

DEPRESSIV? LEBENSMÜDE?

WEGE AUS DER KRISE

Liebe Leserinnen und Leser,

wie Sie in diesem MEDICAL erfahren werden, gehören Suizide zu den häufigsten Todesursachen in jungen Lebensjahren. Doch sie kommen in jeder Lebensphase vor und insbesondere ältere Menschen sind gefährdet. Trotzdem wird Suizidalität häufig noch als Randthema abgetan. Viel schlimmer noch: Es herrscht oft die fatalistische Einstellung, dass man auf diesem Feld präventiv sowieso nichts machen könne. Das ist aber grundfalsch! Die Verhinderung von Suiziden ist in vielen Fällen möglich und es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Deshalb hat sich in Frankfurt am Main zunächst das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) gegründet, das Akteurinnen und Akteure aus vielen öffentlichen Bereichen zusammenbringt. In der Folge konnten wir dann das durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte „Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FrapPE)“ einwerben. In diesem Projekt setzen wir ein ganzes Bündel von Maßnahmen ein, von denen wir wissen, dass sie dazu geeignet sind, Suizide zu verhindern. Unser Ziel ist es, die Zahl der Suizide in Frankfurt um ein Drittel zu reduzieren und wir hoffen sehr, dass auch Sie uns dabei unterstützen, dieses Ziel zu erreichen, indem Sie sich und Ihre Patientinnen und Patienten über unsere Angebote informieren.

Ich danke Ihnen für Ihre Offenheit, mit der Sie dazu beitragen, das Thema zu enttabuisieren!

Ihr
Andreas Reif
Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Sehr geehrte Hausärztinnen und Hausärzte,

hätten wir das verhindern können? Wenn sich diese Frage stellt, ist es zu spät. Also müssen wir fragen: Können wir das verhindern? Dass Menschen ihrem Leben selbst ein Ende setzen wollen und es dann auch tun, bevor wir ihnen Hilfe zum Leben geben. Suizidprävention ist eine Herausforderung für unsere Gesellschaft, aber auch für unsere Gesundheitsversorgung, denn in Deutschland geht den meisten Suiziden eine psychische Erkrankung voraus. Es muss uns darum gehen, mit großer Reichweite für das Thema Suizid und Suizidprävention zu sensibilisieren, Gefährdete in Krisensituationen zu erkennen und ihnen menschlich, aber vor allem auch professionell, zu helfen. Deshalb bitte ich Sie, die vorliegende Ausgabe von Zeitbild MEDICAL aufmerksam zu lesen und andere darauf aufmerksam zu machen!

Zeitbild MEDICAL ist an einem im Forschungsschwerpunkt „Suizidprävention“ vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekt beteiligt. In insgesamt 14 Projekten wollen wir den Entstehungsbedingungen von Suiziden auf den Grund gehen und mögliche Verbesserungsansätze in Bezug auf die Prävention herausarbeiten. Besonders in den Blick nehmen wir Risikogruppen, bei denen nach bisheriger

Erkenntnis die Suizidgefahr besonders hoch ist, weil sie zum Beispiel schon mal einen Suizidversuch unternommen haben, weil sie suchtkrank sind oder weil sie aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen wurden. Oder es geht um Hilfsangebote für junge unter 25-Jährige, bei denen die Suizidversuche besonders häufig sind und bei denen Suizid die zweithäufigste Todesursache ist.

Für eine hohe Aufmerksamkeit gegenüber Suizidgefahren brauchen wir einen offenen gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Störungen und ein zuverlässiges Versorgungsnetz. Gefragt sind niedrigschwellige und gut vernetzte Beratungs- und Hilfsangebote. Ich hoffe, dass auch Sie das vorliegende Heft anregt, auf Suizidgefahren früher und besser im konkreten Lebens- und Arbeitsumfeld zu achten und zu reagieren.

Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

SUIZIDALITÄT ERKENNEN

Selbsttötungen kommen weltweit und in allen Altersgruppen vor

- Im Jahr 2015 begingen in Deutschland 10.080 Menschen Suizid. Dies sind weit mehr Menschen, als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen, AIDS und Gewalttaten zusammengenommen ums Leben kommen.
- Fast dreimal mehr Männer als Frauen begehen Suizid.
- Ältere Menschen sind besonders gefährdet. Aber: Bei Menschen zwischen 15–29 Jahren ist Selbsttötung die zweithäufigste Todesursache.
- Die Zahl der Suizidversuche liegt schätzungsweise zehn bis 20 Mal höher als die der vollendeten Suizide.

Quellen: Statistisches Bundesamt (2015); WHO (2015)

Wer ist besonders gefährdet?

- Ältere Menschen, besonders Männer
- Menschen mit psychischen Erkrankungen, v.a. Depressionen und Suchterkrankungen
- Menschen, die bereits Suizidversuche hinter sich haben
- Menschen, in deren Familie bereits Suizid bzw. Suizidversuche vorkamen
- Menschen mit wenigen sozialen Bindungen
- Menschen mit Traumatisierungen oder belastenden Lebensereignissen (z. B. Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit, Erwerbslosigkeit, Krieg, Migration, Diskriminierung)
- Inhaftierte



Modelle von Suizidalität

Entwicklungsmodelle von Suizidalität benennen und beschreiben Phasen suizidalen Denkens und Verhaltens.

Der österreichische Psychiater Walter Pödlinger teilte die suizidale Handlung 1968 in drei Phasen ein: Erwägung, Ambivalenz und Entschluss. Da dieses Modell für die Risikoeinschätzung und Intervention in der Praxis immer noch Relevanz besitzt, soll es im Folgenden kurz vorgestellt werden.

- In der Erwägungsphase setzen sich Menschen erstmals mit Suizidgedanken auseinander. Es besteht aber nur wenig Handlungsdruck, der Suizid wird als ein möglicher Ausweg in Erwägung gezogen.
- Im Stadium der Ambivalenz haben die Betroffenen die Fähigkeit zur Distanzierung von diesen Gedanken verloren. Sie sind hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, das eigene Leiden zu beenden, aber auch weiterleben zu wollen. Oft zeugen Suizidankündigungen und Kontakt-suche von verzweifelter Suche nach Hilfe, wobei viele Betroffene ihre Absichten aber nicht direkt äußern.
- Hat ein Mensch einmal den Entschluss gefasst, sich zu töten, wirkt er oft entlastet, ruhig und gelöst („Ruhe vor dem Sturm“). Für das Umfeld ist es deshalb schwierig, die Situation zu erfassen, denn die gehobene Stimmung kann mit einer Besserung verwechselt werden.

Während Krankheitsmodelle von einer Suizidalität fördernden Psychopathologie ausgehen, beschreiben Krisenmodelle eine bislang psychisch unauffällige Persönlichkeit, die durch Selbstwertkränkung, Scham- und Schuldgefühle in eine existentielle Krise gerät.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche moderne Modelle, wie das Modell suizidaler Entwicklung von Mann et al. (2005) oder das Diathese-Stress-Modell, die aktuelle Forschungsergebnisse (z. B. Rolle und Auswirkungen neurobiologischer Faktoren) berücksichtigen. Moderne Modelle schließen die Möglichkeit des Suizids im Affekt ein. Dieser Punkt ist bei der Entwicklung von Strategien zur Suizidprävention wichtig.

In vielen Fällen wenden sich Betroffene vor einem Suizidversuch an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt, jedoch nicht immer mit direkten suizidalen Äußerungen. Deshalb ist es wichtig, die „Red Flags“ zu erkennen und zu beachten. Dies sind Warnzeichen für ein mögliches Vorliegen von Suizidalität.

