

SWR2 Wissen

Suizid verhindern

Was Fachkräfte und Laien tun können

Von Jochen Paulus

Sendung: Mittwoch, 26. September 2018, 08.30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Andrea Leclerque

Produktion: SWR 2018

Pro Jahr töten sich 10.000 Menschen selbst, das sind mehr als im Verkehr, durch Gewalttaten, durch illegale Drogen und Aids zusammen.

SWR2 Wissen können Sie auch als Live-Stream hören im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de, auf Mobilgeräten in der **SWR2 App**, oder als **Podcast** nachhören: <http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.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.

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

Die neue SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIFT

Sprecherin:

Ein nüchterner Seminarraum der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt am Main. Weiße Tische sind zu einem großen Rechteck zusammengestellt. An ihnen sitzen eine Hausärztin und mehrere Hausärzte, dazu etliche Medizinstudierende. Sie sprechen bei dieser Fortbildungsveranstaltung über ein ernstes Thema: Suizid. Die Psychiaterin Christiane Schlang wendet sich an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

O-Ton 1 - Christiane Schlang (Schweige-Atmo am Ende kann noch etwas unter nächstem Sprecherintext liegen):

Ich würde Sie bitten, einfach ein bisschen vielleicht aus ihrer eigenen Praxis zu berichten. Wir müssen hier nicht auf alle Fragen einzeln eingehen. Aber vielleicht haben Sie ein schönes Beispiel, welche Begegnungen im beruflichen Kontext sie einfach schon mal mit Suizidalität hatten. Was da in ihnen vorgegangen ist, wie sie damit umgegangen sind, wo sie sich unsicher gefühlt hätten, wo sie sich Hilfe gewünscht hätten, Informationen. Ja, dass wir da einfach ein bisschen in Austausch kommen.

Sprecherin:

Einen Moment traut sich keiner. Dann meldet sich die Hausärztin Ursula Frühauf aus Offenbach zu Wort.

O-Ton 2 - Ursula Frühauf:

Ich bin natürlich in der hausärztlichen Praxis schon damit konfrontiert worden, also weniger mit einer ganz hochakuten Suizidalität, eher mit so einer schwelenden Verschlechterung einer depressiven Episode mit möglichen Suizidgedanken. Gefühle, die bei mir aufkommen, wenn Patienten, denen es schlecht geht mir gegenüber sitzen, ist erst mal Stress. Wie gehe ich emotional damit um, wie nähere ich mich dem Patienten an?

Sprecher:

„Suizid verhindern - Was Fachkräfte und Laien tun können“. Eine Sendung von Jochen Paulus.

O-Ton 3 - Philipp Hinrichs (Atmo am Ende kann noch etwas unter nächstem Sprecherintext liegen):

Ich bin jetzt seit acht Jahren niedergelassen und die Fälle, wo ich dachte, okay, hier geht es wirklich um die Wurst ein Stück weit, die kann ich an einer Hand abzählen. Das ist tatsächlich im Alltag, ich meine, vielleicht habe ich es auch übersehen, überhört, ich hoffe und denke eigentlich nicht, eigentlich seltener, als ich annahm zum Anfang.

Sprecherin:

Vermutlich sehen Hausärzte wie Philipp Hinrichs in Frankfurt über Jahre keinen Patienten, der sich wenig später umbringt. Trotzdem spielen Hausärzte und

Hausärztinnen eine wichtige Rolle bei der Verhinderung von Suiziden, wie Christiane Schlang mit einer auf eine Leinwand projizierten Statistik zeigt.

O-Ton 4 - Christiane Schlang:

Also es gibt verschiedene Untersuchungen und danach hat die Hälfte aller Patientinnen und Patienten in einem Zeitraum von einem Monat vor dem Suizid, Kontakt zum Primärarztsystem gehabt. Die kommen natürlich nicht und sagen, ich will mich umbringen. Sondern die kommen mit anderen Sachen, die kommen mit irgendwelchen somatischen Geschichten. Aber es ist eben nicht so, dass sie in der Hausarztpraxis nicht auftauchen. Und wenn man das jetzt auf das gesamte Jahr vor dem Suizid ausdehnt, dann sind es sogar 75 Prozent, die Kontakt hatten.

