialen Medien, welche Suizide verherrlichen könnten
- keine Darstellung eines Suizids als Sensation bspw. durch Platzierung auf der Titelseite

Infobox 1 Die Don'ts der Berichterstattung zu Suiziden

---

## BERICHTERSTATTUNG

### DER PAPAGENO-EFFEKT - WIE MAN ES RICHTIG MACHT

Neuere Studien zeigen die Möglichkeit auf, suizidale Tendenzen durch Medienberichterstattung abzuschwächen. Dieses Phänomen wird in Anlehnung an die Hauptfigur aus Mozarts „Zauberflöte“ Papageno-Effekt (Niederkrotenthaler et al. 2010; Till & Niederkrotenthaler, 2019) genannt. In der „Zauberflöte“ hegt die Hauptfigur Papageno im Glauben um den Verlust seiner geliebten Papagena Selbsttötungsabsichten wird aber von drei Knaben davon abgebracht.

Verschiedene Mechanismen, wie etwa Wissensvermittlung über Webseiten (Till et al., 2017) oder persönliche Erfahrungsberichte erfolgreicher Bewältigung (Till et al., 2019) tragen zu diesem Effekt bei. Eine bedeutsame Rolle scheint dabei die Identifikation der Betroffenen mit dem Rollenmodell zu spielen (King et al. 2018). Ein Leitfaden für Mediengestaltung im Sinne des Papageno-Effekts findet sich in Infobox 2.

Medienguide unter [https://kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2021/11/Leitfaden\\_zur\\_Berichterstattung\\_%C3%BCber\\_Suizid\\_2021.pdf](https://kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2021/11/Leitfaden_zur_Berichterstattung_%C3%BCber_Suizid_2021.pdf)

#### Die Do's der Berichterstattung zu Suiziden

angelehnt an „media guidelines for reporting suicide, Samaritans“ (2020), [samaritans.org](http://samaritans.org)

- Suizid als vermeidbar darstellen
- als Folge einer Erkrankung (z. B. Depression) einordnen, die erfolgreich behandelt werden kann
- alternative Problemlösungen und Fälle von Krisenbewältigung aufzeigen

#### Informationen und Kontext liefern

- die Folgen des Suizids für das soziale Umfeld des Suizidenten/der Suizidentin aufzeigen
- Hilfskontakte angeben
- Hintergrundinformationen zu psychischen Störungen geben
- über die Arbeit von professionell Helfenden berichten

Infobox 2 Die Do's der Berichterstattung zu Suiziden

- Bandara, P., Pirkis, J., Clapperton, A., Shin, S., Too, L. S., Reifels, L., Onie, S., Page, A., Andriessen, K., Kryszynska, K., Flego, A., Schlichthorst, M., Spittal, M. J., Mihalopoulos, C., & Le, L. K. D. (2022). Cost-effectiveness of Installing Barriers at Bridge and Cliff Sites for Suicide Prevention in Australia. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.6019>
- Beautrais, A. (2007). Suicide by Jumping: A Review of Research and Prevention Strategies. *Crisis*, 28(51), 58-63.
- Buckman, R. F., & Buckman, P. D. (1991). Vertical Deceleration Trauma: Principles of Management. *Surgical Clinics of North America*, 71(2), 331-344.
- Deisenhammer, E. A., Kuen, D., Ing, C. M., Kemmler, G., Defrancesco, M., von Gleissenthall, G., & Weiss, E. M. (2016). Stability in the choice of method during the period preceding a suicide attempt and in attempt repeaters. *European Journal of Psychiatry*, 30(3).
- Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J., Tran, U. S., Voracek, M., Arendt, F., Ftanou, M., Kovacs, R., King, K., Schlichthorst, M., Stack, S., & Spittal, M. J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(2), e156-e168.
- Owens, C., Lloyd-Tomlins, S., Emmens, T., & Aitken, P. (2009). Suicides in public places: Findings from one English county. *The European Journal of Public Health*, 19(6), 580-582.
- Paashaus, L., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., Rath, D., Schönfelder, A., & Teismann, T. (2021). From decision to action: Suicidal history and time between decision to die and actual suicide attempt. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 28, 1427-1434.
- Pirkis, J., Too, L. S., Spittal, M. J., Kryszynska, K., Robinson, J., & Cheung, Y. T. D. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 994-1001.
- Platt, S., & Niederkrotenthaler, T. (2020). Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 41(Supplement 1), S99-S124.
- Reisch, T. (2009). Über den Sinn der Suizidprävention an Brücken in der Schweiz: „Springen sie nicht statt dessen woanders?“ *Schweizer Ärzteblatt*, 90(19), 747-748.
- Reisch, T., Schuster, U., & Michel, K. (2007). Suicide by jumping and accessibility of bridges: Results from a national survey in Switzerland. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(6), 681-687.
- Schmidtke, A., & Maloney, J. (2015). Was ist und wie entsteht ein Suizidhotspot? *Suizidprophylaxe*, 161, 53-61.
- Seiden, R. H. (1978). Where Are They Now? A Follow-up Study of Suicide Attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8(4), 203-216.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *The American journal of psychiatry*, 161(3), 562-563.
- Whitmer, D. A., & Woods, D. L. (2013). Analysis of the Cost Effectiveness of a Suicide Barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis*, 34(2), 98-106.
- Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Neuner, T., Keller, F., Spießl, H., & Franke, C. (2010). Patient suicide in psychiatric hospitals. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4(3), 193-201.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 3(7), 646-659.

