Abgeordnetenhaus BERLIN

19. Wahlperiode

Plenar- und Ausschussdienst

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

60. Sitzung
10. November 2025

Beginn: 09.36 Uhr
Schluss: 12.48 Uhr
Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Redaktion: Christine Ortinau, Tel. 2325-1454 bzw. quer 99407-1454

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs 0202
Maßnahmen zur Stärkung der Suizidprävention GesPfleg
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße ganz herzlich Herrn Markus Geißler, Leiter der Berliner Fachstelle Suizidprävention, Frau Sybille Löschber, Leiterin der Beratungsstelle neuhland – Hilfe in Krisen gGmbH für suizidgefährdete Kinder und Jugendliche, Herrn Benjamin Ochel, Leiter des Berliner Krisendienstes, und Frau Prof. Dr. Birgit Wagner, Professorin für Klinische Psychologie & Psychotherapie - Verhaltenstherapie an der MSB Medical School Berlin. – Herzlich willkommen! Schön, dass Sie heute da sind!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Ich sehe Nicken. Vielen Dank! – Danke für die Erstellung des Wortprotokolls! – Dann frage ich, ob die Fraktion der CDU oder der SPD den Besprechungspunkt begründen möchte. – Das macht die SPD. – Dann haben Sie das Wort, Frau König!

Bettina König (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Guten Morgen auch von mir! Das Thema Suizid ist ein sehr ernstes und sehr wichtiges Thema und ist es uns wert, einmal eine ganze Sitzung darüber zu sprechen. Wir haben in den letzten Monaten öfter über psychische Gesundheit beraten – das ist für uns als Koalition ein sehr wichtiges Thema – und mit Anhörungen, dem Thema Landesarzt und der Stärkung von verschiedenen Angeboten auch einiges auf den Weg gebracht, aber wir wollen uns heute in dieser Sitzung noch einmal verstärkt mit dem Thema Suizid und Suizidprävention befassen.

Suizid hängt ganz eng mit dem Thema der psychischen Gesundheit zusammen. Es geht um Menschen, die sich allein fühlen, die keine Perspektive sehen, die den Weg in die Hilfe nicht finden. Es sind ganz schlimme Lebenssituationen, in denen sich diese Menschen befinden, akute Krisen oder psychische Erkrankungen. Das ganze Thema ist eines, das man nicht ständig und überall findet oder etwas dazu liest, weil es mit einer großen Stigmatisierung belegt ist. Es ist schwer, darüber zu sprechen. Es ist für Angehörige schwer, wenn es einen Fall in der Familie gab, Hilfe zu finden und darüber sprechen zu können.

Deshalb sehen wir hier einen Handlungsbedarf, und dieser wird auch durch die Zahlen belegt. Ich habe auf den Seiten der Fachstelle Suizidprävention nachgesehen: Im Jahr 2023 hatten wir in Berlin eine Rate von 14,2 Suiziden pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen. Das ist über dem bundesweiten Durchschnitt, und das ist einfach zu hoch. Wir möchten, dass so vielen Menschen wie möglich geholfen wird und so viele Suizide wie möglich verhindert werden. Deshalb ist es für uns Grund genug, hier über das Thema zu sprechen. Wir müssen uns fragen, warum die Zahlen so sind, wie sie sind. Warum sind sie in Berlin höher als anderswo? Wir müssen besprechen, ob die Datenlage ausreichend ist. Wir müssen besprechen, was es an

gezielten Maßnahmen und Hilfeangeboten in Berlin gibt. Sind es die richtigen, und reichen sie aus? Wir müssen auch schauen, wie die Angehörigenseite aussieht.

Wir haben in Berlin in den letzten Jahren schon einiges getan. 2018 wurde das Netzwerk zur Suizidprävention gegründet. Es gibt seit 2022 die Fachstelle Suizidprävention, die auch gerade die Suizidpräventionsstrategie erarbeitet, und natürlich interessiert uns genau die Arbeit der Fachstelle und die Suizidpräventionsstrategie. Wir sind gespannt, was uns die Expertinnen und Experten aus ihren unterschiedlichen Sichtweisen heute zu dem Thema berichten können und was wir daraus als Koalition für uns, für Berlin, für die Stadt, für die Betroffenen ableiten können. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Anhörung. Die Anzuhörenden haben sich im Vorfeld auf folgende Reihenfolge verständigt: Zuerst Frau Prof. Wagner, danach Herr Ochel, Frau Löschber und dann Herr Geißler. – Dann fangen wir mit Frau Prof. Wagner an.

Dr. Birgit Wagner (MSB Medical School Berlin): Herzlichen Dank!

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir freuen uns sehr, dass Sie uns heute eingeladen haben und dass Sie dieses Thema Suizidprävention so ernst nehmen, dass Sie es mit auf die Tagesagenda genommen haben. Ich möchte Ihnen einen kleinen Einblick geben. Dazu gehören Suizidstatistiken, aber auch in Evidenz, was wir aus der Forschung inzwischen wissen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Diese Statistik wurde gerade schon kurz angesprochen. Im Jahr 2024 hatten wir in Deutschland 10 372 Suizide zu verzeichnen. Das sind 0,7 Prozent mehr als im Jahr 2023 und 7 Prozent mehr als die letzten zehn Jahre. Das heißt, im Gegensatz zu all den Jahren oder Jahrzehnten davor, in denen wir immer eine stetige Abnahme hatten, haben wir jetzt eine Zunahme. Auch eine wichtige Erkenntnis aus den Suizidstatistiken ist, dass drei Viertel der Menschen, die durch Suizid verstorben sind, Männer sind. Das heißt, Männer sind im Bereich Suizidprävention eine Hochrisikogruppe.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wenn wir jetzt den Blick auf Berlin richten: Im Jahr 2024 sind 505 Personen durch einen Suizid verstorben. Das sind ungefähr zwei Flugzeugabstürze pro Jahr, wenn Sie sich das einmal so vorstellen. Das ist ein Szenario, das man sich kaum vorstellen kann, aber wenn man sich den Bereich der Suizide anschaut, passiert das eigentlich jedes Jahr.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Sie haben zwar gerade erwähnt, dass Berlin über dem Durchschnitt liegt, aber wenn wir uns die drei Bundesländer mit den höchsten Suizidraten im Vergleich zu den drei Bundesländern mit den niedrigsten Suizidraten anschauen, sehen wir dennoch, dass es einen Unterschied macht, ob es in den Bundesländern überhaupt eine wirkliche Suizidpräventionsstrategie gibt,