„Red Flags“

Alarmierende Zeichen sind, wenn die Patientin/der Patient

- ... sich leichtfertig bzw. selbstschädigend verhält (z. B. riskantes Autofahren) oder sich selbst verletzt.
- ... direkte oder indirekte suizidale Äußerungen oder Suizid-Drohungen macht.
- ... beginnt, ihre/seine Angelegenheiten zu regeln (Aufräumen, Verschenken, Testament, Abschiedsbesuche/-telefonate, Abschluss einer Lebensversicherung).
- ... Tabletten oder eine Waffe besorgt.
- ... in oder nach einer depressiven Phase plötzlich gelöst und entspannt wirkt.

Oft verbirgt sich Suizidalität aber auch hinter Symptomen, die in jeder Hausarztpraxis mehrmals täglich vorkommen. Aufmerksamkeit ist geboten, wenn die Patientin/der Patient

- ... hoffnungslos, verzweifelt, traurig wirkt.
- ... ängstlich-gespanntes oder getriebenes Verhalten zeigt.
- ... unterdrückte Gefühlsausbrüche und Aggressionsstauungen hat, gereizt und wütend ist.
- ... unter Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten leidet.
- ... Schuld- und Unfähigkeitsgefühle hat, sich selbst abwertet.
- ... sich sozial isoliert.
- ... kein Interesse an bisherigen Hobbys mehr aufbringt.
- ... über körperliche Symptome klagt (etwa Kopfschmerzen, Müdigkeit, Magenschmerzen).
- ... ihre/seine persönliche Erscheinung vernachlässigt.
- ... keine Zukunftsvorstellungen hat.
- ... nicht zum Gespräch bereit ist.

Sollten Sie solche Symptome beobachten, sollten Sie aktiv eine Depression und suizidale Gedanken explorieren und gegebenenfalls eine psychiatrische Vorstellung erwirken!

IM PRAXISALLTAG



Grundlage der Einschätzung und Beurteilung der Suizidalität ist immer das Gespräch mit der/dem Betroffenen! Bei Bedarf können ergänzend psychologische Screeningverfahren eingesetzt werden.

Tipps zur Gesprächsführung

- Schaffen Sie eine ruhige und sichere Gesprächsatmosphäre.
- Weisen Sie gegebenenfalls auf Ihre Schweigepflicht hin.
- Führen Sie das Gespräch unter vier Augen.
- Hören Sie offen und unvoreingenommen zu.
- Stellen Sie einfache und konkrete Fragen, sprechen Sie mögliche Suizidgedanken offen an.
- Ermutigen Sie die Patientin/den Patienten, ihre/seine Gefühle mitzuteilen.
- Formulieren Sie mit eigenen Worten, wie Sie das Gesagte verstanden haben, benennen Sie ggf. Gefühle.
- Klären Sie die aktuelle Gefährdung der Patientin/des Patienten und geben Sie eine Perspektive, wie es nach dem Gespräch weitergehen kann.

Wie beginnen?

Gesprächs Anregungen für Hausärztinnen und -ärzte mit gefährdeten Patientinnen und Patienten:

„Ich sehe, dass es Ihnen nicht gut geht. Möchten Sie mir erzählen, was Sie bedrückt?“

„Ich stelle mir Ihre derzeitige Lebenssituation sehr belastend vor. Wie geht es Ihnen dabei?“

„Ich mache mir Sorgen um Sie, weil ich sehe, dass es Ihnen nicht gut geht.“

„Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“

Sehr hilfreich ist der Ratgeber **„Umgang mit suizidgefährdeten Menschen“ von Michael Eink und Horst Haltenhof erschienen im Psychiatrie-Verlag**. Der Band präsentiert übersichtlich und praxisnah, was im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen wichtig ist. Er vermittelt Wissen über Hintergründe und Verlaufsmuster suizidaler Krisen, Präventionsstrategien und rechtliche Rahmenbedingungen und gibt Hinweise zum Erkennen und Begleiten suizidgefährdeter Menschen sowie Tipps für Angehörige. Adressen und Literaturhinweise runden das Buch ab.

