

Das Wissen

## **Suizide - Wie lassen sie sich verhindern?**

Von Martina Keller und Jochen Paulus

Sendung vom: Freitag, 14. Juni 2024, 08:30 Uhr  
(Erstsendung: Mittwoch, 21. Juni 2023, 08.30 Uhr)

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Autorenproduktion

Produktion: SWR 2023/2024

**Es gibt wirksame Therapien und Hilfsangebote, aber nationale Präventionsprogramme für besonders gefährdete Personen fehlen: Männer, Ältere und Jüngere sowie psychisch Kranke und Alkoholabhängige.**

Das Wissen können Sie auch im **Webradio** unter [www.swrkultur.de](http://www.swrkultur.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR Kultur App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swrkultur/programm/podcast-swr-das-wissen-102.xml>

---

**Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### **Die SWR Kultur App für Android und iOS**

Hören Sie das Programm von SWR Kultur, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR Kultur App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...  
Kostenlos herunterladen: <https://www.swrkultur.de/app>

## **MANUSKRIFT**

### **Trigger-Warnung:**

Hinweis: In dieser Folge von Das Wissen geht es darum, wie verhindert werden kann, dass sich Menschen das Leben nehmen. Wir geben auf unserer Internetseite und in den Shownotes Informationen, wo und wie Sie sich Hilfe holen können, falls Ihre Gedanken darum kreisen sollten, oder falls Sie jemanden kennen, der oder die möglicherweise Suizid begehen möchte.

### ***Musikakzent***

### **Autorin:**

Jede Stunde tötet sich in Deutschland ein Mensch selbst, 2022 waren es erstmals seit langem wieder mehr als 10.000 Menschen im Jahr.<sup>1</sup> Doch Suizidgedanken sind kein Schicksal, sie lassen sich überwinden.

### **O-Ton 01 Hanna (Betroffene):**

Dadurch, dass ich in den Momenten, wo ich Hilfe gebraucht habe, auch immer die richtige Hilfe bekommen habe, bin ich einfach sehr dankbar. Also ich konnte mich immer an jemanden wenden und hab immer toll Hilfe bekommen, das muss ich wirklich mal sagen.

### **Sprecher-Ansage:**

„Suizide – Wie lassen sie sich verhindern?“ Von Martina Keller und Jochen Paulus.

### **O-Ton 02 Hanna:**

Die Therapie hat mich wirklich seit diesen ersten Phasen, wo es mir schlecht ging, konstant begleitet, und das war die wichtigste Stütze für mich in meinem Leben.

### **Autorin:**

Die Medizinstudentin, die wir Hanna nennen, hatte schon als Schülerin den Gedanken, sich das Leben zu nehmen.

### **O-Ton 03 Hanna:**

Am Anfang habe ich sehr stark nach außen hin versucht eine Fassade aufrechtzuerhalten und hab auch meinen Alltag gut bewältigen können, indem ich mich mit Sport und eben der Schule beschäftigt habe und meinen Alltag sehr stark durchstrukturiert habe, dass ich gar keine freie Zeit hatte, um über diese Themen nachzudenken. Und dann irgendwann war ich aber körperlich ziemlich am Ende und dann dadurch mit der Situation sehr konfrontiert.

### **Autorin:**

Wenn Suizidgedanken sehr stark werden, brauchen die Betroffenen professionelle Hilfe. Doch die Suizidprävention in Deutschland ist nicht gut genug aufgestellt.

**O-Ton 04 Prof. Dr. Ute Lewitzka (Psychiaterin Universität Dresden / Frankfurt und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention):**

Andere Länder haben staatlich geförderte nationale Suizidpräventionsprogramme. Wir haben das nicht.

**Autorin:**

Die Psychiaterin Dr. Ute Lewitzka.

**O-Ton 05 Ute Lewitzka:**

All die Verbände und Organisationen machen all das im Ehrenamt. Das heißt, dass die Leute, die dort sich engagieren, alle einen Job haben, und wo sie versuchen, Information zu vermitteln, Fortbildungen zu ermöglichen, Tagungen zu organisieren, das passiert wirklich in unserer Freizeit, und da finde ich sollte es schon auch eine Professionalisierung geben. Auch daran arbeiten wir. Aber solange wie da keine stetige und verlässliche finanzielle Förderung kommt, ist das schwierig.

**Autorin:**

Ute Lewitzka ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und hat gerade einen Ruf für eine Professur in Suizidologie an die Universität Frankfurt erhalten. Sie kämpft für mehr Angebote, mehr Geld, mehr Vernetzung. Weil sie weiß, dass gute Suizidprävention Leben retten kann. Das Leben von Menschen wie Hanna.

