



**„Auf den Lebens-Crash sind wir leider kaum vorbereitet“
Dr. Ute Lewitzka über den gesellschaftlichen Stellenwert der Suizidprävention**

Foto: Pixabay

„Man mag es kaum glauben, aber Deutschland - jenes Land, in dem es gefühlt für alles eine gesetzlich bindende Vorschrift gibt, hat kein Suizidpräventionsgesetz“, aus dem Mund von Dr. med. Ute Lewitzka von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Dresdner Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, klingt dieser Satz fast schon bitter. Sie hat sich - gemeinsam mit regionalen und überregionalen Partnern - der Suizidprävention verschrieben und fühlt sich dabei von den politischen Verantwortungsträgern ein Stück weit alleingelassen. „Wissen Sie, wir bereiten uns auf alles vor: Autos werden Crashtest unterzogen, für technische Geräte jeder Art gibt es gesetzliche Vorschriften zum ordnungsgemäßen Betreiben, es gibt Gesetze für den Datenschutz und für Vieles mehr - nur in den Lebens-Crash krachen wir völlig unvorbereitet. Und so gibt es in Deutschland pro Jahr etwa 3.000 Verkehrstote und 10.000 Suizid-Tote“, beschreibt sie die Situation.

Dabei könnte eine gesetzlich geregelte Suizidprävention so viel menschliches Leid verhindern helfen. Das zeigen internationale Studien und Erfahrungen. Länder wie beispielsweise Australien mit einer ohnehin viel niedrigeren Suizidrate

wie Deutschland und viele weitere haben Suizidpräventionsprogramme staatlich verankert und fördern diese. Dies betrifft auch die Suizidforschung. In Deutschland hat das Bundesgesundheitsministerium erstmalig 2017 eine Ausschreibung für Projekte der Suizidforschung veröffentlicht, bei der 14 Projekte gefördert wurden, die nun alle zu Ende sind - darunter ein Schulprojekt in Dresden. „Seither passiert nichts mehr. Suizidforschung zu betreiben ist unglaublich mühsam, da dieses Thema kein Mainstream und meist nicht Bestandteil von Ausschreibungen ist“, sagt Dr. Lewitzka. Dabei ist das Erforschen der Hintergründe und das Verstehen der Entwicklung suizidaler Situationen eigentlich der wichtigste, weil erste, Baustein für eine erfolgreiche Suizidprävention.

Und diese fängt laut Dr. Lewitzka am besten schon im Kindesalter an. „Suizidprävention gehört eigentlich fest verankert in den Stundenplan - und in die Weiterbildungsprogramme der Lehrkräfte“, sagt sie. Dabei sei es wichtig, Kindern und Jugendlichen Grundlagen von Stressmanagement und den Umgang mit Problemen zu vermitteln. Auch, zu erkennen, wenn ein Mitschüler oder der beste Freund, die

beste Freundin ein schwerwiegendes Problem hat, muss erlernt werden. Und das Bewusstsein, dass man sich dann auch guten Gewissens Hilfe bei den Lehrkräften und Eltern holen darf und das nichts mit „Verpetzen“ zu tun hat.

Später dann wäre es laut der Expertin ganz wichtig, dass psychische Erkrankungen in der Gesellschaft nicht mehr stigmatisiert würden. Zwar habe sich hier bereits einiges zum positiven entwickelt, dennoch sei es für Betroffene nach wie vor eine große Hürde, „zuzugeben“, dass man unter einer psychischen Erkrankung leide. „Ein Weg dahin liegt in der wiederholten Fort- und Weiterbildung von Hausärzten und anderen sozialen Berufen sowie in der Wertschätzung der sprechenden Medizin. Damit könnte in vielen Fällen verhindert werden, dass sich eine psychische Erkrankung manifestiert“, betont Dr. Lewitzka. Suizidprävention gehört nach ihrer Ansicht fest in den Weiterbildungsprogrammen für medizinisches Fachpersonal verankert. „Es gibt in den Berufsordnungen verankerte Zusatzqualifikationen und Bezeichnungen - zum Beispiel für die Suchtmedizin, aber bundesweit keine einzige zertifizierte Schulung für Suizidprävention“, kritisiert sie und verweist auf ein

älteres Beispiel aus Schweden: Hier hatte das Schwedische Komitee für die Prävention und Behandlung von Depressionen allen Allgemeinmedizinern auf der Insel Gotland 1983 / 1984 ein pädagogisches Programm zur Diagnose und Behandlung depressiver Erkrankungen angeboten.

Die Auswertung dieses Programmes - bei der die Zahlen von 1982 (also ein Jahr vor Programmbeginn) mit denen von 1985 (ein Jahr nach Programmende) verglichen wurden - ergab eine Abnahme der Häufigkeit von Krankheitszulagen bei depressiven Störungen. Die Häufigkeit der stationären Versorgung bei depressiven Störungen verringerte sich auf 30 Prozent der Häufigkeit von 30 Prozent der Krankheitshäufigkeit an der Basislinie. Die Verschreibung von Antidepressiva erhöhte sich, aber die Verordnung verschreibungspflichtiger Hauptberuhigungsmittel, Beruhigungsmittel und Hypnotika verringerte sich. Die Suizidrate auf der Insel ging deutlich zurück.