Manche Menschen befürchten, dass sie einen anderen Menschen zum Suizid ermutigen könnten, wenn sie ihn direkt auf das Thema ansprechen. Das Gegenteil ist der Fall: Offene Kommunikation kann zum Hilfesuchen ermutigen und so Suizide verhindern!

Sprechen Menschen über Suizid, ist dies immer ein Warnsignal! Niemals sollte man dies als „bloßes Verlangen nach Aufmerksamkeit“ abtun. Hinter Suizidankündigungen stecken immer große Ängste, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.

SOFORT HANDELN

Ist eine Patientin/ein Patient akut suizidgefährdet, ist sofortiges Handeln erforderlich. Bitte versuchen Sie, die Betroffene/den Betroffenen von der Notwendigkeit einer umgehenden psychiatrischen Vorstellung zu überzeugen. Formulieren Sie Ihre Sorge, weisen Sie darauf hin, dass es sich um ein behandelbares Krankheitssymptom handelt und dass es mit Hilfe professioneller Unterstützung gelingen wird, Alternativen zu einer Selbsttötung zu finden.

In der Regel werden Sie die Betroffene/den Betroffenen mit diesen Maßnahmen überzeugen können. Sollte es dennoch nicht gelingen, eine Behandlungsbereitschaft zu erzielen, sollten Sie zum Schutz der/des Betroffenen eine sofortige, vorläufige Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik nach den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen der Länder erwirken. Der grundsätzliche Straffreiheit von Suizid und Beihilfe zum Suizid stehen in der deutschen Rechtsprechung eine Verhinderungs- und Rettungspflicht gegenüber.

Zudem haben Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer eine Garantenstellung gegenüber dem Suizidanten inne und können sich des Straftatbestands der „fahrlässigen Tötung durch Unterlassen“ schuldig machen. Empfehlenswert ist die sorgfältige Dokumentation aller Kontakte mit einer/einem suizidalen Patientin/Patienten inklusive Risikoeinschätzung und Begründung therapeutischer Entscheidungen, wie etwa den Verzicht auf stationäre Behandlung.

Bitte informieren Sie sich bereits vorab über Hilfsangebote, Kliniken und die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Ihrem Praxisbereich. Sie können dann nicht nur die Betroffene/den Betroffenen optimal beraten, sondern werden sich im Umgang mit der schwierigen Situation kompetent und sicher fühlen.

DEPRESSION UND SUIZIDALITÄT

Psychische Erkrankungen sind der größte Risikofaktor für Suizid. Über die Hälfte der durch Selbsttötung verstorbenen Menschen litt unter Depressionen. Über das verursachte Leiden hinaus ist Depression damit eine potentiell lebensbedrohliche Krankheit. Ihre erfolgreiche Behandlung senkt signifikant das Risiko für suizidale Handlungen. Weltweit leiden pro Jahr etwa 300 Millionen Menschen unter einer depressiven Störung. Die Dunkelziffer ist hoch, da längst nicht alle Betroffenen eine Ärztin/einen Arzt oder eine Therapeutin/einen Therapeuten aufsuchen, die oder der die Diagnose stellen und fachgerecht behandeln kann.

Depression erkennen

Vielen Patientinnen und Patienten fällt es schwer, ihre depressive Symptomatik direkt anzusprechen. Deshalb ist es wichtig, dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten aktiv anspricht. Verdachtsmomente können unter anderem Klagen über allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Schlafstörungen, Schmerzen und Druckgefühl sowie Appetitstörungen sein.