**O-Ton 06 Hanna:**

Dann habe ich mich auch selbst in die Klinik eingewiesen, und das war dann so der letzte Schritt, weil ich einfach nicht mehr konnte, und ich wusste nicht, was ich tun soll. Und ich war konstant in meinen Gedanken einfach mit dem Thema irgendwie Selbstmord beschäftigt, und das hat mich irgendwie so fertig gemacht, dass ich nichts anderes mehr wusste. Ich wusste nicht, was mich erwartet in der Klinik, aber ich konnte mein Leben nicht mehr so weiterführen.

**Autorin:**

Hanna hat seit der Pubertät mehrfach unter Depressionen gelitten. Einmal war es so schlimm, dass sie versuchte, sich das Leben zu nehmen. Doch nach zwei Klinikaufenthalten und mehreren ambulanten Therapien geht es ihr heute sehr viel besser. Gerade lernt die Medizinstudentin für ihr Physikum.

**O-Ton 07 Hanna:**

Die ganzen Gespräche und also auch unterschiedlichen Therapieformen, die ich da kennengelernt hab, die haben mir wirklich unglaublich geholfen, und erst dadurch bin ich auch wirklich stabiler geworden und kann jetzt auch rückblickend darüber auch so reden und auch wissen, wo meine Grenzen auch sind, und kann es auch reflektierter betrachten.

***Musikakzent***

**Autorin:**

Psychiatrische Erkrankungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit oder Depression sind mit einem höheren Suizidrisiko verbunden. Einzelnen Betroffenen wie Hanna kann mit erprobten Therapien gut geholfen werden. Aber wie sieht es aus, wenn man gesamtgesellschaftliche Erfolge erzielen will? Professor Andreas Reif, Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt.

**O-Ton 08 Prof. Andreas Reif (Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt):**

Gestartet hatten wir das Projekt tatsächlich 2017, und es lief bis 2020/21. Dieses Projekt FRAPPEE wurde vom Bundesgesundheitsministerium gefördert, und wir hatten uns zum Ziel gesetzt, die Zahl der Suizide in Frankfurt um ein Drittel zu reduzieren. Mit ganz verschiedenen Maßnahmen, deren Effektivität wir untersuchen wollten.

**Autorin:**

Suizidprävention ist komplex, muss auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Das Team um Andreas Reif, das Gesundheitsamt Frankfurt und weitere Akteure der Stadt haben es versucht.

**O-Ton 09 Andreas Reif:**

Dieses Maßnahmenbündel bestand in der Weiterbildung von ärztlichen Kollegen, von Einsatzkräften, Polizisten, Notfallsanitätern usw., in der generellen Aufklärung der Bevölkerung durch Öffentlichkeitsarbeit, Medienarbeit, Plakataktionen.

**Autorin:**

Reif und seine Mitstreitenden sorgten dafür, dass alle Menschen, die nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wurden, eine spezifische Behandlung erhielten. Zudem richteten sie eine zentrale Notfallnummer ein, die alle psychiatrischen Kliniken in Frankfurt gemeinsam bedienten. Drei Jahre nach dem Ende von FRAPPEE steht jedoch fest: Die Initiatoren haben ihr Ziel nicht erreicht. Noch immer nehmen sich in Frankfurt jedes Jahr rund 90 Menschen das Leben – so viele wie vor dem Projekt. War es ein Fehlschlag?

**O-Ton 10 Andreas Reif:**

Wenn man genauer hinguckt, was wir jetzt getan haben, in FRAPPEE, dann sieht man zwei Faktoren: Zum einen, wenn man genauer untersucht, sieht man ein paar mehr, weil man dann einfach gründlicher aufarbeitet. Menschen, die sich das Leben genommen haben, werden plötzlich als solche erkannt, die man vorher gar nicht als Suizidenten wahrgenommen hätte. Das macht so fünf bis zehn Menschen pro Jahr aus.

**Autorin:**

Genauer hingucken heißt: Die Forscher haben alle Suizidversuche in Frankfurt systematisch erfasst und alle vollendeten Suizide rechtsmedizinisch aufarbeiten lassen.

**O-Ton 11 Andreas Reif:**

Und es ist natürlich auch so, dass Frankfurt eine Stadt ist, die durch Bewegung und Verkehr gekennzeichnet ist. Sie wissen: Wir haben hier den Bahnhof, zweitgrößter Bahnhof Deutschlands, wir haben den Flughafen, größter Flughafen Deutschlands, und da kommen auch einfach Menschen hierher, die sich dann hier das Leben nehmen, die gar nicht hier gemeldet sind, die gar nicht hier wohnen, die man eigentlich gar nicht in die Statistik von Frankfurt mit reinrechnen dürfte.

**Autorin:**

Dass die Suizidrate gleichgeblieben ist, muss aber noch einen anderen Grund haben. Reif vermutet, dass sich die Forscher zu sehr auf Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen konzentriert haben. Solche Störungen sind zwar eine wichtige Ursache, aber eben nur **ein** Risikofaktor.