# HOTSPOTREGISTER

Der Freistaat Sachsen nimmt eine Vorreiterrolle ein, indem es als erstes Bundesland die Einrichtung einer Datenbank zur strukturierten Erfassung von Suiziden gefördert hat. Dies ist von entscheidender Bedeutung, da der Freistaat Sachsen zu den Bundesländern mit der höchsten Suizidrate zählt (2023: 16,9 pro 100.00 Einwohner). Untersuchungen belegen, dass eine der effektivsten Maßnahmen zur Senkung der Suizidzahlen die Methodenrestriktion ist. Dies bedeutet, dass der Zugang zu einer Suizidmethode oder einem Ort eingeschränkt ist und dadurch Suizide verhindert werden. In dem Projekt, das von Februar 2023 bis Dezember 2024 vom Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt gefördert wurde, sollten deshalb die Orte aller suizidalen Ereignisse im Freistaat Sachsen erfasst werden. Vollständige Datensätze liegen nur für den Zeitraum von 2019 bis 2023 vor. Frühere Daten sind aufgrund der in den meisten Behörden nach 4-5 Jahren stattfindenden Archivierung nicht mehr zugänglich, was als Limitation zu diskutieren ist. Für die Zukunft wäre die Auswertung der Kerndaten des Registers auf mindestens 10 Jahre zu wünschen.

Erfahrungen aus einem vorhergehenden Forschungsprojekt, das in Kooperation des Werner-Felber-Institutes e.V. und des Universitätsklinikums Dresden durchgeführt wurde, haben gezeigt, dass mehrere Datenquellen (z. B. Gesundheitsämter, Kriminalpolizei, Rettungsleitstellen) benötigt werden, um die suizidalen Ereignisse möglichst valide abbilden zu können.

Zu diesem Zweck sind die Daten aus den unterschiedlichen Quellen in einer Datenbank zusammengeführt und abgeglichen sowie auf Dopplung und Plausibilität geprüft worden. Im Anschluss wurden die Daten in ein Geo-Information-System (GIS) eingepflegt. Mithilfe dieses Systems ist es möglich, die Suizidfälle geografisch einzuordnen und die Nähe der Fälle untereinander zu berechnen. So können Hotspots identifiziert werden. In einem weiteren Schritt können die identifizierten Orte hinsichtlich baulicher und nicht-baulicher Sicherungsmöglichkeiten analysiert werden.

Ein wesentlicher Teil des Projektes war die Erstellung eines Datenverarbeitungs- und Datenschutzkonzeptes, da es sich um die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 DSGVO handelte, die vor ihrer Herausgabe zu anonymisieren waren. Neben der Identifikation konkreter Hotspots wurde mithilfe der Daten aus zwei Rettungsleitstellen ein Echtzeitmonitoring eingerichtet, das eine schnellere Sichtbarmachung von Entwicklungen der Suizid- und Suizidversuchszahlen innerhalb einer definierten Region ermöglicht. Die zeitnahe Darstellung einer Häufung von suizidalen Handlungen sowie die ggf. installierten oder veränderten Präventionsmaßnahmen sind mithilfe dieser Daten möglich.