Sprecherin:

Hausärzte müssen also in der Lage sein, suizidgefährdete Menschen zu erkennen. Denn mindestens 90 Prozent der Gefährdeten gehen nicht zur Psychiaterin oder zum Psychiater, die mit solchen Fällen mehr Erfahrung haben. Das Seminar ist aber nur ein Teil eines großen Projekts der psychiatrischen Universitätsklinik und anderer Frankfurter Einrichtungen. Es heißt FraPPE: Frankfurter Programm zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierten Maßnahmen. Der Psychiatrieprofessor Andreas Reif ist der Projektleiter. In seinem geräumigen Büro in der Klinik beschreibt der Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik sein ehrgeiziges Ziel.

O-Ton 5 - Andreas Reif:

Das ist ein Projekt, in dem wir die verschiedenen Aktivitäten in der Stadt zur Suizidprävention bündeln und auch erweitern und wir untersuchen auch den Erfolg dieser suizidpräventiven Maßnahmen. Und unser Ziel ist es, die Suizidrate in Frankfurt um ein Drittel zu reduzieren.

Sprecherin:

Auch die anderen psychiatrischen Kliniken der Stadt sowie das Gesundheitsamt sind dabei. Solche Anstrengungen sind bitter nötig. Deutschland hat sich im Rahmen eines Programms der Weltgesundheitsorganisation verpflichtet, die Zahl der Suizide bis 2020 gegenüber 2013 um zehn Prozent zu senken. Das so schnell zu schaffen, wird kaum möglich sein. Die Bundesregierung stellt dafür 3,5 Millionen Euro Forschungsgelder zur Verfügung. Davon geht eine knappe Million in das Frankfurter Projekt. Die Verantwortlichen haben immerhin drei Jahre Zeit und setzen an etlichen Stellen gleichzeitig an.

O-Ton 6 - Andreas Reif:

Also es sind verschiedene Bausteine. Die eine relevante Richtung ist, wie kriegen wir die Patienten überhaupt zu uns in Behandlung. Da machen wir Angebote wie 24-Stunden-Hotline, die immer erreichbar ist. Wir machen hier Notfallsprechstunden, dass die Patienten auch niedrigschwellig zu uns in Behandlung kommen. Dann hier eine leitliniengerechte Behandlung durchzuführen, das ist unser täglich Brot, ich denke, das machen wir immer, wobei wir das ergänzen jetzt auch um eine speziell auf Suizidalität abgestimmte Kurzpsychotherapie.

Sprecherin:

Ganz wichtig ist auch die Schulung von Fachleuten, damit sie wissen, wie sie Gefährdete erkennen und ihnen helfen können. Dabei hilft es, die verschiedenen Phasen zu kennen, die Suizid-Kandidaten oft durchlaufen. Christiane Schlang, die das Projekt FraPPE auch koordiniert, bringt sie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Seminars nahe. In der sogenannten „Erwägungsphase“, erklärt sie, spielen Gefährdete mit dem Gedanken, sich umzubringen, die Gefahr ist aber noch nicht sehr hoch. Sie sind oft deprimiert. Hausärztinnen und Hausärzte sollten solche Patienten direkt fragen, ob sie einen Suizid erwägen. Oft kommen diese Menschen aber nicht in die Praxis.

O-Ton 7 - Christiane Schlang:

Das geht dann über in die Ambivalenzphase und das ist die Phase, in der wir die Leute sehen. Und diese Ambivalenzphase, heißt nicht umsonst so. Die Leute sind sehr getrieben und sehr unruhig. Und die leiden massiv, und zwar ist es wirklich eine Ambivalenz zwischen diesem „Ich will eigentlich leben, aber so wie es ist, will ich nicht mehr leben“. Da ist die Suizidgefahr mäßig bis hoch. Wir können das so ein bisschen abchecken da mit diesen Suizidplänen-Vorbereitung, das geht auch so in diese Richtung in die Frage der Akuität.

Sprecherin:

Also: Besteht unmittelbar die Gefahr, dass der Patient seine Pläne in die Tat umsetzt? Christiane Schlang empfiehlt zu fragen, ob er sich über eine Methode Gedanken gemacht hat.