etwa ein Netzwerk oder relativ gut ausgestattete Krisendienste, wie wir es beispielsweise in Berlin oder auch in Hessen, in Frankfurt, mit FRANS hilft haben. Im Vergleich dazu haben wir in den ostdeutschen Bundesländern sehr hohe Suizidraten. Da wechseln sich die Bundesländer immer wieder ab, aber sie sind im Vergleich zu den niedrigsten deutlich erhöht. Das heißt, Suizidprävention kann etwas bewirken.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was sind die Risikofaktoren für Suizide? – Da haben wir allen voran die Zugänglichkeit zu Suizidmethoden. Was heißt das für die Suizidprävention? – Das heißt, je mehr wir beispielsweise Hotspots identifizieren, je mehr wir Medikamente oder Waffenbesitz einschränken, hat das immer direkt Einfluss auf die Suizidraten. Dazu gehören natürlich auch die Themen Alkohol- und Substanzmissbrauch, aber, wenn wir bei dem Thema Männer als Hochrisikogruppe sind: Männer werden auch sehr häufig bei psychischen Erkrankungen unterdiagnostiziert – das wissen wir insbesondere aus den Post-Mortem-Analysen – und nehmen in Krisen- und Problemsituationen Hilfe unzureichend in Anspruch. Ein Risikofaktor sind aber auch, das habe ich eben schon erwähnt, mangelnde niedrigschwellige Versorgungsstrukturen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das nationale Suizidpräventionsprogramm mit dem Netzwerk darum herum hat eine nationale Suizidpräventionsstrategie entwickelt. Sie sehen hier auf der linken Seite: Das ist ein sehr umfassendes Kompendium, das man auch online herunterladen kann, aber ich habe Ihnen einmal die drei wichtigsten Punkte aufgeführt. Die wichtigste Maßnahme, die man wirklich umsetzen sollte, sind niedrigschwellige Versorgungsangebote, die man unkompliziert in Krisensituationen aufsuchen kann, wie beispielsweise Krisendienste. Das Zweite ist eine zielgruppenspezifische Versorgungsstruktur, beispielsweise für ältere Menschen oder im Kinder- und Jugendbereich, aber eben auch für Männer, denn das ist die Hochrisikogruppe, die über alle Altersgruppen aber nirgendwo spezifisch angesprochen wird. Drittens braucht es eine zentrale Vernetzung, wie wir sie vom Netzwerk kennen, die Öffentlichkeitsarbeit macht, die mit der Polizei und dem Rettungsdienst versucht, Hotspots zu identifizieren, die Schulungen anbietet und Medienarbeit macht. Das kann nicht durch einzelne Akteure oder durch kleine Gruppen durchgeführt werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ein Suizid beendet das Leben der leidenden Person, aber bringt neuen Schmerz und Leid für die hinterbliebenen Angehörigen. Wir sprechen in der Suizidforschung davon, dass sechs bis zehn Personen durch einen Suizid direkt betroffen sind. Wer sind diese Personen? – Das kann das acht Monate alte Baby sein, das seinen Vater verliert, das kann die vierzehnjährige Tochter sein, die den Vater im Wohnzimmer erhängt auffindet, oder es kann die Mutter sein, die ihre Tochter drei Monate lang vermisst hat und dann erfährt, dass sie durch einen Suizid verstorben ist. Das Netzwerk von Menschen, die durch einen Suizid betroffen sind, ist aber größer. Das heißt, wir haben auch Klassenkameraden, wir haben Arbeitskollegen, wir haben Zugführer, die vielleicht zufällig zu dem Suizid dazukamen, wir haben Polizistinnen und Polizisten.

Gleichzeitig haben die Angehörigen – dazu haben wir bei uns in der Arbeitsgruppe sehr viel Forschung durchgeführt – eine sehr hohe Krankheitslast. Sie sind oft monatelang, jahrelang krankgeschrieben, leiden an einer posttraumatischen Belastungsstörung und selbst unter Suizidgedanken oder sind aufgrund ihrer aufkommenden psychischen Erkrankungen häufig frühberentet. Gleichzeitig haben sie ein sehr großes Stigmatisierungserleben und sind deswegen auch Teil der internationalen Suizidprävention. Das heißt, auch die Angehörigen müssen wir im Blick haben. Jeder Angehörige hat unter Umständen jahre- oder jahrzehntelang darunter zu leiden. – Jetzt bin ich auch schon am Ende angekommen und kann an meine Mitsprecher weitergeben.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann ist jetzt Herr Ochel an der Reihe.

Benjamin Ochel (Berliner Krisendienst): Guten Morgen! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Anwesende! Vielen Dank, dass wir hier sein dürfen! Ich will eine leichte Korrektur machen, bevor ich anfange: Ich leite nicht den Berliner Krisendienst, ich darf die Region Ost des Berliner Krisendienstes leiten, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf. Der Krisendienst in Berlin ist eine Zusammenarbeit von sechs Trägern, und ich darf heute für die Träger des Berliner Krisendienstes sprechen. Bei meinem Träger, der Caritas, bin ich für das Thema Krisenintervention und Suizidprävention zuständig, und ich arbeite selbst noch im Krisendienst am Telefon und in der Beratung.