**O-Ton 12 Andreas Reif:**

Dann kommt meistens noch irgendwas dazu, ein weiterer Belastungsfaktor. Das geht ganz, ganz weit. Das kann eine akute Krise sein, durch Partnerschaftsverlust, durch Streit, durch vielleicht problematische Lebensumstände, durch geringes Einkommen, durch Schulden, Arbeitslosigkeit, Vereinsamung – eine ganze Reihe von Faktoren, von denen wir wissen, dass die zusätzlich dann noch die Menschen, wenn man so will, über die Schwelle bringen.

**Autorin:**

Während psychiatrische Erkrankungen wie etwa Depressionen relativ gleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt sind, gilt das für die anderen Faktoren nicht.

**O-Ton 13 Andreas Reif:**

Das wäre meine persönliche Erklärung, ohne dass ich jetzt wissenschaftlich untermauern kann. Dass wir eben in diesen Gebieten, in denen wir eine Häufung haben von Suizidversuchen, dann eben eine Häufung von solchen Belastungsfaktoren haben, wie eben finanzielle Nöte, vielleicht eben auch Vereinsamung, was ein ganz wichtiger Faktor ist, vielleicht auch wenig soziale Unterstützung, vielleicht auch leichter Zugang zu Suchtmitteln und höhere Quoten an Abhängigkeitserkrankungen, alle solche Sachen können hier eine Rolle spielen.

**Autorin:**

Wer Suizide verhindern will, sollte also dort besonders aktiv werden, wo die soziale Not am größten ist.

**O-Ton 14 Andreas Reif:**

Je dichter die Bebauung, je enger die Wohnfläche, je schlechter die sozioökonomischen Kenndaten, umso höher ist das Risiko für Suizidversuche. Und hier konnten wir dann auch Stadtviertel identifizieren, die tatsächlich ein höheres Risiko aufwiesen, dass hier die Einwohner Suizidversuche unternehmen. Und das sind jetzt auch Stadtviertel, in die wir in einem Folgeprojekt tatsächlich vor Ort gehen, um hier ganz niederschwellig auch präventive Angebote zu machen.

***Musikakzent***

**O-Ton 15 Robin Müller (Betroffener):**

In der Schule war ich halt eher ein Außenseiter, ich hab mich immer ein bisschen anders gefühlt als die anderen. Dann Richtung Studium war es halt so, dass ... ich bin in eine neue Stadt gezogen, auf einmal war ich beliebter, ich habe Anschluss gefunden, ich war sehr gefragt.

**Autorin:**

Es kommt nicht nur darauf an, sich auf bestimmte Gebiete zu konzentrieren. Wer Suizide verhindern will, muss auch die richtigen Bevölkerungsgruppen erreichen. Eine wichtige Gruppe sind Männer.

**O-Ton 16 Robin Müller:**

Ich hab dann in so einer Top-Firma tatsächlich einen Praktikumsplatz gehabt, die haben mir gleich viel Verantwortung zugetraut, ein toller Start eigentlich. Nur war dann der Betreuer, den ich hatte, der hatte zum Beispiel einfach nie wirklich Zeit. Am Ende kamen immer mehr Aufgaben, meistens einfach per Mail. Mit denen stand ich alleine da. Und irgendwann haben die ganzen Aufgaben angefangen, mich hart zu überfordern.

**Autorin:**

Robin Müller, der in Wirklichkeit anders heißt, erzählt von seinen Erfahrungen auf der Website [www.maenner-staerken.de](http://www.maenner-staerken.de). Sie bietet Männern in der Krise Aufklärung und Hilfe. Professorin Birgit Wagner von der Medical School Berlin hat die Seite mitentwickelt.

**O-Ton 17 Prof. Birgit Wagner (Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Berlin):**

Man sagt so, dass die Suizidraten bei Männern so circa dreifach erhöht sind im Vergleich zu Frauen. Und das steht natürlich im Gegensatz dazu, dass bei Frauen wesentlich häufiger beispielsweise Depression diagnostiziert wird oder eben auch Suizidversuche stattfinden als bei Männern. Also da gibt es ein ganz klares Paradox eigentlich zwischen den Geschlechtern.

**Autorin:**

Männer nutzen bei ihren Suizidversuchen häufiger als Frauen Methoden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tode führen. Zudem sind viele während ihres Suizidversuchs alkoholisiert oder stehen unter Drogen, was die Schmerzschwelle senkt und die Impulsivität steigert. Ein wichtiger Grund für die vielen Suizide bei Männern ist aber auch: Sie wollen Probleme allein mit sich ausmachen.