O-Ton 8 - Christiane Schlang:

Und dann ist die nächste Frage, haben Sie schon Vorbereitungen getroffen? Wenn dann jemand sagt „ja“, ich hab den Strick in der Garage liegen oder ich habe Tabletten gesammelt oder ich habe einen Tag schon festgelegt, dann ist da natürlich höchste Alarmstufe. Wenn das eher sowas Vages ist, dann geht es ein bisschen noch mehr in Richtung dieser Erwägungsphase, dann ist die Gefahr nicht ganz so hoch. Damit können Sie so ein bisschen abschätzen, wie akut ist es eigentlich.

Sprecherin:

Natürlich müssen nicht nur Ärztinnen und Ärzte darauf achten, ob ein Mensch suizidgefährdet ist. Auch Laien sollten aufmerksam sein, fordert die Psychiatrieprofessorin Barbara Schneider bei einem Kongress. Sie ist die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention.

O-Ton 9 - Barbara Schneider:

Suizidalität wird in der Regel kommuniziert, also entweder verbal und sehr direkt, dass jemand sagt, er möchte sich das Leben nehmen. Oder dass jemand das verbal kommuniziert, aber sehr indirekt, indem er eben zum Beispiel sich bedankt und sagt, wir sehen uns nicht mehr und solche Dinge, solche Andeutungen macht. Oder dass jemand wirklich sich zurückzieht, den Kontakt komplett abbricht. Da sollte man auch hingucken.

Sprecherin:

Hellhörig werden sollten Laien auch, wenn ein Freund oder eine Kollegin über Tage deprimiert wirkt oder viel weniger als sonst sagt, ohne dass ein Grund erkennbar ist.

O-Ton 10 - Barbara Schneider:

Wichtig ist immer, dass man mit der anderen Person in Beziehung tritt, Kontakt aufbaut, auch wenn man Laie ist. Da natürlich, wenn man Laie ist, dass man dafür sorgt, dass die Person die Hilfe benötigt, diese Hilfe auch erhält. Dass man denjenigen beispielsweise in die Klinik bringt, zum Arzt bringt, zur Beratungsstelle et cetera.

Sprecherin:

Laien können und sollten Gatekeeper sein – Torwächter. So nennen Suizidexperten Menschen, die mit Gefährdeten in Kontakt stehen und ihnen den Weg durchs richtige Tor weisen können. Gatekeeper sind natürlich Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger, die mit vielen Menschen zu tun haben, denen es nicht gut geht. Aber letztlich kann jede und jeder in diese Lage kommen, weiß Barbara Schneider, die auch Chefärztin an einer Klinik in Köln ist.

O-Ton 11 - Barbara Schneider:

Ein Kollege erwähnt immer den kranken, alten, verwitweten Mann, der viele körperliche Einschränkungen hat und im Fichtelgebirge im Winter lebt und dreimal in der Woche ins nächste Gasthaus zum Essen geht. Da ist praktisch der Gatekeeper dann, ja, der Wirtshausbesitzer. Da wäre es wichtig, dass der Wirtshausbesitzer auch entsprechend weiß, was Zeichen für Suizidalität sind und dann auch mit demjenigen in Kontakt geht, einfach, weil er oft die einzige Kontaktperson ist.

Sprecherin:

Wenn die Suizidgefahr erkannt ist, müssen Helfer, Angehörige oder die Betroffenen selbst sich irgendwo hinwenden können, wo sie schnell Hilfe bekommen. Da gebe es allerdings Probleme, sagt Ute Lewitzka, die Leiterin des Forschungsbereichs Suizidprävention der Universität Dresden. Sicher, die Telefonseelsorge sei rund um die Uhr erreichbar und leiste gute Arbeit...

O-Ton 12 - Ute Lewitzka:

Aber dann ist aus meiner Sicht eine Lücke da. Nämlich von denen, denen diese Telefonseelsorge nicht reicht, die aber eine Krise haben, da gibt es natürlich auch Institutionen wie Krisendienst, sozialpsychiatrischer Dienst. Aber die haben Öffnungszeiten. Die sind da von acht bis 16 Uhr, Montag bis Freitag. Und die Krise passiert nicht, also naturgemäß, immer in diesen Öffnungszeiten, sondern die kommt vorwiegend nachts oder am Wochenende. Und oftmals ist es wirklich, die Leute durch die Nacht zu bringen und diese Zeit zu gewinnen.