Die ICD-10 zählt für das Krankheitsbild einer Depression drei Hauptsymptome und sieben Zusatzsymptome auf:

- depressive, gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung

Sowie als Zusatzsymptome:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

Zusätzlich zur klinischen Einschätzung helfen verschiedene Tests bei der Diagnose und Klassifizierung depressiver Störungen. Neben dem BDI-II, der zum Screening und der Schweregradbestimmung einer Depression dient, können Sie vor allem den PHQ-9 zum Screening auf Depressivität anwenden. Geben Sie diese Tests Ihren Patientinnen und Patienten unbedingt persönlich und erklären Sie, wie sie auszufüllen sind. Eine detaillierte Anleitung und Fragenkataloge finden Sie in der S3-Leitlinie für unipolare Depression: www.depression.versorgungsleitlinien.de

Depression behandeln

Angesichts der psychiatrischen Versorgungssituation ist es nicht möglich, jede Patientin/jeden Patienten, die/der an einer Depression erkrankt ist, psychiatrisch vorzustellen. Hausärztinnen und -ärzte können leichte bis mittelgradige Depressionen gemäß S3-Leitlinie (Pharmakotherapie und/oder Psychotherapie) selbst behandeln. Depressionen, die die ICD-Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllen, sollten von der Fachärztin/vom Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gesehen werden, die/der über die Therapieoptionen, die u. a. von der Symptomsevere, dem Erkrankungsverlauf und der Patientenpräferenz abhängig sind, aufklärt und diese einleitet. Zu den evidenzbasierten Therapien gehören u. a.:

- Pharmakotherapie mit Antidepressiva
- Psychotherapie
- Elektrokonvulsive Therapie (EKT)
- Wachtherapie

Immer noch haben viele Patientinnen und Patienten und auch Ärztinnen und Ärzte Vorbehalte gegenüber Antidepressiva. Dabei leisten sie längst einen unschätzbaren Beitrag zur Therapie von Depressionen. Für die Pharmakotherapie stehen mehrere Wirkstoffgruppen zur Verfügung. Dabei ist die Wirksamkeit von Antidepressiva für mittelschwere und schwere Depressionen belegt, bei leichten Ausprägungen dagegen nicht. Gründe hierfür sind u. a. der hohe Placeboeffekt und der Spontanverlauf leichter Depressionen. Spricht eine Patientin/ein Patient nicht auf die Behandlung an, stehen mehrere Handlungswege offen: Dosiserhöhung, Augmentation, Switching oder die Kombination verschiedener Präparate können hilfreich sein. Bei Therapieversagen ist unbedingt eine psychiatrische Vorstellung notwendig!

„Pharmakotherapie ist generell am erfolgversprechendsten, wenn sie auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Behandelndem aufbaut bzw. wenn diese als wesentliches Behandlungsmoment angestrebt wird. Vertrauen zum Behandelnden ist auch für die Mitarbeit des Patienten von großer Bedeutung; dies gilt insbesondere auch für die erfolgreiche Kontrolle und Vermeidung etwaiger Medikamentennebenwirkungen. Pharmakotherapie ist von Beginn an eingebettet in ein entsprechendes Gesprächsangebot.“

Quelle: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie, Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Aufl.



Substanzen wie Clozapin, Lithium und Ketamin haben nachgewiesenermaßen antisuizidale Wirkung. Wegen der geringen therapeutischen Breite und des Neben- und Wechselwirkungsprofils sollte das Therapiemanagement jedoch in fachärztlicher Hand liegen. Ein leichtfertiges Absetzen ist unbedingt zu vermeiden!

Im akuten Notfall werden häufig Benzodiazepine verschrieben. Diese können allerdings nur eine kurze Überbrückung darstellen und sollten im ambulanten Setting, nicht zuletzt wegen des Abhängigkeits- und Missbrauchspotentials (auch als Suizidmittel), äußerst zurückhaltend eingesetzt werden. Problematisch ist auch, dass sie die Symptomatik verschleiern und damit der Patientin oder dem Patienten suggerieren, dass sie/er keine psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen braucht.

Ist bei akuter Suizidgefahr eine Sofortmedikation notwendig, sollte die Patientin oder der Patient unverzüglich einer Fachärztin/einem Facharzt oder in einer psychiatrischen Klinik vorgestellt werden.