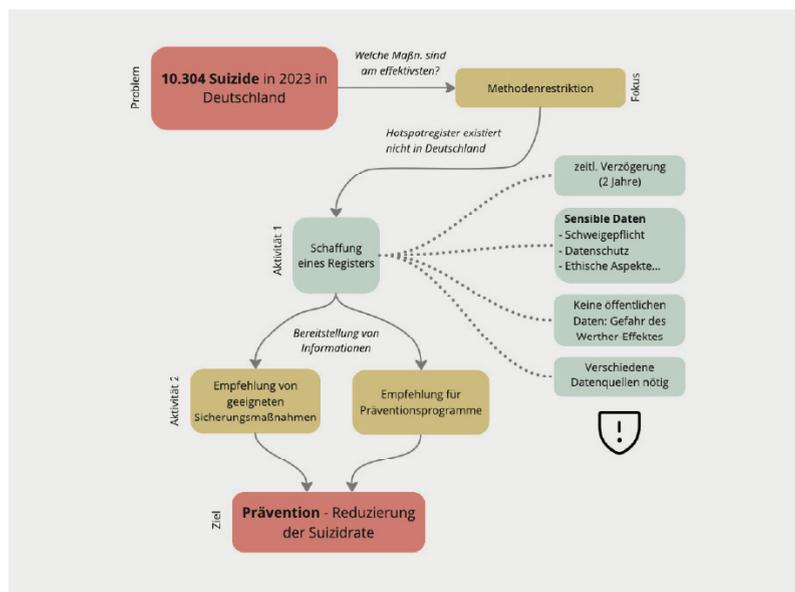
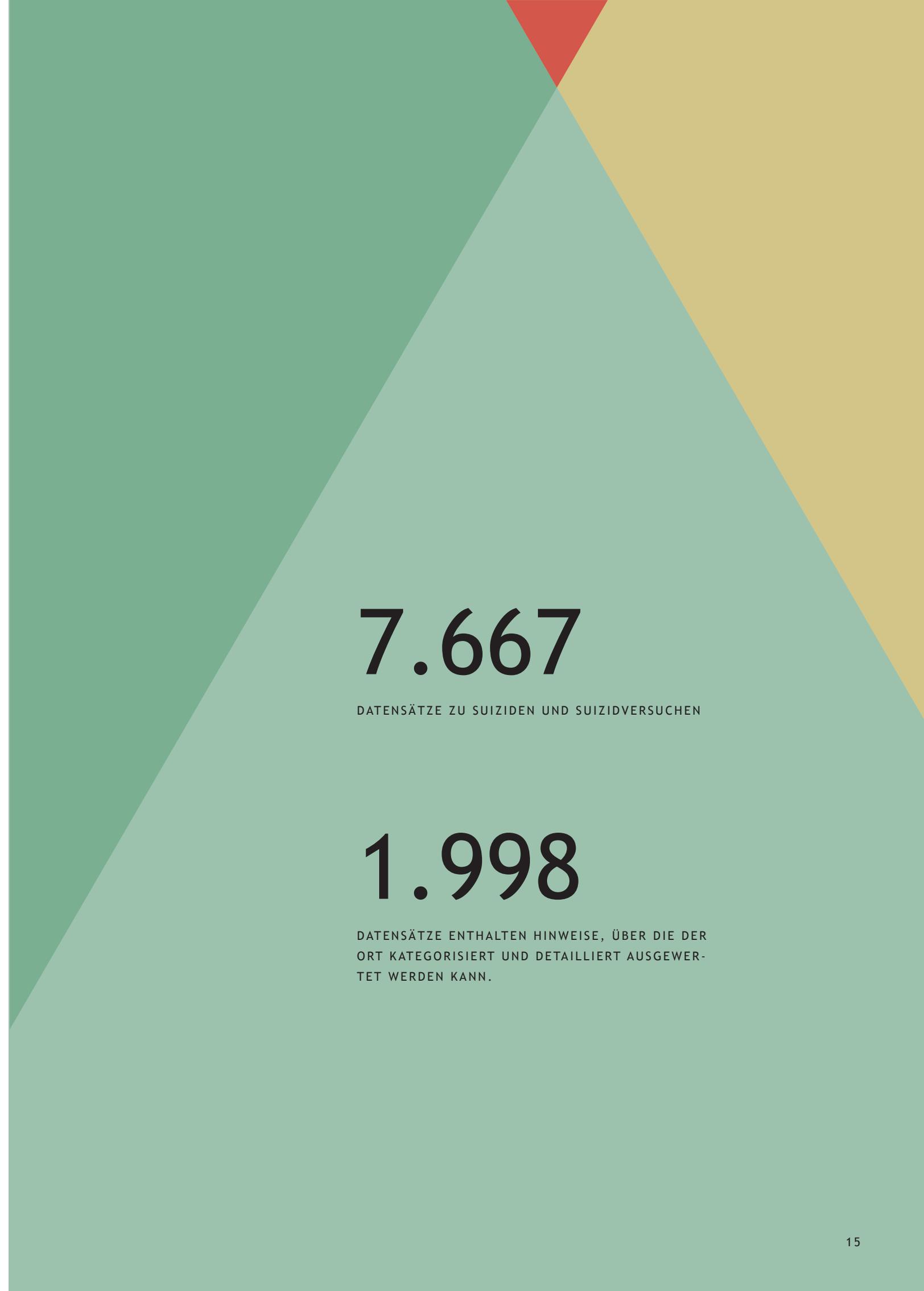