Sprecherin:

Auch hier will das Frankfurter Suizidpräventionsprojekt für Verbesserungen sorgen. Es soll eine rund um die Uhr besetzte Hotline geben, die dringend Suizidgefährdete schnell in eine der psychiatrischen Kliniken vermitteln kann. Die nehmen natürlich auch jetzt schon nachts Patienten auf, aber oft fragen die Mitarbeiter erst mal, ob der Betreffende überhaupt in ihrem Versorgungsgebiet lebt. Das soll sich ändern.

Natürlich muss nicht jeder, der gerade am Leben verzweifelt, gleich in eine Klinik. Auch Freunde, Bekannte und Kollegen können helfen. Ute Lewitzka warnt aber davor, den Betroffenen aus der Krise herausreden zu wollen. Für wichtiger hält sie: Zuhören!

O-Ton 13 - Ute Lewitzka:

Und dieses Zuhören ohne zu werten und nicht sofort zu sagen, na ja, es wird schon wieder, dein Chef kriegt sich schon wieder ein. Sondern das genau, denjenigen in seiner Betroffenheit so zu akzeptieren, Mensch, ich merke, das geht dir richtig nah. Das ist bestimmt jetzt eine schwierige Zeit für dich. Und ich würde dir gern helfen. Was können wir tun?

Sprecherin:

Das Seminar in Frankfurt soll den Teilnehmern auch Faktenwissen vermitteln. Christiane Schlang macht eine Art Quiz.

O-Ton 14 - Christiane Schlang, Jungmediziner:

Also die erste Aussage wäre, in Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Aids, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. Was denken Sie? Jungmediziner: Wenn ich mich richtig erinnere, sind es etwa 10.000 Suizidtote in Deutschland pro Jahr, Verkehrsunfälle sind glaube ich so 3500 pro Jahr, und mit Gewalttaten, na doch, könnte insgesamt hinkommen, ehrlich gesagt, wenn ich es so überschlage.

Sprecherin:

Auch die Hausärztin Ursula Frühauf vermutet eine hohe Suizidrate.

O-Ton 15 - Ursula Frühauf:

Wir haben ja gerade berichtet, in der Hausarztpraxis sind wir relativ wenig damit konfrontiert. Ich glaube aber, dass die Rate relativ hoch ist, weil, ich bin ganz direkt betroffen. Meine Mutter hat sich vor vier Jahren das Leben genommen, ohne..., weg war sie.

Sprecherin:

Die Runde geht auf diese persönliche Geschichte nicht weiter ein. Sie bleibt bei den Statistiken.

O-Ton 16 - Christiane Schlang:

Okay, dann löse ich mal auf, wir hatten ja schon einige Experten hier. Das sind jetzt mal die anderen Zahlen, also Mord, Totschlag sind 296, Aids sind es 371 zum Glück nur hier in Deutschland. Drogentote gehen ja auch, bleibt einigermaßen stabil bei 1226. Verkehrstote sind es tatsächlich knapp 3500, also 3459 und wie Sie richtig schon gesagt haben. Das ist die Anzahl der Suizidtoten jedes Jahr.

Sprecherin:

Ziemlich genau 10.000. Hinter der runden Zahl steht eine Entwicklung, die viele Laien überrascht, die aber auch Fachleute nicht wirklich verstehen.

O-Ton 17 - Christiane Schlang:

Das ist die Entwicklung der Suizidzahlen, weil es gefühlt zugenommen hat. Also wenn man sich mit Leuten unterhält, sagen die immer, früher gab's das nicht, nimmt total zu. Sie sehen aber da laut dieser Statistik nimmt es seit 1980 ab. Es gab so eine kleine Mulde da, um die 2007, und ist danach wieder ein bisschen angestiegen. Das ist ein europaweiter Trend, wo man schon überlegt hat, das geht so ein bisschen in ihre Richtung, ob es vielleicht mit der Weltwirtschaftskrise was zu tun gehabt hat.

Sprecherin:

Für Deutschland lässt sich das nicht belegen. Aber anderswo sprechen die Zahlen stark dafür, dass Geldsorgen oder sogar Verarmung die Suizidraten in die Höhe treiben, so Ute Lewitzka aus Dresden.