**O-Ton 18 Robin Müller:**

Das dann zuzugeben, mir Hilfe zu holen, war nicht so richtig die Option. Ich wollte ja irgendwie, dass der Schein nicht fällt, dass die nicht merken, dass ich eigentlich gar nicht der Typ bin, den sie wollten. Diese Angst stand sehr im Vordergrund.

**Autorin:**

Robin Müller zog sich unter dem zunehmenden Arbeitsdruck immer mehr zurück, wollte nur noch seine Ruhe. Dann verließ ihn auch noch seine Freundin.

**O-Ton 19 Robin Müller:**

Ich habe mich eigentlich nur noch gefragt: Warum bin ich eigentlich noch hier? Ich hab dann mich krankschreiben lassen, als sie weg war. Und ein paar Tage später hab ich halt dann den Suizidversuch gemacht.

**Autorin:**

Der junge Mann hat überlebt. Er wurde in die Psychiatrie eingeliefert, suchte sich anschließend eine ambulante Therapeutin.

**O-Ton 20 Robin Müller:**

Dort hab ich halt viel über meine Probleme geredet, hab mich mit den Mitpatienten ausgetauscht, hab andere Wege gelernt, mit meinen Problemen umzugehen. Ich hab mich immer mehr getraut, und das Feedback, was ich bekommen hab, war einfach hilfreich, war eigentlich so eine Art Aufwärtsspirale. Die Leute haben mir gesagt, wie mutig das ist, darüber zu reden. Also ich weiß jetzt, wenn ich Sachen angehe, dass ich halt, wenn es schwierig wird, mich nicht selber dafür fertig machen muss, im Gegenteil eigentlich. Ich kann daran wachsen, ich komm stärker da raus, als ich reingegangen bin.

**O-Ton 21 Birgit Wagner:**

Das ist ja immer ganz wichtig, auch mal zu hören: Was hat denn geholfen? Wie habe ich denn damals vielleicht falsch gedacht? Da bin ich in eine falsche Richtung abgebogen irgendwo, aber als ich dann vielleicht mal wirklich mich mit einer guten Freundin hingesezt habe, mal offen darüber gesprochen habe über meine Suizidgedanken, dann habe ich mich geöffnet, dann wurde es irgendwie auch leichter sich Hilfe zu suchen.

**Autorin:**

Der Forschungsverbund Men Access, zu dem die Psychologin Birgit Wagner gehört, hat nicht nur die Website „Maenner-staerken.de“ konzipiert. Er hat auch ein Präventionsangebot entwickelt, das sich an das Umfeld der Männer wendet. An Partnerinnen, Familie, Kollegen...

**O-Ton 22 Birgit Wagner:**

Ja, wir können jetzt mal auf so ein Modul draufgehen...

**Autorin:**

Birgit Wagner hat ihren Laptop aufgeklappt und ein E-Learning-Programm geöffnet, das sich an Angehörige richtet. In Modul 1 erklärt eine Sprecherin, warum Männer besonders gefährdet sind und bei welchen Äußerungen Familienmitglieder oder Freundinnen hellhörig werden sollten. Wagner klickt das nächste Modul an.

**O-Ton 23 Sprecherin E-Learning-Programm:**

In Modul zwei geht es um die Kommunikation und den Umgang mit betroffenen Personen. Wenn Sie merken, dass ein Mann in Ihrem Umfeld belastet ist und Sie sich Sorgen machen, ist es unheimlich wichtig, die Person anzusprechen.

**Autorin:**

Viele Menschen trauen sich das nicht, sie haben Angst, durch ihre Fragen Suizidversuche erst auszulösen. Die Sprecherin des E-Learning-Programms geht auf diese Sorge ein.

**O-Ton 24 Sprecherin E-Learning-Programm:**

Nachfragen ist hierbei sehr wichtig und erhöht entgegen mancher Befürchtungen nicht das Suizidrisiko und löst keine suizidale Handlung aus. Das Sprechen über das eigene suizidale Erleben und Verhalten kann für die Person entlastend sein.

**Autorin:**

Aber wie kommt man ins Gespräch? Neben allgemeinen Tipps, wie man etwa eine gute Situation für den Austausch schafft, bietet das E-Learning-Programm fiktive Dialoge als Beispiel, etwa zwischen Jana und ihrem Bruder Alex.

**O-Ton 25 Jana, Alex, E-Learning-Programm:**

**Jana:** Hey Alex, ich wollte noch mit dir über eine Sache reden. Also, ich merke seit einiger Zeit, dass es dir nicht gut geht. Du bist irgendwie total in dich gekehrt, und ziehst dich zurück. Ich mach mir echt Sorgen um dich. Magst du vielleicht erzählen, was los ist?

**Autorin:**

Alex reagiert unwirsch, will seine Ruhe, doch Jana lässt nicht locker.