Abb. 5 Systematische Darstellung der Projektziele und Datenverarbeitung



# 7.667

DATENSÄTZE ZU SUIZIDEN UND SUIZIDVERSUCHEN

# 1.998

DATENSÄTZE ENTHALTEN HINWEISE, ÜBER DIE DER ORT KATEGORISIERT UND DETAILLIERT AUSGEWERTET WERDEN KANN.

# AUSWERTUNG DER DATEN

Neben der geografischen Auswertung wurden die Daten auch statistisch ausgewertet. Im Folgenden sind die Auswertungen der Suizidorte und der Suizidmethoden aufgeführt und erläutert.

## SUIZIDORTE

In 26 Prozent der Datensätze (N = 1.998) des Registers sind Informationen zum Suizidort dokumentiert (z. B. Wald, Brücke, Straße etc.). Diese wurden getrennt nach Suiziden und Suizidversuchen analysiert.

Die Begriffe wurden kategorisiert und den Datensätzen entsprechend zugeordnet. Im Anschluss wurden die Daten nach doppelten Adressen durchsucht. Jede Adresse, die mindestens dreimal auftauchte, wurde mittels Internetsuche auf eine Nutzung untersucht (z. B. Wohnheim, Klinikum etc.). Falls keine Ergebnisse erzielt wurden, erfolgte eine Überprüfung mittels Satellitenansicht in einer Karte, um festzustellen, ob es sich um ein Hochhaus, eine Brücke, ein Naturdenkmal oder einen Bahnhof handelt. Orte, die unter mehrere Kategorien fielen, wurden nur einmal zugeordnet. Bei der Zuordnung wurde einer Einrichtung gegenüber einer Ortsbeschreibung Priorität eingeräumt (z. B. Studierendenwohnheim statt Hochhaus), da öffentliche Einrichtungen anders gesichert werden können als private Bauten.

Die meisten Suizide fanden im privaten Raum statt (z. B. Privatwohnung, Gartenanlage, Hochhaus, Wohnheim; N = 949 - 47,8 %), gefolgt von öffentlichen Gebäuden (z. B. Klinikum, Schule; N = 323 - 16,3 %). Knapp 35 Prozent der Suizide und Suizidversuche fanden an öffentlichen Orten außerhalb von Gebäuden statt (z. B. Wald, Straße, Aussichtspunkt, Bahngleise; N = 691).

17,4 Prozent der Suizide und Suizidversuche (N = 346) fanden im Bereich der Bahngleise statt, 78 Prozent davon auf offener Strecke.