O-Ton 18 - Ute Lewitzka:

Wenn wir uns jetzt Griechenland angucken mit den Folgen der Wirtschaftskrise können Sie schon die ersten Daten und Studien dazu lesen, wo die Suizidraten dramatisch gestiegen sind. Das ist eben auch ein Feld, wo ich sage, okay, da hat eben auch die Gesellschaft die Aufgabe etwas zu tun, die Bedingungen so zu gestalten, dass das nicht noch der Grund dafür ist, dass sich Menschen das Leben nehmen.

Sprecherin:

Die Lebensumstände in einer Gesellschaft haben Folgen für die Suizidrate. In Indien töten sich mehr Menschen in Jahren, in denen es besonders heiß ist und deswegen die Ernten mager ausfallen. In einigen asiatischen Ländern nehmen sich mehr junge Frauen das Leben als junge Männer, was vermutlich mit der Benachteiligung von Frauen zusammenhängt. In vielen westlichen Ländern, auch in Deutschland, sind dagegen Männer stärker gefährdet, vor allem alte Männer. Es gibt naheliegende Gründe, warum alte Männer sich weit häufiger umbringen als andere. Womöglich vereinsamen sie, wenn ihre Frau vor ihnen stirbt, weil sie es ihr überlassen haben, sich um Kontakte zu anderen zu kümmern. Bei Frauen steigt die Rate mit dem Alter nicht so stark. Andreas Reif, der Leiter der Frankfurter Uni-Psychiatrie hat noch eine andere Erklärung, warum mehr Männer durch Suizid sterben, obwohl Frauen viel mehr Versuche unternehmen.

O-Ton 19 - Andreas Reif:

Der Hang zu schweren Maßnahmen, der scheint bei Männern einfach häufiger zu sein. Der Tod durch Zugsuizid beispielsweise, der Tod durch Erhängen, das ist etwas, wovor Frauen zurückscheuen. Da wird eben wesentlich häufiger die Intoxikation gewählt, aber ich glaube nicht, dass eine Überlegung der Sterbenswahrscheinlichkeit eine Rolle spielt.

Sprecherin:

Soll heißen: Frauen greifen zwar bevorzugt zu Tabletten, aber nicht, weil sie rechtzeitig gefunden werden wollen. Wenn – wie vor kurzem – genügend Suizidkandidatinnen im Internet von einer äußerlich nicht brutalen, vermeintlich schmerzfreien, aber tödlichen Methode erfahren, sterben etliche daran. Überhaupt spielt es eine große Rolle, welche Methoden zum Sterben verfügbar sind. Suizidkandidaten bringen sich häufig auf die gleiche Weise um, oft sogar an den

gleichen Orten. Fachleute nennen diese „Hotspots“. Barbara Schneider, die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, hat dies direkt mitbekommen, als sie in einem Zug saß.

O-Ton 20 - Barbara Schneider:

Ja, dann merkte man halt, dass der Zug über irgendwas fährt. Und ich war dann sehr irritiert und fragte die mitfahrenden Angestellten von der Bahn, unter anderem einen Zugführer der neben mir saß, was das denn war und dann nach einigem Hin und Her sagte er dann doch, dass das ein Mensch war. Und er erzählte mir dann auch in diesem Zusammenhang, dass er an derselben Stelle schon drei Leute überfahren hätte.

Sprecherin:

Macht es Sinn, solche Hotspots zu sichern? Man könnte meinen: Wer sich umbringen will, findet schon einen Weg. Wenn man ihm einen Weg versperrt, geht er eben einen anderen. Das ist nicht so. Das psychiatrische Krankenhaus in Emmendingen beispielsweise hatte lange eine hohe Suizidrate. Sterbewillige hatten es einfach, denn es liegt direkt an einer Bahnstrecke. Seit die durch Lärmschutzwände versperrt ist, sind die Zahlen deutlich zurückgegangen. Andreas Reif und seine Mitarbeiter vom Frankfurter Projekt FraPPE werden nach Hotspots suchen.