Die sogenannte „Gotlandstudie“ zeigt aber auch, wie wichtig es ist, derartige Programme zu verstetigen: Denn 1988, drei Jahre nach Projektende, nahm die stationäre Versorgung mit depressiven Störungen zu und die Suizidrate kehrte fast auf die Ausgangswerte von 1982 zurück. (Die Studie sowie weitere Fachartikel dazu finden Sie im Internet unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1546555>.)

Manchmal würde es laut Dr. Lewitzka schon helfen, psychische Störungen oder Erkrankungen im Frühstadium zu erkennen, wenn die Hausärzte einfach mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten hätten - wenn also die Hausarztvergütung entsprechend „Sprechzeit“ einräumen würde. Die Vergütungsverordnung für die Hausarztpraxen sieht im Schnitt rund acht Minuten pro Patientin oder Patient vor. „Da ist keine Zeit für tiefgründige Gespräche, um genau hinter die vordergründigen Beschwerden zu schauen“, sagt Dr. Lewitzka. Aber genau das wäre notwendig, um ein vielleicht im Verborgenen schlummerndes, größeres Problem zu erkennen. „Wir müssen wieder mehr die ‚sprechende Medizin‘ stärken“, rät sie.

Auch eine bundeseinheitliche Telefonnummer für suizidgefährdete Menschen



Der Hausarzt des Vertrauens ist ein wichtiges Glied in der Kette der Erkennung psychischer Störungen. (Imagefoto: pixabay)

wäre aus Sicht der Medizinerin wichtig. Zwar gebe es die Notrufnummern der Telefonsorge - „allerdings sitzen hier in den meisten Fällen ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Laien, die zwar geschult wurden, um den Anrufern am anderen Ende der Leitung zu helfen. Jedoch fehlt ihnen in den meisten Fällen die fachliche Qualifikation, um beispielsweise eine Suizidgefahr zu erkennen und im besten Fall dann auch aufzulösen“, sagt Dr. Lewitzka.

Denn die Praxis zeigt auch, dass Menschen, die sich mit Suizidgedanken tragen, nur bis zu einem bestimmten Punkt empfänglich für aufgezeigte Auswege sind. „Hat sich der Suizidgedanke einmal verfestigt, befindet sich der Betroffene in einer Art Tunnel: Sein Erleben, Fühlen, Denken und schließlich auch Wollen ist dann sehr eingengt. Um ihn da herauszuholen, braucht es viel Fingerspitzengefühl und noch mehr methodisches Wissen rund um das sehr komplexe Thema Suizid“, erklärt Dr. Lewitzka. Deshalb wäre ein zentraler, von Profis betreuter, Suizidnotruf wünschenswert, „wenngleich man natürlich schauen muss, wie so etwas dann finanzierbar wäre“, räumt sie ein.

Ein weiterer wichtiger Baustein zur Suizidvermeidung ist laut Dr. Lewitzka die sogenannte „Methodenrestriktion“ - also die Einschränkung der möglichen Methoden,

sich das Leben zu nehmen. Erfahrungen zeigten, dass sich jeder, in dem der Gedanke zum Suizid reift, meist eine spezielle Methode „wählt“. „In den meisten Fällen ist der Zeitraum vom Fassen des Beschlusses, sich das Leben zu nehmen (mit einer konkreten Methode) bis zum Umsetzen ein sehr kurzer. Das bedeutet, dass der Betroffene in der Regel seinen Entschluss nicht umsetzt, wenn er in diesem Moment die Methode nicht zur Verfügung hat und damit Leben wirklich gerettet werden kann“, erläutert die Psychiaterin. Denn zum kurzfristigen Umschwenken auf eine andere Methode sei der Betroffene in dieser Phase oft nicht mehr in der Lage. „Wer den Entschluss gefasst hat, einen Suizid zu begehen, ist in einer absoluten Ausnahmesituation - zu rationalem Denken ist er in diesem Moment meist nicht fähig“, erklärt sie.

Bauliche und sicherungstechnische Vorkehrungen etwa an Brücken, Türmen oder hohen Gebäuden hätten daher schon manchen Suizid verhindert. Um so unbegreiflicher ist es der Medizinerin, dass es in Deutschland keine verbindlichen Regularien etwa für die bauliche Suizidprävention bei Klinikbauten gibt. Das betrifft die Beschaffenheit der Treppenhäuser ebenso wie zumeist ungesicherte Dachzugänge und Fenster und vieles mehr. Und so nehmen sich bundesweit pro Jahr 700 bis 800 Menschen in Kliniken das Leben...

Mit einem Suizidpräventionsgesetz könnten all diese Dinge - von qualifizierten, zertifizierten Schulungen und Weiterbildungen für alle Berufsgruppen, die am und mit Menschen arbeiten über einen bundeseinheitlichen Suizidnotruf bis hin zu baulichen Sicherheitsanforderungen zur Suizidvermeidung in kritischer Infrastruktur - geregelt und verbindlich festgelegt werden. Eventuell eine lohnende Aufgabe für die im September neu zu wählende Bundesregierung.

Derzeit aber ist die Frage, wie gut Menschen darauf vorbereitet werden, mit für sie scheinbar ausweglosen Situationen umzugehen, in Deutschland in großem Maße von privaten Initiativen abhängig. Eine davon ist das 2018 in Dresden gegründete Werner-Felber Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e.V., mit dessen Forschungsarbeit wir uns in der nächsten Ausgabe näher beschäftigen werden. (k.k.)