Ein Abgleich der Informationen zu den Orten mit anderen Datenquellen (z. B. des Statistischen Landesamtes) ist nicht möglich, da diese Ortsvariablen aktuell nicht erhoben werden. Um angemessene Sicherungsmaßnahmen für öffentliche Orte entwickeln zu können, wäre ein solcher Abgleich jedoch von entscheidender Bedeutung. Die hier ausgewerteten Daten geben erste Hinweise auf Orte mit einem hohen Suizidrisiko.

Tabelle 1: Daten aus dem Hotspotregister - Orte nach Suiziden und Suizidversuchen

ORTSBESCHREIBUNG	SUIZIDE N=1774 (%)	SUIZIDVERSUCHE N=224 (%)	GESAMT N=1998 (%)
Privat	40,9	4,5	37,0
Krankenhäuser	15,8	6,7	14,9
Freigelände Krankenhäuser	0,1	0,0	0,1
Bahngleise (offene Strecke)	11,5	29,5	13,6
Hochhaus	4,1	4,0	4,1
Wald(-weg)/Feldweg	4,0	2,2	3,8
Bahnsteig (im Bahnhofsbereich)	3,3	4,5	3,5
Garten(grundstück)	2,1	12,5	3,3
Brücke	2,0	11,2	3,1
Straße	4,2	1,3	3,9
(Wohn-)Heim	1,9	9,4	2,8
Gelände Wohnheim	0,1	0,0	0,1
Offenes Gelände (z. B. Park oder Spielplatz)	2,5	2,7	2,6
Gewässer	1,7	0,9	1,7
Ufer	1,1	1,8	1,2
Aussichtspunkt/Felsen	1,1	0,4	1,0
Justizvollzugsanstalt	0,9	0,9	0,9
Sonstige Gebäude (z. B. Schule, Arbeitsstelle)	0,6	3,1	0,9
Garagenkomplex/Parkplatz	0,7	1,8	0,8
Sonstige Anlagen (z. B. Raststätte, Umspannwerk, etc.)	0,7	0,0	0,7
Studierendenwohnheim (Hochhaus)	0,0	2,2	0,3
Praxis/Ärztehaus	0,3	0,0	0,3
Hotel/Hostel	0,4	0,0	0,4
PKW	0,1	0,4	0,1

## DATENANALYSE

### SUIZIDMETHODEN

In knapp 50 Prozent der 7.667 Datensätze liegt eine Information zu der angewandten Suizidmethode vor (N = 3.818). Diese wurden getrennt nach Suiziden und Suizidversuchen ausgewertet.

Die Daten des Hotspotregisters zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen Suiziden und Suizidversuchen in Bezug auf die Methodenwahl, was der bisherigen wissenschaftlichen Forschung entspricht. So wurde festgestellt, dass bei Suiziden die Strangulation mit über 50 Prozent die häufigste Methode ist, während es bei Suizidversuchen die Intoxikation mit knapp 50 Prozent ist, gefolgt von Scharfer/Stumpfer Gegenstand und Sturz in die Tiefe (siehe Tab. 2).

Die Daten des Statistischen Landesamtes können aufgrund der fehlenden Ortsangaben nicht direkt für die Datenerhebung genutzt werden, sehr wohl aber zur Prüfung der Validität

des Hotspotregisters - allerdings nur für Daten zu Suiziden, da Suizidversuche aktuell dort nicht erfasst werden. Um einen Vergleichswert zu erhalten, wurden die Zahlen aus den Jahren 2019 und 2020 in Prozentzahlen umgerechnet und gemittelt. Die so ermittelten Werte wurden anschließend den Daten aus dem Hotspotregister gegenübergestellt (vgl. Tab. 3). Die Varianz der Werte lag zwischen 0,3 und 3,4 Prozent, wobei die Werte für die Suizidmethode „Werfen vor ein sich bewegtes Objekt“ mit 8,1 Prozent einen größeren Wert aufwiesen.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Methode „Werfen von ein sich bewegendes Objekt“ im Bundesdurchschnitt knapp 10 Prozent ausmacht, also deutlich höher liegt als in Sachsen.