O-Ton 21 - Andreas Reif:

Wir werden sogenannte Geoanalysen machen, um zu sehen, gibt's bestimmte Orte, bestimmte Gebäude, bestimmte Regionen, Nachbarschaften, ökologisches Mikroklima et cetera, die zu einer Häufung von Suizid oder Suizidversuchen führen.

Sprecherin:

Auch andere Maßnahmen zielen darauf ab, häufig gewählte Suizidmethoden unmöglich zu machen. Sie gehören zu den wirksamsten Strategien der Suizidprävention und sollen typische Wege in den Tod verhindern.

O-Ton 22 - Barbara Schneider:

Bei bestimmten Medikamenten, die häufig benutzt werden, um sich das Leben zu nehmen, hat man die Packungsgrößen verändert, sodass die verkäuflichen Packungsgrößen entsprechend klein sind, um eben damit zu verhindern, dass sich jemand mit einer einzigen Packung das Leben nehmen kann.

Sprecherin:

Ein anderer Ansatzpunkt ist die Berichterstattung über Suizide. Als sich der beliebte Schauspieler Robin Williams im August 2014 das Leben nahm, brachten sich in den USA in den nächsten fünf Monaten gut 1800 Menschen mehr um als statistisch zu erwarten war. Das entspricht einer Zunahme von zehn Prozent, wie ein Forscherteam um David Fink von der Columbia University errechnete. Die Zahl der Suizide mit derselben Methode stieg sogar um 32 Prozent. Suizidexperten wie Ute Lewitzka von der Universität Dresden appellieren daher dringend an die Medien, über Suizide nur sehr zurückhaltend zu berichten.

O-Ton 23 - Ute Lewitzka.:

Es ist nachgewiesen, so sehr und so selten in der Medizin so klar, dass wenn ich auf der Titelseite den prominenten Suizid mit allen Details und Abschiedsbrief und persönlichen Notationen veröffentliche, werde ich dazu führen, dass sich mehr Menschen das Leben nehmen, die es nicht getan hätten, wenn ich auf Seite 3 eine kurze Notiz, Herr Sowieso hat sich das Leben genommen, fertig.

Sprecherin.:

Auch Selbsttötungen in Romanen und Fernsehserien wirken gefährlich. Goethes 1774 erschienener Briefroman „Die Leiden des jungen Werthers“ löste eine Suizidwelle von Lesern aus, die Werther bis in den Tod folgten – mit blauer Jacke und gelber Weste wie Werther. In einigen Ländern wurde das Buch deswegen verboten. Die Mutter eines 18-Jährigen, der sich erschossen hatte, machte Goethe schwere Vorwürfe: „Von euch wird Gott Rechenschaft fordern über die Anwendung eurer Talente.“ Goethe konnte nicht wissen, was sein Werk anrichten würde. Die Verantwortlichen von Fernsehsendern heute dagegen schon. Nach der ersten Ausstrahlung der ZDF-Serie „Tod eines Schülers“ warfen sich 175 Prozent mehr 15- bis 19-jährige junge Männer vor einen Zug, genau wie die Hauptfigur. Dennoch wurde die Serie trotz dringender Warnungen von Suizidexperten erneut ausgestrahlt, mit ähnlichen Folgen. Auch beim Online-Filmdienst Netflix hat ein Aufschrei der Experten nichts bewirkt. Die kritisierte Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ wurde 2018 sogar mit einer zweiten Staffel fortgesetzt. Ute Lewitzka findet die Serie filmisch sehr gelungen, wegen der Nachahmungsgefahr aber hält sie sie für „eine Katastrophe“.

O-Ton 24 - Ute Lewitzka.:

Dass in diesem Film, er endet natürlich mit dem Suizid der jungen Protagonistin, der dann auch noch gezeigt wird. Das ist ein absolutes No-Go, was aus suizidprimitiver Sicht niemals geschehen sollte. Aber die zeigen den Suizid und zeigen über jede Folge die Hintergründe, warum dieses Mädchen sich das Leben genommen hat. Die zeigen keine Lösungsmöglichkeiten oder nur im Ansatz. Und das Problem ist, dass alle, die in einer ähnlichen Situation sind, ganz viel Projektionsfläche finden, die fühlen sich ganz doll widergespiegelt in dem, was dort gezeigt wird.