Wenn wir über das Thema Suizidprävention reden, dann finden wir bei vielen Menschen oft schnell Anknüpfungspunkte – in der eigenen Biografie, in der Familie, im familiären Umfeld. Ich gehe davon aus, dass es in diesem Raum auch so sein wird, dass viele Menschen da Berührungspunkte haben. Es gibt selbst Betroffene, es gibt An- und Zugehörige, es gibt Hinterbliebene, wir haben es gerade gehört. Es gibt aber auch Profis, die sich um Menschen in Not kümmern und selbst möglicherweise an ihre Grenzen stoßen. Für all diese Gruppen ist in Berlin der Berliner Krisendienst da.

Dass wir rund um die Uhr für die Menschen zugängig sein können, erfüllt seit 26 Jahren hier in Berlin eine zentrale Forderung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie. Wir sind sehr dankbar, dass wir das machen können. Lange Zeit war Berlin das einzige Bundesland mit einem derartigen landesweiten Angebot, und wir sind sehr dankbar dafür, dass wir das mit Mitteln aus dem Psychiatrieentwicklungsprogramm anbieten können. Wir können nämlich Menschen erreichen, die noch nie etwas mit dem psychosozialen Versorgungssystem zu tun hatten, können aber auch Menschen unterstützen, die eigentlich schon versorgt sind, die im Kontakt mit dem Hilfesystem sind, die aber vielleicht am Wochenende oder in der Nacht noch weitere Unterstützung benötigen.

Ich war gerade selbst am Samstag im Tagdienst. Der geht bei uns von 8 Uhr bis 16 Uhr. Ich war dort mit drei Kolleginnen und Kollegen im Dienst. Wir hatten insgesamt 52 Kontakte per Telefon und zwei persönliche Gespräche. Ein kleiner Einblick: Eine Frau rief an. Der Vater einer Expatfamilie hat sich das Leben genommen. Sie ist die Mutter von zwei Teenagerkindern und jetzt überfordert und verzweifelt. Das Gespräch fand auf Englisch statt. – Eine Person ruft aus der psychiatrischen Klinik an. Sie ist dort stationär untergebracht wegen Suizidalität, soll am Montag entlassen werden und fürchtet sich davor, dann zu Hause allein zu sein. – Jemand ruft an: Die Partnerin droht mit Suizid, nachdem sie einen Abschiebungsbescheid bekommen hat; Gespräch auf Englisch. – Eine Frau sorgt sich um einen Nachbarn, der nach

Schicksalsschlägen nicht mehr leben möchte. – Ein Mann hat viele Verluste erlitten, ein Freund hat sich erhängt; wir haben gerade gehört, dass die Angehörigen und das Umfeld auch sehr betroffen sind. Nun fragt er sich, wie es für ihn weitergehen kann. – Ein Mann mit kognitiver Beeinträchtigung sieht keinen Sinn mehr im Leben und möchte sterben. – Eine Frau kommt zum Gespräch. Sie hat den starken Drang, sich selbst zu verletzen, denkt über Suizid nach und muss in die Klinik begleitet werden.

Mit rund 90 000 Kontakten pro Jahr ist der Berliner Krisendienst gut ausgelastet. Bei circa 6 Prozent der Kontakte mit Klientinnen und Klienten steht das Thema Suizidalität direkt im Mittelpunkt, aber natürlich greift die Prävention, die wir machen, viel früher, wenn Menschen mit Themen, die noch nicht im Bereich der akuten Suizidalität liegen, zu uns kommen und Beratung finden, beispielsweise Beziehungsprobleme oder das Erleben einer Depression und die Unmöglichkeit, einen Therapieplatz zu finden. Wenn wir diese Menschen unterstützen können, dann kommt es erst gar nicht zu einer suizidalen Krise. Wir können diesen hohen Bedarf bedienen, müssen dafür aber auch weiterhin personell gut ausgestattet sein. Im vergangenen Doppelhaushalt konnten wir mit Verstärkungsmitteln für jede Region – wir haben sechs Regionen – eine halbe Stelle Personal aufbauen, und wir konnten auch die besonders stark frequentierten Zeiten von 16 Uhr bis 20 Uhr mit jeweils einer weiteren Fachkraft in den Regionen verstärken. Wenn diese Verstärkungsmittel im kommenden Haushalt nicht mehr zur Verfügung stehen, werden wir das möglicherweise zurückbauen müssen, was für die Betroffenen zur Folge hat, dass Telefonleitungen besetzt sind und sie länger auf Gespräche warten müssen. Für Menschen in akuten suizidalen Krisen kann das tödliche Folgen haben.

Aus Trägersicht ist das System der Zuwendungsfinanzierung sehr herausfordernd. Die jährliche Unsicherheit der Finanzierung und der sehr hohe Verwaltungsaufwand belasten uns. Wir würden uns da wie viele andere eine andere Lösung wünschen. Die generell knappen Mittel erschweren natürlich auch eine Weiterentwicklung unserer Arbeit. Wir sehen im täglichen Tun, aber auch in Pilotprojekten, die wir machen, dass Menschen auch auf anderen Wegen als der klassischen persönlichen und telefonischen Kontaktaufnahme mit uns in Kontakt treten wollen, Stichwort Onlineberatung. Wir würden uns sehr gerne weiterentwickeln, sind aber sehr gehemmt dadurch, dass wir die Ressourcen nicht haben. Deshalb sagen wir: Eine auskömmliche und über die Jahre verlässliche Finanzierung des Krisendienstes ist notwendig, damit der Berliner Krisendienst auch weiterhin für die Menschen in dieser Stadt da sein kann.

Es braucht darüber hinaus gut ausgestattete, funktionierende Netzwerke von Beratungsangeboten, von Kliniken, von anderen Unterstützungspunkten, aber vor allem auch von zielgruppenspezifischer Suizidprävention, weil nicht alle Menschen bei uns ankommen oder sach- und fachgerecht unterstützt werden können. Junge Menschen, ältere Menschen brauchen bestimmte Angebote. Es braucht eine koordinierte Vernetzung des Hilfesystems, damit wir voneinander wissen. Berlin ist groß. Es gibt viele Angebote. Es tut sich viel. Es gibt eine ganze Reihe von Maßnahmen – wir haben sie gerade gehört, in der Nationalen Strategie stehen viele drin, wir hören gleich noch von der Berliner Strategie –, die umgesetzt werden müssen, um Suizidprävention in Berlin voranzubringen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Ochel! – Dann kommen wir zu Frau Löschber.