Tabelle 2: Daten aus dem Hotspotregister - Methoden nach Suiziden und Suizidversuchen

METHODE	GESAMT (%) N= 3818	SUIZIDE (%) N= 2475	SUIZIDVERSUCHE (%) N=1343
Intoxikation	25,7	13,4	48,4
Strangulieren, Erdrosseln & Ersticken	36,0	52,6	5,1
Ertrinken	1,5	1,9	0,8
Erschießen	2,6	3,6	0,7
Scharfer/Stumpfer Gegenstand	12,2	4,0	27,3
Sturz in die Tiefe	11,2	11,7	10,3
Werfen vor ein sich bewegendes Objekt	9,2	11,2	5,6
Sonstiges	1,6	1,5	1,6

Tabelle 3: Vergleich Suiziddaten vom Statistischen Landesamt (Sachsen) und dem Hotspotregister nach Methoden

METHODE	STATISTISCHES LANDESAMT (%)	HOTSPOT- REGISTER (%)	DIFFERENZ
Intoxikation	15,6	13,4	2,2 (-)
Strangulation, Ersticken	56,0	52,6	3,4 (-)
Ertrinken	1,3	1,9	0,6 (+)
Erschießen	4,4	3,6	0,8 (-)
Scharfer/Stumpfer Gegenstand	4,3	4,0	0,3 (-)
Sturz in die Tiefe	12,3	11,7	0,6 (-)
Werfen vor ein sich bewegendes Objekt	3,1	11,2	8,1 (+)
Sonstige	3,1	1,5	1,6 (-)

## **DISKUSSION UND AUSBLICK**

Der Freistaat Sachsen ist eines der Bundesländer mit der höchsten Suizidrate. Mit der Einrichtung eines Registers für Hotspots nimmt Sachsen eine Vorreiterrolle ein, indem es als erstes Bundesland die Einrichtung einer Datenbank zur strukturierten Erfassung von Suiziden gefördert hat. Die Erfahrungen in der Akquise von datengebenden Institutionen und der Ausarbeitung der Datenschutzkonzepte und Kooperationsvereinbarungen sind wichtige Erkenntnisse, die als Grundlage für die Ausweitung des Projektes bzw. als Modellprojekt für andere Bundesländer genutzt werden können. Ein bundesweites Register stellt eine wichtige Grundlage für die Möglichkeit der Suizidprävention durch eine Sicherung der Hotspots dar und bietet einen wirksamen Ansatz zur Reduktion der Suizidzahlen.

Im Hinblick auf das Register selbst, ist eine Vervollständigung der Datensätze für den Zeitraum von mindestens 10 Jahren anzustreben, damit alle Hotspots identifiziert werden können. Im Sinne der Suizidprävention wäre, ein bundesweiter Ausbau sowie eine Verstetigung des Registers zu empfehlen, da nur so ein Monitoring von getroffenen Sicherungen und von neu entstehenden Hotspots möglich ist.

Während die Datenerhebung die Basis der Sicherung darstellt, ist es wesentlich, die gefundenen Hotspots im Anschluss hinsichtlich baulicher Gegebenheiten einzeln zu analysieren und wirksam zu sichern. Die Daten aus dem Register können hier hilfreiche Informationen liefern (z. B. Methode, Zielgruppe).



# DATENSCHUTZ

Bei Suiziddaten handelt es sich um sehr sensible Daten, die auch aufgrund der statistisch gesehen relativen Seltenheit der Ereignisse besonders strengen Datenschutzvorschriften unterliegen. Deshalb war die Ausarbeitung eines Datenverarbeitungskonzeptes von zentraler Bedeutung für das Projekt.

Zu Beginn des Projektes wurden zunächst verschiedene Datenquellen hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit und der Validität der Daten analysiert. Die Auswertungen früherer Arbeiten hatten gezeigt, dass es nicht ausreicht, sich auf eine Datenquelle zu konzentrieren, sondern dass für eine vollständige Erhebung und zum Erhalt aller nötigen Variablen mehrere Datenquellen benötigt werden.

Nach Festlegung der erforderlichen Variablen wurde ein umfassendes Datenverarbeitungskonzept entwickelt, welches auch ein Datenschutzkonzept umfasste. Die geplante wissenschaftliche Auswertung der Daten, die angestrebten Publikationen sowie die Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Gesundheitswesens machten das Einholen eines Ethikvotums erforderlich (EK-BR-104/23-1, 21.11.2023).