Sprecherin.:

Natürlich sind durch solche Serien wie auch überhaupt nicht alle Menschen gleichermaßen suizidgefährdet. Es sind vor allem die Menschen in einer Krise, ganz besonders bei psychischen Erkrankungen, etwa Depressionen. Andreas Reif:

O-Ton 25 - Andreas Reif.:

Das ist ja auch was ganz Erstaunliches, dass Suizidgedanken sich dann in dieser Depression bei affektiven Störungen aufdrängen. In dem Moment auch zwingend und, ja, nachvollziehbar scheinen. Wenn der Patient aber aus der Erkrankungsphase rauskommt, dann ganz klar auch diese Suizidgedanken als unsinnig, als nicht zu einem selbst gehörig empfindet, als der Krankheit zugehörig erkennt. Dass er sagt, wie konnte ich nur so denken, das ist mir eigentlich ganz fremd. Ich hab' doch meine Kinder, meine Familie, was auch immer.

O-Ton 26 - Christiane Schlang (*bitte leise anspielen, dann unter O-Ton wie Atmo*):

Sprecherin:

Fachleute machen psychische Erkrankungen für einen großen Teil der Suizide verantwortlich. Bei der Fortbildung in Frankfurt projiziert Christiane Schlang ein Diagramm auf die Leinwand.

O-Ton 26 - Christiane Schlang (*wieder aufblenden*):

Hier dieses blaue und das sind 30 Prozent der Betroffenen hatten eine affektive Störung, also eine Depression oder eine bipolare Störung, also eine manisch-depressive Erkrankung.

Sprecherin:

Andere Farben stehen für die Schizophrenie und Suchterkrankungen.

O-Ton 27 - Christiane Schlang:

Das heißt, wenn Sie das hier zusammenrechnen, haben Sie schon zwei Drittel der Menschen, die sich das Leben genommen haben.

Sprecherin:

Manche Experten führen 90 Prozent der Suizide auf psychische Störungen zurück. Andere halten solche Zahlen für deutlich zu hoch. In den Untersuchungen wurden sogenannte „psychologische Autopsien“ vorgenommen: Nachdem die Opfer tot waren, versuchten Experten aus Akten und durch Befragen der Hinterbliebenen herauszufinden, ob die Suizidanten zu Lebzeiten psychisch erkrankt waren. Aber die Rechercheure und Hinterbliebenen wissen ja, was aus den Menschen geworden ist. Daher besteht die Gefahr, dass sie nachträglich Anzeichen einer psychischen Störung sehen, wo es keine gab. Unbestritten ist aber: Bei vielen Suiziden spielen psychische Störungen eine Rolle, vor allem Depressionen. Die müssen natürlich behandelt werden. Psychotherapie ist eine Möglichkeit. Viel öfter setzen Ärzte allerdings Antidepressiva ein, vor allem Serotoninwiederaufnahmehemmer, abgekürzt SSRI. Dabei ist allerdings Vorsicht geboten. Denn sie können die Suizidneigung erhöhen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen.

O-Ton 28 - Christiane Schlang:

Es ist keine Lösung, kein Antidepressivum zu verschreiben, aber man muss gerade bei den SSRIs wissen, dass die eine initiale Antriebssteigerung machen und die Antriebssteigerung setzt schneller ein als die antidepressive Wirkung. Das heißt, sie haben immer noch dieses schlechte Gefühl, die Depression, diese Hoffnungslosigkeit, die ist weiterhin vorhanden, aber sie haben mehr Antrieb als vorher. Und das ist das, wo wir von ausgehen, dass das eben die Suizidrate dann bei SSRI-Gabe erhöht.

Sprecherin:

Deshalb wird empfohlen, am Anfang zusätzlich Beruhigungsmittel zu geben, um die Antriebssteigerung zu verhindern. Das ist aber nicht das einzige Problem der Antidepressiva. Es ist nicht nachgewiesen, dass sie tatsächlich Suizide verhindern. Belegt ist dies dagegen für Lithium – ein Mittel, das Ärzte vor allem bei bipolaren Störungen verschreiben, obwohl es auch bei reinen Depressionen Suizide verhindert.

O-Ton 29 - Christiane Schlang:

Das Lithium, da gibt es verschiedene Studien, hier gibt es 48 randomisierte Kontrollstudien mit insgesamt über 6000 Probanden. Und da war Lithium dem Placebo deutlich überlegen in Bezug auf die Reduktion von Suiziden.