Sibylle Löschber (Beratungsstelle neuhland): Guten Morgen! Auch von mir vielen Dank für die Einladung! Ich freue mich, dass ich für die Schwächsten unserer Gesellschaft hier heute sprechen darf, nämlich für die Kinder, die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen. 1984 hat sich die Bundesregierung dazu entschieden, ein Pilotprojekt zu starten und zu sagen: Wir brauchen Suizidprävention nicht nur für die Erwachsenen, sondern auch für die jungen Menschen. – Das war die Beratungsstelle neuhland, die es immer noch gibt. Das sind jetzt 41 Jahre, und wir sind sehr dankbar, dass wir in dieser Arbeit durch das Land Berlin weiter unterstützt werden. Suizid ist bei Jugendlichen eine der häufigsten Todesursachen, und hinter jedem Suizidversuch steht eine tiefe Verzweiflung, die aber sehr oft nicht erkannt, und wenn erkannt, dann nicht ernst genommen wird. Das ist ein großes Problem. Wir wissen, dass Menschen in Not es brauchen, dass sie auf ihre Notsituation angesprochen werden und dass ihnen Hilfe angeboten wird. Das bedeutet, dass die Verhinderung von Suiziden, die Verhinderung davon, dass junge Menschen sterben, dort ansetzen muss, wo diese jungen Menschen sich bewegen, in ihren Lebenswelten.

Dazu möchte ich heute etwas sagen. Unsere Erfahrung ist, dass es in erster Linie Unterstützung in der Lebenswelt Schule braucht. Dort verbringen die jungen Menschen ganz viel Zeit, das heißt, wir brauchen weiterhin die Stärkung und besonders die Aufrechterhaltung der Schulsozialarbeit. Das sind Fachkräfte, die sehr nah an den jungen Menschen dran sind und häufig als Erste auf sie zugehen und sagen: Hey, ich habe den Eindruck, dir geht es nicht gut. So muss das nicht sein. Es gibt Hilfsangebote. – Diese Fachkräfte müssen geschult werden. Sie brauchen Vernetzungsmöglichkeiten. Sie müssen dann natürlich wissen: Wohin gehe ich denn jetzt mit diesen jungen Menschen in Not? Ich nenne Ihnen einmal ein Beispiel: Wenn Ihnen zu Hause der Wasserhahn um die Ohren fliegt und das Wasser in alle Richtungen spritzt, dann wollen Sie, dass jemand Ihnen hilft, und dann wäre es doch richtig gut, wenn Sie irgendwo anrufen könnten und jemand Ihnen live am Telefon sagt: Sie machen jetzt das und dann das –, und dann machen Sie das, und dann hört das Wasser auf zu spritzen. Das ist das, was wir machen. Das ist es, was es braucht, nicht nur für die jungen Menschen, natürlich auch für alle anderen Altersgruppen, aber ich sitze hier für die jüngere Altersgruppe.

Das heißt, wir brauchen die Stärkung der Schulsozialarbeit. Wir brauchen Lehrkräfte, die bereit sind hinzuschauen und die bereit sind, die jungen Menschen anzusprechen und zu sagen: Wie geht es dir? – Das machen sie nur, wenn sie wissen: Wenn es jemandem nicht gut geht, dann kann ich ihn irgendwo hinschicken. – Wir brauchen weiter die Anlaufstellen, die es bereits gibt, und wir brauchen kompetentes Personal in den Schulen, das heißt, es muss eigentlich in das Curriculum und in die Ausbildung der Lehrkräfte aufgenommen werden, damit sie sich trauen, die Schülerinnen und Schüler anzusprechen. Workshops in Schulen, in denen die jungen Leute erstens lernen, wie sie damit umgehen, wenn es ihnen nicht gut geht, und zweitens erfahren, wohin sie sich wenden können, sind nachweislich, international wissenschaftlich erwiesen, suizidpräventiv. Wir brauchen Menschen, die diese Workshops durchführen. Es gibt diese Menschen, aber sie können den aktuellen Bedarf nicht decken.

Weiterhin ist es natürlich wichtig, die Sorgeberechtigten zu unterstützen, nicht nur in ihrer Erziehungskompetenz – da setzen die Frühen Hilfen zum Beispiel an –, aber auch darin: Wie gehe ich mit meinem Teenager um, der zu Hause ist und Sorgen hat, und wohin kann ich mich wenden? – Wir brauchen weiterhin ein funktionierendes Jugendhilfesystem, also dass die Jugendämter da sind und die Familien unterstützen können. Wohin vermitteln diese Fachkräfte die niedrigschwelligen Hilfen? Denn diese sind tatsächlich essenziell. Diese Hilfen

sollten im besten Fall anonym, kostenfrei und für alle Menschen zugänglich sein. Die einzige Kategorie, in der wir denken, ist: Mensch in Not. Andere Kategorien sollten an dieser Stelle nicht von Bedeutung sein. Frühe Hilfen und frühe Krisenintervention können deutlich dabei helfen, Chronifizierung vorzubeugen. Die Altersgruppe, für die ich spreche, ist diejenige mit den allerhöchsten Suizidversuchsraten, und jeder Suizidversuch erhöht die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Versuchs später. Die jungen Erwachsenen, die Suizidversuche unternehmen und keine Hilfe bekommen, sind die Familienväter, die Mütter, die Angehörigen, die Freundinnen und Freunde, die am Ende sterben.