Die Herausforderung bei der Erstellung dieses Datenschutzkonzeptes besteht darin, dass Suizide statistisch gesehen relativ seltene Ereignisse sind. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die betroffene Person durch umfangreiche Informationen zu dem Einzelfall identifiziert werden kann. Auch Daten von Verstorbenen sind schutzwürdig, weshalb sehr genau abgewogen wurde, welche Informationen aus fachlicher Sicht zwingend erforderlich sind und auf welche mit Rücksicht auf den Datenschutz verzichtet werden kann. Darüber hinaus wurden auch die Übermittlungswege von Daten sowie die Verarbeitung der Daten festgelegt. Die Erlassung des Sächsischen Transparenzgesetzes im August 2022 erfordert weitere Anpassungen der Prozesse. Bürgerinnen

und Bürger haben grundsätzlich das Recht auf Einsicht in bei Landesbehörden gespeicherte Daten, es sei denn, die Herausgabe würde die öffentliche Sicherheit gefährden. Die Einführung des Transparenzgesetzes hat bisher noch nicht zu einer gesonderten Regelung hinsichtlich von Suiziden geführt. Eine solche Regelung ist jedoch aufgrund der weiter oben beschriebenen möglichen Gefährdung zu fordern. Nach Meinung von Expert\*innen sollte diese gesetzliche Lücke dringend geschlossen werden, da die Herausgabe der Daten zu einer Zunahme von Suiziden und Suizidversuchen führen kann.

Wie oben beschrieben wurden nicht nur Daten zu Suiziden sondern auch zu Suizidversuchen erhoben. Hier wurden strengere Datenschutzbestimmungen angelegt, sodass hier nicht die konkreten Adressdaten sondern nur die Postleitzahl genutzt werden durfte. Damit können diese Daten lediglich zum Monitoring der Suizidversuchszahlen, nicht aber zur Identifikation von Hotspots herangezogen werden.

# SICHERUNG DER KORNBRÜCKE IN DER SCHWEIZ

Die Kornhausbrücke in Bern war vor Ihrer Sicherung im Jahr 2009 einer der bekanntesten Hotspots in der Schweiz.



Abb.6 Kornbrücke , Foto: Adrian Michael

## DATEN ZUR BRÜCKE

Bauart der Brücke: Bogenbrücke aus Stahl

Höhe: 47 m

Länge: 355 m

Geländer-Höhe: 1.12 m (sehr leicht übersteigbar)

Die Brücke steht unter Denkmalschutz und befindet sich auf dem Gebiet der seit 1983 als UNESCO Weltkulturerbe anerkannten Berner Altstadt. Die Brücke war eine der häufigsten genutzten Suizidhotspots der Schweiz. In ca. 100 Meter Entfernung befindet sich die Kirchfeldbrücke, die ebenfalls einen Suizidhotspot darstellt. Im Jahr 2009 wurden an der Kornhausbrücke 7 Suizide registriert. Danach wurden an beiden Brücken im Laufe der Jahre mehrere Sicherungsmaßnahmen getroffen. Hierzu gehören:

- 4 Schilder mit Hinweis auf den Kontakt zur „dargebotenen Hand“ (entspricht der Telefonseelsorge in Deutschland).
- 2009: Provisorische partielle vertikale Sicherheitsnetze 280cm
- 2015: Fertigstellung der horizontalen Netze (3m breit, 1.50m unterhalb der Fahrbahnplatte)

Die Installation der vertikalen Sicherung führte laut Aussagen der Kantonspolizei zu einer deutlichen Reduktion von Suiziden (siehe auch Grafik unten), nicht aber zu einem Rückgang der Suizidversuche. Die Suizidenten konnten jedoch durch ihr Suchverhalten oft erkannt und so zurückgehalten werden.