**O-Ton 26 Jana, Alex, E-Learning-Programm:**

**Jana:** Weißt du, manchmal, wenn es den Leuten nicht so gut geht, dann denken Sie über Suizid nach, und ich hab mich gefragt, ob das bei dir vielleicht auch so sein könnte?

**Alex:**

Du meinst, dass ich mich umbringen könnte? Wie kommst du denn darauf?

**Jana:**

Naja, du hast schon mal, solche Andeutungen gemacht, dass du keine Lust mehr hast und so was. Daher wollte ich dich fragen, denkst du denn manchmal über Suizid nach?

**Alex:**

Ja, ich weiß nicht, ja ich glaub schon, dass ich da manchmal daran denke. Manchmal wird mir einfach alles zu viel und ich weiß nicht mehr weiter, dann denke ich da ab und zu dran, dass ich dann einfach meine Ruhe hätte. Verstehst du?

**Autorin:**

Der Kontakt ist gelungen, das Thema auf dem Tisch. Im letzten Schritt geht es darum, gemeinsam nach einer Lösung zu suchen, dem Mann Hilfsangebote nahezubringen. Auch das ist nicht einfach, weil viele Männer Psychotherapie als ein Zeichen von Schwäche sehen.

**O-Ton 27 Birgit Wagner:**

Wir arbeiten ja in diesem Forschungsverbund auch mit Kommunikationswissenschaftlerinnen zusammen, und was eben da auch schon herausgekommen ist, dass man vielleicht auch eher pragmatisch ansetzen muss, so: „Mensch, wenn dein Auto kaputt ist, dann gehst du doch auch in die Werkstatt.“, oder: „Wenn ein Zahn weh tut, dann gehst du doch auch zum Zahnarzt.“ Also eher so auf dieser sehr pragmatischen Ebene, da mal so diese Brücke bauen auch, dass es eben nichts mit Scham mehr zu tun hat, sondern eigentlich ein kluger Schritt ist, sich Hilfe zu suchen.

***Musikakzent*****O-Ton 28 Fee Hoppmann (Psychotherapeutin Medical School Berlin):**

Also ich hatte einen Patienten, der keine Freude mehr am Leben hatte und der eigentlich gesagt hat: Ich glaube, dass es falsch ist, mich umzubringen, aus religiösen Gründen. Aber eigentlich möchte ich nicht mehr leben.

**Autorin:**

Alte Menschen – Männer wie Frauen – haben das höchste Risiko, sich das Leben zu nehmen. Psychotherapeutin Fee Hoppmann ist spezialisiert auf die Arbeit mit ihnen und berichtet von der Behandlung eines 82-Jährigen.

**O-Ton 29 Fee Hoppmann:**

Sein Partner hatte sich suizidiert, und er hatte sehr starke Schuldgefühle, weil er das nicht verhindern konnte. Und wir haben eben zusammen rausgearbeitet: Er konnte das auch nicht verhindern. Also zu dem Zeitpunkt wusste er nicht, dass sein Partner schwer erkrankt ist. Er hat sich trotzdem sehr viel gekümmert, aber hat das nicht verhindern können, weil das aber auch nicht in seiner Macht war.

**Autorin:**

Fee Hoppmann arbeitet an der Medical School Berlin, im Spezialbereich Psychotherapie im Alter der Hochschulambulanz.

**O-Ton 30 Fee Hoppmann:**

Nachdem das so ein Stück aus dem Weg geräumt war, ging es für ihn auch noch mal darum zu gucken, was ist denn für mich heute im Leben wichtig, wie möchte ich denn eigentlich noch leben? Wie fülle ich diese Leerstelle in meinem Leben, die mein Partner hinterlassen hat? Dieser Patient hat dann angefangen, relativ viel zu reisen, hat sich nochmal sehr so in Richtung Kunst interessiert, und konnte dadurch auch wieder so eine ganz andere Lebendigkeit entwickeln.

**Autorin:**

Eine erfolgreiche Therapie. Sie widerspricht einem verbreiteten Vorurteil: Es lohne sich nicht, alte Menschen psychotherapeutisch zu behandeln, es sei auch gar nicht möglich. Selbst Ärzte denken mitunter so. Deshalb bekommen alte Menschen mit Depressionen häufig nur Antidepressiva verordnet, aber keine Psychotherapie. Dabei kann die ihnen helfen, wie Studien zeigen. Fee Hoppmann empfindet die Begegnungen mit ihrer lebenserfahrenen Klientel als bereichernd. Mitunter haben

Betroffene mit altersbedingten Einschränkungen zu tun, doch die Therapeutin weiß damit umzugehen.