Wir brauchen Hilfe ohne lange Wartezeiten, denn Krisenintervention ist nichts, wo man auf eine Spontanremission warten kann. Die muss ganz schnell einsetzen. Es dürfen keine bürokratischen Hürden entstehen und, wie gesagt, auch keine Kosten. Die Angebote müssen gut sichtbar sein, Informationsmaterialien, QR-Codes, für alle gut erkennbar, besonders im schulischen Rahmen. Für diejenigen, die intensivere Hilfe als das benötigen, brauchen wir dringend ausreichend Therapieplätze und Plätze in den Kliniken, die belegt werden können. Es ist vielleicht deutlich geworden, dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, weder singulär im Gesundheitswesen noch singulär in der Jugendhilfe angesiedelt, sondern dort muss miteinander kooperiert und sich vernetzt werden. Nachweislich können wir auf diese Weise dem Tod junger Menschen vorbeugen. – Vielen Dank für die Zeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Löschber! – Dann hat jetzt Herr Geißler das Wort.

Markus Geißler (Berliner Fachstelle Suizidprävention): Vielen Dank! – Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung, im Namen der Berliner Fachstelle Suizidprävention zu Ihnen sprechen zu dürfen! Im Jahr 2024 gab es in Berlin fast neunmal so viele Todesfälle durch Suizid wie im Straßenverkehr. Das verdeutlicht, dass Suizid ein drängendes, aber zugleich stark tabuisiertes Gesundheitsproblem unserer Stadt ist. Als Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. haben wir deshalb die Berliner Fachstelle gegründet und werden seit 2022 von der SenWGP mit Landesmitteln in Höhe von 157 000 Euro gefördert. Damit können Personalkosten für 1,5 Vollzeitstellen und Sachkosten gedeckt werden.

Einer der häufigsten Mythen um Suizid ist: Über Suizid zu sprechen, bringt Menschen erst auf die Idee. – Das ist falsch. Offenes, respektvolles Sprechen über Suizidgedanken und Zuhören können entlasten und verringern das Risiko, dass jemand in diesem Gefühl der Ausweglosigkeit allein bleibt. Deshalb ist eine Aufgabe der Fachstelle, mit Veranstaltungen, Ausstellungen, Broschüren und Öffentlichkeitskampagnen das Tabu zu brechen und den Mut zum Reden darüber zu fördern.

Ein weiterer Mythos ist: Wer einmal suizidal war, bleibt es immer. – Das ist auch falsch. Mit professioneller Hilfe und sozialer Unterstützung kann die Suizidgefahr deutlich gesenkt werden. Viele Menschen führen später ein erfülltes Leben. Leider wissen wir aus Studien, dass viele Menschen vor ihrem Suizid keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und damit die Chance verpassen, aus der suizidalen Krise herauszukommen. Deshalb machen wir Hilfsangebote in Berlin über eine zentrale Website sichtbar.

Ein dritter Mythos ist: Ein Suizid passiert plötzlich und ohne Vorwarnung. – Auch das ist falsch. Meist gibt es Warnzeichen. Personen können direkt davon sprechen, reden darüber, für andere eine Belastung zu sein oder keine Hoffnung mehr zu haben, ziehen sich zurück oder verschenken persönliche Gegenstände. Deshalb sensibilisieren wir sowohl Fachkräfte als auch Laien darin, Suizidalität früh zu erkennen, und schulen sie darin, bei Verdacht der Suizidalität direkt anzusprechen.

Im Auftrag der SenWGP entwickeln wir aktuell die Berliner Suizidpräventionsstrategie, die erste landesweite Suizidpräventionsstrategie in Deutschland. Das Papier steht kurz vor der Fertigstellung und wird Ende November der SenWGP überreicht. In der Strategie haben wir eine Bestandsaufnahme durchgeführt und geprüft, was Berlin bereits tut und was noch gebraucht wird. Was wir in der Analyse sehen, ist, erstens: Berlin setzt bereits vieles um, was zum Beispiel in der Nationalen Suizidpräventionsstrategie gefordert wird. Es gibt in Berlin viele Hilfsangebote, die barrierearm genutzt werden können, allen voran der Berliner Krisendienst, ein bundesweiter Leuchtturm, Kontakt- und Beratungsstellen in den Berliner Bezirken und weitere Möglichkeiten der Selbsthilfe. Die gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen in Berlin sind eine Errungenschaft, die unbedingt erhalten und gestärkt werden müssen, denn der Hilfebedarf ist groß und insbesondere bezirkliche psychosoziale Hilfestrukturen müssen erhalten werden.

Zweitens: Besonderen Entwicklungsbedarf gibt es im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Fachkräfte benötigen eine Grundsensibilisierung. Diese muss regelmäßig flächendeckend und für sogenannte Gatekeeper durchgeführt werden. Gatekeeper sind Personen, die vielen Menschen begegnen, insbesondere hochbelasteten, und die bei Verdacht auf Suizidalität ansprechen können.

Drittens: Wir benötigen eine bessere Datenlage. Die Sicherung von öffentlichen Orten, die häufig zum Suizid genutzt werden – das können zum Beispiel Hochhäuser oder Gleisanlagen sein –, zeigt tatsächlich die beste Evidenz in der Präventionsforschung, was die Reduktion der Suizide angeht. Das wird als sogenannte Hotspot-Prävention bezeichnet. Mit der Berliner Polizei arbeiten wir bereits zusammen und ergründen, inwiefern für diesen Zweck routinemäßig erhobene Einsatzdaten genutzt werden können.

Viertens, last but not least: Suizid ist tabuisiert. Wir müssen mehr darüber sprechen und mehr darüber wissen, wie wir Suizid im Miteinander vermeiden können. Dazu braucht es auch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit.