Sprecherin:

Viele Ärzte setzen Lithium allerdings kaum ein, weil es nicht ganz einfach zu dosieren ist und sie seine Risiken überschätzen. Experten sprechen von einer geradezu abergläubischen „Lithiumphobie“. Doch nicht immer ist es mit Medikamenten und einer Beratung getan. Immer wieder stehen Hausärzte wie Philipp Hinrichs vor der Frage, ob sie einen Patienten in die Psychiatrie schicken müssen, notfalls gegen seinen Willen. Ärzte nennen das nach einer alten Rechtsgrundlage „Paragraf zehn ziehen“. Hinrichs erzählt bei dem Seminar in Frankfurt, wie vor ein paar Wochen ein möglicherweise suizidgefährdeter Patient neu zu ihm kam und er bei dieser Frage unsicher war.

O-Ton 30 - Philipp Hinrichs:

Also das war bei dem Gespräch zumindest ganz klar relativ schnell so. Ich merkte schon, wie ich mich so hin tastete, wenn ich damit jetzt komme irgendwie, wenn er jetzt diese und diese Antwort gibt, dann muss ich mit der und der Maßnahme reagieren und das war schon ganz klar, da kommen wir nicht zueinander sozusagen. Wenn ich sage, mmh, dann müsste ich jetzt eigentlich und so und wie sieht es denn aus, was haben wir denn für Alternativen? Es war klar, sozusagen, wenn ich sage, ja, dann müsste ich jetzt den Paragraf zehn ziehen, sozusagen, dann steht der auf, haut' ab. Und das wollte ich natürlich überhaupt nicht.

Sprecherin:

Die Seminarleiterin Christiane Schlang hat ähnliche Erfahrungen gemacht.

O-Ton 31 - Christiane Schlang:

Also ich muss ganz ehrlich sagen, dass in diesen vier Jahren im Gesundheitsamt hatte ich ja häufig auch mit solchen Patienten zu tun und ich glaube, ich habe niemanden zwangseingewiesen, sondern ich hab's immer geschafft, die Leute dann doch freiwillig zu bewegen, in die Ambulanz zu gehen. Es liegt vielleicht aber auch daran, dass ich völlig klar vermittele: Wenn das nicht freiwillig geht, dann gehe ich auch diesen Schritt.

Sprecherin:

Da klingt schon durch: Wirklich freiwillig ist der Weg in die Psychiatrie für den Patienten dann nicht. Aber manchmal gibt es wohl keinen anderen Weg.

Das Seminar geht zu Ende. Die Teilnehmer loben bei einer Feedbackrunde, dass sie viel gelernt haben. Allgemeinarzt Rainer Kittel staunt, was in Frankfurt alles gemacht werden soll und schon gemacht wird.

O-Ton 32 - Rainer Kittel:

Ich komme aus dem Land, aus Nordhessen, was es alles für Möglichkeiten in der Großstadt gibt, bin ganz fasziniert, was für Sachen passieren. Wir müssen uns leider

immer selbst behelfen. Da oben, da gibt es einen Psychiater auf 40.000 Einwohner, der hoffnungslos überlastet ist. Es ist halt so.

Sprecherin:

Bislang ist das Frankfurter Programm in Deutschland einzigartig. Prof. Andreas Reif, der das Projekt leitet, hat drei Jahre Zeit um zu beweisen, dass die vielen Maßnahmen tatsächlich greifen. Die Suizidrate wie geplant um ein Drittel zu senken, würde bedeuten, dass sich in Frankfurt jährlich 30 Menschen weniger umbringen.

O-Ton 33 - Andreas Reif:

Ob wir das erreichen, wird sich zeigen. Ich bin ganz zuversichtlich. Aber auch wenn das nur 20 verhinderte Todesfälle werden oder auch nur 15 oder 10 wäre es dennoch ein beträchtlicher Erfolg. Die Suizidrate schwankt zwar, aber nicht sehr deutlich. Das sind plus, minus vier, fünf Fälle im Jahr. Insofern wäre tatsächlich auch eine Reduktion um zehn tatsächlich bemerkenswert.

* * * * *