### **O-Ton 31 Fee Hoppmann:**

Bei Menschen, die zum Beispiel kognitiv etwas weniger leistungsfähig sind, würde das bedeuten, so Informationen, die wir erarbeiten, etwas einfacher zu verpacken oder so in etwas kleinere Häppchen zu zerteilen, Dinge auch eher mal zu verschriftlichen oder sowas wie ein Psychotherapietagebuch zu führen, wo man so die wichtigen Dinge aufschreibt, dass sie für jemanden auch noch zugreifbar sind, wenn jemand etwas vergesslicher geworden ist zum Beispiel. Und auch bei Menschen, die so Schwierigkeiten haben, beim roten Faden zu bleiben oder die etwas Probleme mit der emotionalen Regulationsfähigkeit haben, arbeiten wir dann etwas stützender.

### **Autorin:**

Psychotherapie für Ältere scheitert oft daran, dass die Menschen es nicht mehr in die Praxis schaffen. In solchen Fällen behandelt Fee Hoppmann Betroffene in deren eigenen vier Wänden. Aufsuchende Psychotherapie heißt das im Fachjargon. Die ist leider die Ausnahme und nicht die Regel. Wenn aber keine Hilfe kommt und alte Menschen am Leben verzweifeln, steigt das Risiko für Suizide, die gar nicht als Suizide erkannt werden und die deshalb in keiner Statistik auftauchen. Die Älteren halten sich nicht an ärztliche Ratschläge, nehmen ihre Medikamente nicht oder zu viele davon. Oder sie hören auf zu essen und schließlich zu trinken.

### **O-Ton 32 Fee Hoppmann:**

Sterbefasten klingt ja auch immer so ein bisschen – fast romantisch oder so als wäre das so eine wohlüberlegte, schöne Sache. Das ist ja auch etwas ganz Dramatisches und Qualvolles. Das sollte man also auch nicht unterschätzen, wie körperlich qualvoll das eigentlich ist, so zu sterben. Das ist es ja kein: Ich sterbe jetzt friedlich im Schlaf. Und nur weil diese Person alt ist, würde ich nicht sagen, dass es jetzt deswegen akzeptierbar ist oder man das hinnehmen muss, dass jemand aus einer psychischen Krise heraus sagt, ich möchte jetzt nicht mehr leben. So jemand braucht Hilfe.

### ***Musikakzent***

### **Autorin:**

Zahlreiche Einzelstudien und zusammenfassende Analysen haben gezeigt: Das wirksamste Mittel der Vorbeugung gegen Suizid ist, den Zugang zu Suizid*methoden* zu versperren. Medikamente können zum Beispiel in kleinen Packungen verkauft werden, sodass die Folgen nicht lebensgefährlich sind, wenn jemand alle Tabletten auf einmal schluckt. Die Zahl der Schusswaffen in Wohnungen lässt sich mit Verboten reduzieren. Psychiatrische Kliniken kann man so gestalten, dass sie einladend sind und nicht Ängste wecken. Brücken oder Türme, von denen Menschen immer wieder in den Tod springen, können gesichert werden. In Jena gibt es einen mehr als hundert Meter hohen Turm, der lange nicht gesichert war.

**O-Ton 33 Gerd Wagner (Privatdozent Universitätsklinikum Jena):**

Wir sind ja direkt unmittelbar konfrontiert worden, als wir das Kick-off-Treffen hatten von unserem Netzwerk zur Suizidprävention in Jena, ist da eine Person vom Turm gesprungen.

**Autorin:**

Der Psychologe Dr. Gerd Wagner leitet am Universitätsklinikum Jena die AG Suizidologie.

**O-Ton 34 Gerd Wagner:**

Das war für uns ein trauriger Startschuss sozusagen des Netzwerks und hat uns auch noch wirklich vor Augen geführt, wie wichtig es ist, einfach auch in Jena direkt aktiv zu sein.

**Autorin:**

Mit Hilfe des Oberbürgermeisters konnten die Suizidforscher die Betreiber des Turms überzeugen, die Brüstungshöhe von leicht überwindbaren 1,20 Meter auf kaum zu erkletternde 2,40 Meter zu erhöhen. Aber suchen sich Menschen, die sich einmal das Leben nehmen wollten, nicht einfach einen anderen Weg, wenn ihnen der erste versperrt wird? Diese Frage beantwortet die Wissenschaft ganz klar: Sie tun es in aller Regel nicht. Dennoch brauchen diese Personen besondere Unterstützung.

**O-Ton 35 Gerd Wagner:**

Die Menschen, die zum Beispiel schon einen Suizidversuch begangen haben, die haben ein höheres Risiko, erneut einen Suizidversuch zu unternehmen beziehungsweise suizidales Verhalten. Und dieses Risiko steigt auch an, je mehr und je häufiger sie solche Suizidversuche zum Beispiel durchgeführt haben.