Wir als Fachstelle verstehen uns als zentrale Koordinierungsstelle der Suizidprävention in Berlin, die Synergien schafft, Bestehendes im Land Berlin sinnvoll zusammenbringt und notwendige evidenzbasierte Maßnahmen anstößt. Berlin hat mit der Einrichtung der Fachstelle einen entscheidenden Schritt getan. Damit dieser Schritt Dauer und Wirkung entfalten kann, braucht es Verlässlichkeit in der Finanzierung und in der politischen Unterstützung. – Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und für Ihr Engagement bei diesem wichtigen Thema!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Geißler! – Dann kommen wir zur Fragerunde der Abgeordneten. Ich lese vor, wer sich schon gemeldet hat: Frau Pieroth, Herr Ubbelohde, Herr Schatz, Frau Wahlen, Herr Zander und Frau König. – Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich möchte Ihnen erst einmal ganz herzlich danken, dass Sie hier sind! Mich hat mein Besuch bei neuhland genauso wie beim Berliner Krisendienst zutiefst beeindruckt. Ich fange einmal mit neuhland an: Schön, dass Sie gesagt haben, dass es sie schon 41 Jahre gibt. Ich habe bei Ihnen auch begriffen – neuhland Uhlandstraße und Friedrichshain-Kreuzberg –, wie das dann nach sechs Jahren für die ganze Stadt gewachsen ist. Das finde ich wunderbar, und auch, dass es jetzt diese Strategie vom Senat gibt. Da würde ich gerne wissen: Ist diese schon richtig bei Ihnen allen angekommen, und wie gestalten Sie diese aus?

In Bezug auf Ihre Arbeit beim Krisendienst in der Fachstelle – der Krisendienst ist wahrlich ein bundesweiter Leuchtturm – sind der Erhalt unserer super Berliner Strukturen und der Ausbau extrem wichtig.

Sie haben die Zahlen genannt: Sechs bis acht Menschen sind involviert, aber wenn wir uns die Schulsituation und das ganze Umfeld anschauen, habe ich auch von bis zu 80 Menschen gelesen, die in einen Suizid beziehungsweise auch in die Präventionsarbeit involviert sind. Da ist meine Frage: Wie hat sich das Thema gerade bei Kindern und Jugendlichen zur Coronazeit verändert? Können Sie darauf noch ein bisschen eingehen?

Dann ist meine ganz große Frage an Sie: Wie sind Sie vernetzt? Ich bin jetzt zum Beispiel im Zusammenhang damit, dass wir soulspace am Urban-Krankenhaus, Fink e. V. und zwei andere Kriseninterventionsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene unterstützen, wieder auf neuhland gestoßen. Es gibt auch Krankheitsbilder wie das bipolare Syndrom, wo man nach der Diagnose vielleicht noch einmal besonders darauf aufmerksam gemacht werden könnte, was Anzeichen vor einem Suizid sind und wie man darauf eingehen kann. Wie vernetzt sind Sie mit diesen Stellen, und was findet an Vernetzung neben Schule in den Lebensräumen statt? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank an die Anzuhörenden, dass Sie heute hier sind! Vielen Dank auch für Ihre Arbeit! Suizide haben in den letzten Jahren, wir haben es gehört, deutlich zugenommen, obwohl mit dem Netzwerk für Suizidprävention 2018 und der Fachstelle 2022 viele Strukturen neu entstanden sind. Hier stellt sich die Frage: Sind diese Stellen, die oft die gleichen Aufgaben haben, wie Koordination, Ursachenforschung und so weiter, tatsächlich effektiv? Lässt sich durch Bündelung und durch höhere Effizienz in diesen Strukturen tatsächlich mehr für die Menschen erreichen und nicht eine weitere Zunahme von Suiziden? Wir haben auch noch die Vermittlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Dienst. Mir scheint also, dass es genügend Strukturen gibt. Die Frage ist: Setzen diese mit ihrer Arbeit über die Akuthilfe hinaus – die wichtig ist, keine Frage – auch bei den tatsächlichen Ursachen, den gesellschaftlichen und politischen Ursachen der letzten Jahre und Jahrzehnte an, die offensichtlich dazu beigetragen haben, suizidale Krisen und psychische Erkrankungen bei Menschen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu verstärken? Hier müssen wir meines Erachtens ebenfalls eine Enttabuisierung einleiten, die dazu führt, die Ursachen für die Entwicklung der letzten Jahre auch hier im Abgeordnetenhaus, in der Politik zu suchen.

Wir hatten eine Zunahme während der unsäglichen Coronamaßnahmenzeit, gerade bei Kindern und Jugendlichen, und das ist insofern als besonders tragisch zu bewerten, als wir heute wissen, dass ein Großteil dieser Maßnahmen völlig unsinnig und falsch war. Wir haben eine enorme Zunahme bei Männern. Sie haben es mit 71 Prozent beziffert. Sind denn die Stigmatisierung von Männern in dieser Gesellschaft und die Zurlastlegung von Fehlentwicklungen in der Gesellschaft bei Männern auch ein Beitrag dazu, dass besonders viele Männer im Vergleich zu Frauen unter suizidalen Krisen leiden? Sollten wir unser Bild dahin gehend abwenden, Männer gezielt gesellschaftlich zu diskriminieren, wie es aus der politischen Ecke hier rechts von mir bedauerlicherweise häufiger der Fall ist?

Wir haben dazu eine enorme Belastung von Familien, gerade mit Kindern, durch Steuern und Abgaben, wo der Staat immer mehr Gelder für sich in Anspruch nimmt, mit denen man nicht immer sinnvoll und nicht immer kind- und familiengerecht, nicht immer menschengerecht umgeht. Gleichzeitig gibt es ein Versagen von staatlichen Strukturen, unter denen Menschen leiden, die gerade bei diesen staatlichen Strukturen, die aufwendig finanziert werden, Hilfe vermuten, die Hilfe am Ende aber nicht bekommen. Soziale Absicherung der Menschen ist oft gar nicht gegeben. Menschen beziehen soziale Absicherung, soziale Zuwendungen, bekommen ein Gehör, die oft gar nicht in diese Systeme eingezahlt haben, die oft gar nicht Unterstützer dieser sozialen Strukturen sind, und diejenigen, die es wirklich brauchen, haben das Gefühl, dass diese Hilfen an ihnen vorbeigehen. Das Gesundheits- und Bildungssystem ist ebenfalls belastet, und diejenigen, die es brauchen, haben das Gefühl, dass in Schulen und im Gesundheitssystem für sie kein Platz ist. Sind also diese Maßnahmen im Bildungssystem, im Gesundheitssystem, übrigens auch in der Migrationspolitik, Teil der Ursachen, warum es in den letzten Jahren so viele psychische und suizidale Krisen gegeben hat – als Folge dieser links-grünen Politik, die hier auch einmal zur Sprache kommen muss?