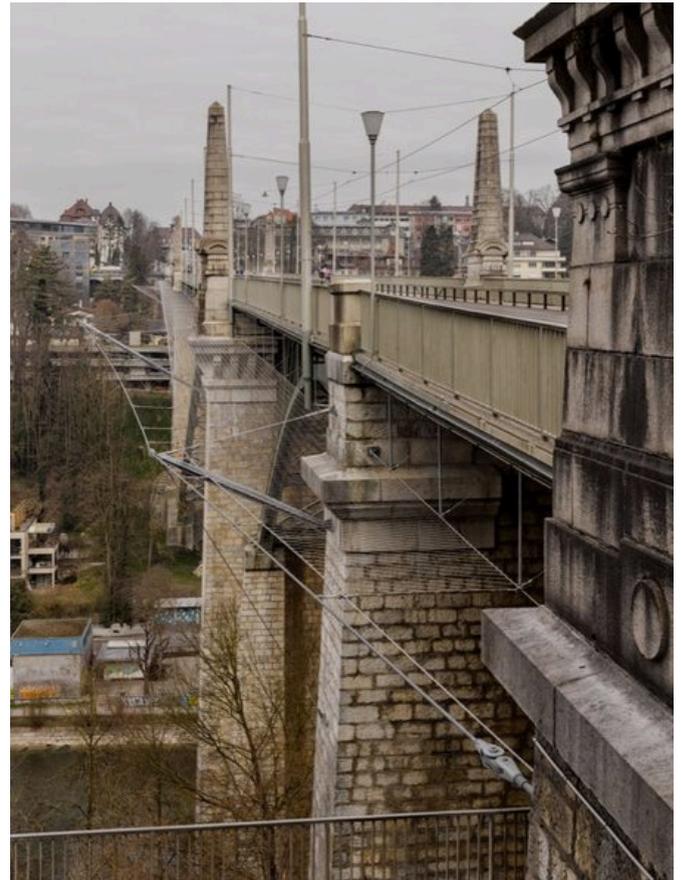


Abb. 7 horizontale Sicherung der Brücke, Foto: Alexander Gempeler

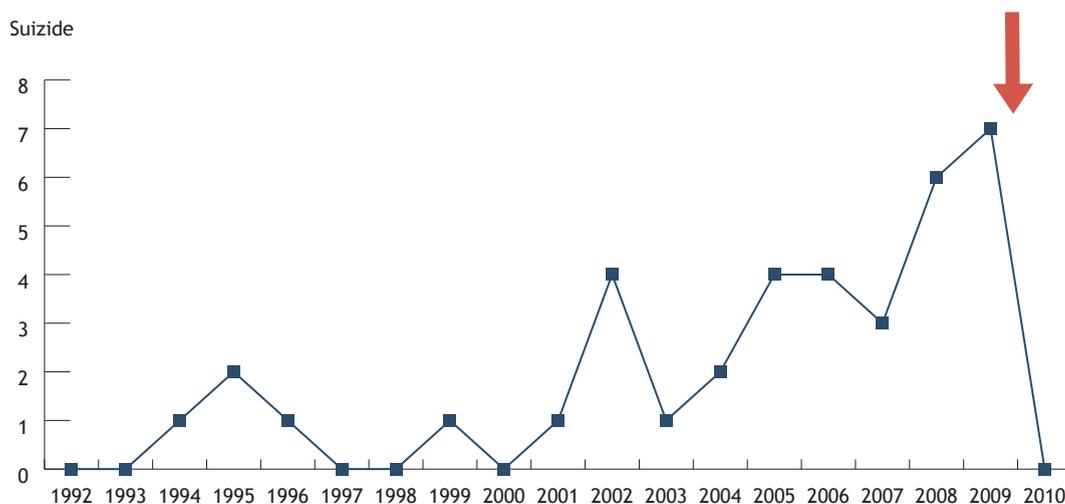


Abb 8: Anzahl der Suizide pro Jahr an der Kornhausbrücke (Eigene Abb. nach Reisch et al. (2014))

Diese Maßnahme wird mitfinanziert mit Steuermitteln auf Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES  
UND GESELLSCHAFTLICHEN  
ZUSAMMENHALT



## IMPRESSUM

Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und  
interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e.V.  
Hallwachsstr. 5  
01069 Dresden  
Vereinsregister: VR 9970  
Registergericht: Dresden

## SPENDENKONTO

Werner-Felber-Institut e.V.  
Deutsche Bank  
DE78 8707 0024 0226 5650 00  
DEUTDEBCH

## KONTAKT

Telefon: +49 (0)351 30922143  
Telefax: +49 (0)351 30933084  
E-Mail: [info@felberinstitut.de](mailto:info@felberinstitut.de)

[felberinstitut.de](http://felberinstitut.de)