**Autorin:**

Wenn ein Mensch nach einem Suizidversuch in eine Klinik eingeliefert wird, haben die Ärztinnen und Psychologen dort die Chance einzugreifen. Gerd Wagner hat dafür ein Programm entwickelt. Es umfasst fünf Therapiesitzungen, nicht in einer Gruppe, sondern als Einzelbehandlung. Die Teilnehmenden sollen erkennen lernen, was sie in eine suizidale Krise stürzen kann.

**O-Ton 36 Gerd Wagner:**

Ganz wichtig ist für uns auch, den Umgang zu erlernen, Umgang mit Suizidgedanken. Viele Patienten erleben das als extrem belastend, solche Suizidgedanken, die plötzlich auftreten, häufig unkontrolliert auftreten und haben auch eine große subjektive Bedeutung für die Patientinnen und Patienten, dass möglicherweise diese Gedanken auch wirklich zur Handlung führen können.

**Autorin:**

In der Regel denken Betroffene in den ein bis drei Stunden vor einer suizidalen Handlung intensiv an Selbsttötung<sup>iiii</sup>. Diese Frist lässt sich für die Prävention nutzen. Gerd Wagner hat eine App für seine Patientinnen und Patienten entwickelt. Wer ein Android-Smartphone oder ein I-Phone besitzt, kann sie installieren.

**O-Ton 37 Gerd Wagner:**

Ja, ich hab sie dabei, muss ich mal mein Handy auspacken, die heißt LifeStep App.

**Autorin:**

Die App enthält nicht nur viele allgemeine Informationen für Menschen in Krisen. Sie bietet Suizidgefährdeten auch Hinweise, wie sie erkennen können, dass es wieder los geht.

**O-Ton 38 Gerd Wagner:**

Hier – genau, meine Frühwarnzeichen.

**Autorin:**

In der sogenannten Check-Box der App finden Betroffene Vorschläge, was sie als ihre persönlichen Frühwarnzeichen markieren könnten, etwa Überforderung, Antriebslosigkeit, Schlafprobleme...

**O-Ton 39 Gerd Wagner:**

Dann gibt's zum Beispiel, hierarchisch aufgebaut, das sind so meine Ablenkungsstrategien, zum Beispiel hier: Was kann ich denn tun, wenn solche Gedanken auftreten? Zum Beispiel wäre, ich gehe mal in einen öffentlichen Raum, ich gehe mal in ein Café und trinke Kaffee, dass ich unter Menschen bin, nicht alleine im Wald irgendwo bin, wo möglicherweise die Suizidgedanken so stark sind, dass sie doch dann irgendwann in eine Handlung umgesetzt werden.

**Autorin:**

Die App enthält auch eine sogenannte Hope-Box. In ihr können etwa Bilder der Freundin oder Videos vom Hund gespeichert sein – alles, was daran erinnert, dass es Schönes im Leben und Grund zur Hoffnung gibt. Auch ein Sicherheitsplan kommt in die App. Dort steht dann beispielsweise, wer im Notfall angerufen werden soll. Trotz aller Hilfsmittel ist es für Betroffene oft schwierig zu erkennen, wann eine Krise sich zuspitzt.

**O-Ton 40 Gerd Wagner:**

Deswegen arbeiten wir auch an der Weiterentwicklung dieser App, wir versuchen auch zum Beispiel mit Sensoren zu arbeiten, mit Smartwatches zu arbeiten, die quasi auch – nicht in Echtzeit, aber zumindest fast in Echtzeit – auch den physiologischen Zustand überwachen, die zum Beispiel der Person mitteilen könnten, wann sie gestresst ist und dass sie dann, wenn sie gestresst ist, zum Beispiel diese App nutzen kann.

**Autorin:**

Wissenschaftlich überprüft wurde die App noch nicht. Sie verwendet aber erprobte Strategien, die auch in der App funktionieren sollten, so die Erwartung. Andere Studien haben gezeigt: Oft wirken bereits kleine Maßnahmen präventiv. Wenn ein Mensch nach einem Suizidversuch aus dem Krankenhaus entlassen wird, kann mitunter schon ein Gespräch, etwa mit einer Ärztin aus der Notaufnahme, einen neuen Versuch verhindern

## **Musikakzent**

### **Autorin:**

An Ideen und Konzepten für die Suizidprävention mangelt es nicht. Doch viele bewährte Projekte sind finanziell gefährdet, vor allem in ländlichen Regionen fehlen niedrigschwellige Angebote, und es mangelt an Daten für die Forschung. Deshalb haben die Bundestagsabgeordneten den Gesetzgeber im Juli 2023 nahezu einmütig beauftragt, die Suizidprävention zu stärken. Im ersten Schritt hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Anfang Mai 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie vorgelegt. Noch vor drei Jahren hätte sich die Psychiaterin Ute Lewitzka das nicht träumen lassen.