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir zu Herrn Schatz.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich würde gerne wieder zum Thema zurückkommen, obwohl ich nach dem Redebeitrag sagen muss, dass ich durchaus verstehen kann, dass Menschen Zukunftsangst haben, wenn Vertreter dieser Partei, die in Umfragen an Zustimmung gewinnt, solche Dinge von sich geben. Dann kann man Zukunftsangst entwickeln, die durchaus auch dazu führt, dass man Fragen stellt.

Ich würde gerne bei dem einsteigen, was Sie präsentiert haben. Vielen Dank erst einmal dafür und vielen Dank auch für Ihre Arbeit! Wahrscheinlich wird der eine oder die andere jetzt aufschrecken, wenn ich die Frage stelle, aber ich will sie dennoch stellen: Wir haben die Situation, dass das Bundesverfassungsgericht vor wenigen Jahren festgestellt hat, dass ein selbstbestimmtes Sterben zum Leben gehört und ein Grundrecht ist. Wie nehmen wir die Abgrenzung vor zwischen dem, wo wir sagen, dass Suizid etwas ist, das pathologisch betrachtet wird, und dem, wo eine selbstbestimmte Entscheidung getroffen wird? Als ich mir Ihr Netzwerk angeschaut habe, ist mir aufgefallen, dass dort zum Beispiel viele Seniorinnen- und Seniorenorganisationen mit drin sind, bei denen das durchaus ein Thema ist. Wie gehen Sie damit um? Wie diskutieren Sie das untereinander, und wie nehmen Sie da eine Abgrenzung vor? Denn ich finde, dass es diese an der Stelle geben muss.

Dort, wo eine psychische Erkrankung oder eine Frage des Mindsets, wie man heute sagt, also der Einstellung zu bestimmten Problemen dazu führen kann, so eine Entscheidung zu verän-

dern, da finde ich das richtig, da muss man das machen. Aber wie geht man beispielsweise mit einer Situation um, wie sie Sie, Herr Ochel, in einem Ihrer Fallbeispiele geschildert haben? Einer Frau, die von Abschiebung betroffen ist, wird man vielleicht irgendwie Mut zusprechen, aber an dem Punkt, dass ihr Aufenthalt in Deutschland wahrscheinlich gewaltsam beendet und sie damit einer Lebensperspektive beraubt und ihre Lebensqualität zerstört wird, kommt man nicht vorbei. Da wird man einen Antrag an die Härtefallkommission stellen können, und dann wird man sehen, aber am Ende kann es sein, dass sich an der Situation gar nichts ändert und die Frau doch abgeschoben wird. Das ist ein Problem, bei dem wir schauen müssen: Was ist sozusagen das eigene Herangehen an bestimmte Probleme, und was sind die Probleme, die dahinterstehen, die Sie auch angesprochen haben?

Ich danke Ihnen für Ihren Appell zum Erhalt der Schulsozialarbeit. Das ist ein Thema, das uns sehr beschäftigt, und ich glaube, dass es wirklich wichtig ist, dort Geld zu investieren, damit wir gerade bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig Probleme erkennen. Dafür ist Schulsozialarbeit ein echter Schlüssel. Das muss ausgebaut und nicht zurückgefahren werden, wie es im Moment geplant ist.

Mir stellt sich noch eine andere Frage: Ich habe mir die Mitglieder des Netzwerks angeschaut, und mir ist aufgefallen, dass es aus dem ganzen Bereich von queeren Menschen, LSBTI-Organisationen, gar keine Mitglieder bei Ihnen gibt. Das finde ich ein bisschen erstaunlich, um ehrlich zu sein, weil ich auch aus eigenem Erleben weiß, dass die Frage von Suiziden bei Leuten im Coming-out ein großes Thema ist. Vielleicht haben Sie eine Idee, woran das liegt. Vielleicht kann man an der einen oder anderen Stelle auch helfen, Kontakte zu knüpfen.

Wie sieht es denn mit geflüchteten Menschen aus, die wir mittlerweile in großer Zahl hier haben und bei denen sich immer wieder die Frage stellt, wie es in Zukunft weitergeht? Da habe ich auch keine Organisation im Netzwerk gefunden. Arbeiten Sie auch mit geflüchteten Menschen? Wie funktioniert das beispielsweise, wenn es um Informationen geht? Ich habe auf Ihrer Internetseite gesehen, dass Sie ein mehrsprachiges Angebot haben. Das ist super, aber ist das bei allen Mitgliedern des Netzwerks so?

Herr Geißler! Sie sprachen von barrierearmen Zugängen. Bezieht sich das nur auf die sprachlichen Barrieren, oder spielen da auch andere Barrieren eine Rolle?

Ansonsten, weil Sie das Thema Sozialarbeit thematisiert haben: Wie sehen Sie es denn, dass im Moment zum Beispiel noch völlig offen ist, wenn ich mir den Berliner Haushalt anschaue, ob das Psychiatrieentwicklungsprogramm – PEP – finanziell für die nächsten zwei Jahre abgesichert ist? Auch diese Frage möchte ich Ihnen gerne stellen.

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Wahlen!

Catrin Wahlen (GRÜNE): Herzlichen Dank auch von mir! Ich möchte gerne ein bisschen in die verschiedenen Gruppen und auch in die zugrunde liegenden Krisen und Gründe einsteigen, also welche Daten zu den Auslösern der Suizide bekannt sind beziehungsweise wie Sie daran forschen, damit man die Angebote zielgruppenspezifisch weiterentwickeln kann. Gibt es bestimmte Arten von Krisen, die sich bei bestimmten Gruppen mehr aufdrängen als bei anderen?