Dr. Sabine Strumer, Psychiaterin und Psychotherapeutin

„Hausärzte kennen Ihre Patienten am besten. Bei der Behandlung von Depressionen dürfen sie sich ruhig mehr zutrauen. Gerade weil es schwierig ist, zeitnah Termine bei Psychiatern und Psychotherapeuten zu bekommen, ist es gut, wenn der Hausarzt/die Hausärztin schon mit der Behandlung beginnt. Viele Psychopharmaka brauchen einige Wochen, bis sie ihre Wirkung entfalten. Das ist wertvolle Zeit für die Patienten.“

Ausführliche Informationen über die Erkrankung Depression, über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten sowie verschiedene Hilfsangebote finden Sie auch auf der Webseite der Stiftung Deutsche Depressionshilfe: www.deutsche-depressionshilfe.de

ANZAHL DER SUIZIDE NACH METHODE

Erhängen, Strangulierung, Ersticken	4.513
Arzneimittel, Drogen, biologisch aktive Substanzen	1.280
Sturz in die Tiefe	1.021
Feuerwaffen	736
Überfahren lassen	657
Gase und Dämpfe	537
Scharfer Gegenstand	400
Ertrinken	260
Andere	650

Quelle: Statistisches Bundesamt,
Anzahl der Suizide im Jahr 2015

Suizide verhindern:

Welche Interventionen helfen am besten?

Es gibt Maßnahmen, die erwiesenermaßen einen positiven Effekt auf die Anzahl von Selbsttötungen haben. Dabei liegen Aufgaben bei den Gemeinden, im Gesundheitssektor, im Bildungsbereich, bei den Medien und der Zivilgesellschaft.

- Zugang zu Suizidmitteln verhindern/einschränken (Tabletten nur in kleinen Schachtelgrößen ausgeben, Brücken, Dächer und Gewässer unzugänglich machen)
- Niederschwellige Hilfsangebote für Menschen in Krisensituationen
- Verantwortungsbewusste Medienberichterstattung
- Frühes Erkennen von Risikopatientinnen/Risikopatienten und Einleitung geeigneter Maßnahmen
- Gezielte Angebote für Risikogruppen und Menschen, die beruflich mit dem Thema befasst sind (z. B. medizinische Berufe, Lehrberufe, Polizei)
- Aufklärung, Sensibilisierung und Enttabuisierung
- Vernetzung von Akteurinnen/Akteuren, Datensammlung, Monitoring, Evaluation

Tatsächlich hilft es nachgewiesenermaßen, den Zugang zu Suizidmitteln zu verhindern oder zu erschweren. Einige Suizide sind impulsive Handlungen, die nicht verübt werden, wenn das Suizidmittel im Moment der Krise nicht erreichbar ist. Dies verschafft der/dem Betroffenen Zeit, die akute Krise zu überwinden und im nächsten Schritt Hilfe zu suchen.

Impressum:

Das Zeitbild MEDICAL entstand mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesamtherstellung: Zeitbild Stiftung, Rumfordstraße 9, 80469 München. V. i. S. d. P.: Bernd Woischnik. Wissenschaftliche Beratung: Prof. Dr. med. Andreas Reif, Dr. Christiane Schlang. Grafikdesign: Christiane Rauert, München. Bildnachweis: BMG/Maximilian König (S. 2), iStock (S. 1, 4, 5, 8), Stiftung Deutsche Depressionshilfe (S. 3). Druck: DCM Druck Center, Meckenheim. Stand: Dezember 2018.

Die enthaltenen Texte sind urheberrechtlich geschützt. Eine kommerzielle Nutzung ist nicht gestattet. Wir erklären mit Blick auf die genannten Internet-Links, dass wir keinerlei Einfluss auf die Gestaltung und Inhalte der Seiten haben und uns die Inhalte nicht zu eigen machen.