### **O-Ton 41 Ute Lewitzka:**

Dass dieses Thema so prominent jetzt in der Politik angekommen ist, empfinde ich als sehr wertvoll. Natürlich lässt diese Strategie noch einiges offen, und natürlich muss diese Strategie jetzt weiter konkretisiert, differenziert und vor allen Dingen auch mit Finanzierungszusicherungen weiterentwickelt werden. Aber ich finde, es ist ein großer Schritt.

### **Autorin:**

Geplant ist eine Zentrale Koordinierungsstelle, die das vorhandene Wissen zusammenfasst, Informationen auf einer zentralen Webseite aufbereitet, auch ein Krisennotruftelefon auf den Weg bringt, wie es das in anderen Ländern – zum Beispiel den Niederlanden – bereits gibt. Über Kampagnen sollen besonders Hochrisikogruppen gezielt angesprochen werden – darunter Männer und ältere Menschen. Maßnahmen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist, bekommen in der Umsetzung Vorrang, um möglichst viel Wirkung zu erzielen. Dazu zählt die erwähnte Methodenrestriktion, die den Zugang zu Suizidmitteln und -orten erschwert oder verhindert. Auch die Basis für die Forschung soll verbessert werden.

### **O-Ton 42 Ute Lewitzka:**

(Wir brauchen eine valide Datenerfassung zu dem suizidalen Geschehen generell. Das haben andere Länder, die nennen das dann beispielsweise Register wie in den skandinavischen Ländern, und da geht es aber nicht nur um die Erhebung eines Sachverhalts, zum Beispiel Suizidversuche, der bedeutsam ist, denn) es kommen ja viel mehr Suizidversuche vor als Suizide, und wir wissen darüber noch viel zu wenig. Das heißt, wenn wir da das Wissen stärken und forschen können, dann können wir ja auch bessere Präventionskonzepte entwickeln.

### **Autorin:**

Eine solche Datenbank soll noch weitere Aspekte abdecken.

### **O-Ton 43 Ute Lewitzka:**

Da fällt mir natürlich sofort ein Hotspotsregister ein, dass man überhaupt erstmals erfasst, wo gibt es Hotspots in Deutschland? Und dann auch verfolgt, wenn man die sichert, wie sich die Suizidzahlen danach entwickeln. Ich kann spezielle Risikogruppen adressieren. Da fallen mir natürlich die Mediziner als erstes ein, naheliegend. Es gibt kaum Forschung darüber, warum sich Ärzte das Leben nehmen. Aber nur, wenn wir diese Daten haben, können wir anfangen, spezifische

Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und dann eben auch zu evaluieren, wo wirkt überhaupt etwas und wie wirkt etwas.

**Autorin:**

Mit der Nationalen Strategie ist eine gute Grundlage für die Suizidprävention gelegt. Aber jetzt kommt es darauf an, dass auch die Finanzierung zeitnah gesichert wird. Das kann nach Überzeugung von Ute Lewitzka nur gelingen, wenn die Suizidprävention auch gesetzlich verankert wird, wie es die Bundestagsabgeordneten dem Gesetzgeber 2023 aufgetragen hatten.

**Jingle mit Musik „Das Wissen“, Autorin drüber:**

„Suizide – Wie lassen sie sich verhindern?“ Von Martina Keller und Jochen Paulus. Sprecherin: Martina Keller, Redaktion: Sonja Striegl. Ein aktualisierter Beitrag aus dem Jahr 2023.

**Und hier ein Hör Tipp:**

Die Suizidrate ist bei Männern höher als bei Frauen. Depressionen werden bei Männern aber seltener diagnostiziert. Das könnte daran liegen, dass sie im Anfangsstadium andere Symptome zeigen als üblich. Darum geht es in dieser Folge von „Das Wissen“: „Depressionen bei Männern – Eher gereizt als niedergeschlagen“. Gibt’s in der ARD Audiothek und auf allen anderen Podcast-Plattformen.

\* \* \* \* \*

**Quellen und Links:**

---

<sup>i</sup> Statistisches Bundesamt, „Im Jahr 2021 starben in Deutschland insgesamt 9 215 Personen durch Suizid“, Statistisches Bundesamt, zugegriffen 17. April 2023, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/suizid.html>.

<sup>ii</sup> Daniel D.L. Coppersmith u. a., „Mapping the timescale of suicidal thinking“, Proceedings of the National Academy of Sciences 120, Nr. 17 (25. April 2023): e2215434120, <https://doi.org/10.1073/pnas.2215434120>.

<sup>iii</sup> Laura Paashaus u. a., „From Decision to Action: Suicidal History and Time between Decision to Die and Actual Suicide Attempt“, Clinical Psychology & Psychotherapy 28, Nr. 6 (2021): 1427–34, <https://doi.org/10.1002/cpp.2580>.