INFORMIEREN – HELFEN – MITEINANDER SPRECHEN

Das **Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS)** wurde Mitte 2014 auf Initiative des Frankfurter Gesundheitsamtes gegründet und wird seitdem von dort aus koordiniert. FRANS ist ein Zusammenschluss von mehr als 70 Institutionen und Organisationen, welche gemeinsam eine Verringerung von Suiziden und Suizidversuchen in Frankfurt erreichen möchten.

Ziele und Aktivitäten des Netzwerks sind:

- Entstigmatisierung des Themas Suizid und psychischer Erkrankungen im Allgemeinen, z. B. durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, um in der breiten Bevölkerung Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema zu schaffen und somit der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenzuwirken: zum Beispiel durch Vorträge, Podiumsdiskussionen, Lesungen, Filmgespräche, Infostände sowie jährliche Veranstaltungen rund um den Welttag der Suizidprävention am 10. September unter der Kampagne „Zehn-tausend Gründe. Suizid verhindern.“
- Sensibilisierung von Professionellen und Gatekeepern für das Thema, z. B. durch Schulungen zum Thema Suizidalität für unterschiedliche Zielgruppen
- Verbesserung der Datenlage bezüglich Suiziden in Frankfurt, um gezielte und am Bedarf orientierte Angebote machen zu können

- Weiterentwicklung und Vernetzung umfassender Hilfs- und Bewältigungsangebote in Frankfurt und Umgebung durch bessere Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren und Schaffung von mehr Transparenz in Bezug auf die vorhandenen Strukturen zur Erleichterung des Zugangs zu Hilfsangeboten

Als Schirmherr des Netzwerks engagiert sich Walter Kohl. In der Vortragsreihe „Trotzdem JA zum Leben sagen“ spricht er über persönliche Tiefpunkte, seine eigene Erfahrung mit dem Thema Suizid und die Selbsttötung seiner Mutter. 2018 gründete er den Förderverein „Freunde von FRANS e.V.“

Im Jahr 2017 wurde FRANS für seine Arbeit mit dem Hessischen Gesundheitspreis des Ministeriums für Soziales und Integration ausgezeichnet. Bei dem Preis werden herausragende Projekte ausgewählt, die die Gesundheit der hessischen Bevölkerung fördern und unterstützen.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte „Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FrapPE)“ bietet die Möglichkeit, die Aktivitäten von FRANS weiterzuentwickeln und zu evaluieren. Hauptziel des Projektes ist die Senkung der absoluten Zahl der Suizide innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit durch verschiedene integrierte Maßnahmen.



TelefonSeelsorge

Anonym. Kompetent. Rund um die Uhr.
0800 111 0 111

Die TelefonSeelsorge steht Menschen in Krisensituationen 365 Tage im Jahr rund um die Uhr zur Verfügung. Beraten lassen können sich nicht nur Suizidgefährdete, sondern alle Menschen in schwierigen Lebenssituationen, deren Angehörige und Personen des nahen Umfelds sowie Fachkräfte. Die Beratung ist kostenfrei und erfolgt anonym.

Außerdem bietet die TelefonSeelsorge Beratung per Mail sowie im Chat an. In einigen Städten sind auch persönliche Termine möglich.

Die qualifizierten Berater/innen informieren auch über Unterstützungsangebote vor Ort.
www.telefonseelsorge.de

Linktipps und Informationsportale

www.frans-hilft.de

Webseite des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention. Informationen, Rat und Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige

www.frappe-frankfurt.de

Webseite des Frankfurter Projekts zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen

www.deutsche-depressionshilfe.de

Informationen, Rat und Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige

www.agus-selbsthilfe.de

Informationen zu Suizid und der Situation der Hinterbliebenen. Rat und Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) für Suizidtrauernde

www.suizidpraevention-deutschland.de

Webseite des Nationalen Suizidpräventionsprogramms

Materialien

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression

www.depression.versorgungsleitlinien.de

Suizidpräventionsbericht der WHO, 2014

www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/suizidpraeventionsbericht-who