Bei älteren und alten Menschen ist Suizid bekannterweise auch ein häufiger Sterbegrund. Da spielen aus meiner Sicht sicherlich viele Faktoren, wie finanzielle Aspekte, Armut, Einsamkeit und Ähnliches, eine Rolle. Vielleicht gibt es da auch einen Anknüpfungspunkt, um einmal über die Zusammenarbeit mit den Seniorinnen- und Seniorenorganisationen zu berichten.

Im Bereich der Jugendlichen haben Sie eindrucksvoll geschildert, dass es ein Problem ist, dass die Jugendlichen an vielen Stellen nicht ernst genommen werden. Mit welchen Strategien kann man das stärken? Sicherlich durch die Schulsozialarbeit, aber vielleicht auch in Richtung des Gesundheitssystems oder des gesellschaftlichen und schulischen Umfelds? Auch an den Senat habe ich die Frage, inwiefern Sie bei den Strategien, Jugendliche ernst zu nehmen, senatsseitig multiprofessionell unterstützen können.

Dann gibt es noch zwei Gruppen, zu denen ich spezifisch nachfragen möchte, die heute noch nicht so eine Rolle gespielt haben: Das sind junge Mütter in Krisen, die in eine postnatale Krise kommen oder geburtsbedingt schon in einer Krise sind. Gibt es eine Möglichkeit, diese Mütter zu erreichen? Sie haben außerdem über die Angehörigen nach einem Suizid gesprochen. Ich hätte da auch noch eine Gruppe, über die ich gerne sprechen möchte, und zwar die pflegenden Angehörigen. Wir wissen, dass das eine sehr große Gruppe von Menschen in Berlin ist, die aus strukturellen Gründen wenig Entlastung erfahren können. In welcher Weise treten sie bei Ihnen in Erscheinung?

Die Hotspot-Prävention fand ich sehr interessant und spannend. Gibt es die Idee einer Hotspot-Prävention vielleicht auch bei anderen Suizidmethoden? Die Kontrolle von Online-Apotheken wäre zum Beispiel aus meiner Sicht eine Maßnahme, die sicherlich genauso effektiv sein könnte, wie Hochhäuser zu kontrollieren. Sie haben auch gesagt, dass eine Reihe von Präventionsmaßnahmen nötig wäre. Können Sie noch ein bisschen genauer ausführen, welche das sein könnten?

Frau Dr. Wagner! Noch einmal zu den Zahlen, die Sie ganz am Anfang präsentiert haben, von den Bundesländern, die am höchsten belastet sind, und denen, die im bundesweiten Durchschnitt eine niedrigere Belastung haben: Ich denke, die Zahlen stehen für sich. Wir haben sicherlich alle relativ viele Informationen darüber, wie politische Ansichten Menschen längerfristig in Krisen stürzen können. Vielleicht könnten Sie in diesem Zusammenhang auch noch einmal darauf eingehen, weshalb die erfolgreich – in Anführungsstrichen – durchgeführten Suizide bei Männern so viel häufiger sind als bei Frauen. Denn wenn wir über Suizidversuche sprechen, dann sehen wir relativ schnell und deutlich, dass Suizidversuche bei Männern häufiger erfolgreich sind, also mit dem Suizid enden, als bei Frauen. Insgesamt ist natürlich Männergesundheit gerade im November ein besonders interessanter Punkt, weil das Thema Männergesundheit auch in anderen Bereichen, nicht nur im psychosozialen, eher unterbelichtet ist. Deswegen ist es sehr gut, einen Männergesundheitsmonat zu haben. Vielleicht haben Sie dazu auch noch einen Anknüpfungspunkt.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Zander!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Bei Männern ist es wohl so, dass sie beim Suizid auch andere Methoden wählen als Frauen, weshalb die Quote dort sehr viel höher ist, und dann haben wir mit der geringeren Öffnung von Männern gegenüber anderen auch noch einen weiteren Grund. – Da schon viele andere Fragen gestellt worden sind, will ich mich auf zwei wesentliche beschränken. Sie haben die Hotspots genannt und dass es ein guter Ansatz wäre, wenn allein die Möglichkeiten weniger werden, an denen man sich umbringen kann, also dass man dadurch Suizide verringern kann. Wie viele haben Sie denn in Berlin ausgemacht beziehungsweise wie groß ist die Anziehungskraft, dass es darüber hinaus auch Menschen außerhalb Berlins dort hinzieht, sozusagen als besonderen Ort, um sich umzubringen? Werden diese Örtlichkeiten auch von Nichtberlinern aufgesucht?

Herr Geißler! Wenn Sie jetzt die Strategie entwickelt haben, können Sie noch einmal auf den Punkt bringen: Wo haben Sie die größten Defizite beziehungsweise Lücken gesehen? Wo haben Sie andererseits vielleicht auch Doppelstrukturen et cetera gesehen, die man besser organisieren könnte, um bessere Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu erbringen? Gibt es eigentlich ein standardisiertes Vorgehen bei hospitalisierten Menschen nach einem Suizidversuch, also wie man auf diese zugeht, wie man sie im Nachgang berät und wie lange man diese Menschen dann im Schnitt begleitet? Sie haben auch gesagt, es sei ein Irrglaube anzunehmen, wer sich einmal versucht hat umzubringen, wird das immer wieder versuchen. Aber wie lange müsste man dann quasi dranbleiben, um das erfolgreich zu verhindern?

Dann noch einmal zu den Zahlen von Frau Prof. Wagner: Sie haben die Bundesländer mit einer hohen Suizidrate gezeigt. Dabei ist mir aufgefallen, dass diese zwar im Schnitt höher ist, aber in Berlin Männer und Frauen sehr viel mehr angeglichen waren als in Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen. Dort lag die Suizidrate bei Frauen noch unter der in Berlin. Deshalb würde ich gerne eine Frage an Sie alle stellen: Können Sie noch etwas zu den Berlinspezifika sagen? Warum ist diese Schere in Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt so weit auseinander, und warum liegt das in Berlin relativ dicht beieinander? Berlin ist sozusagen ein Ausreißer bei der allgemeinen Verteilung von 71,5 Prozent Männern und dem Rest Frauen. Was ist das Besondere an der Situation in Berlin, weshalb hier auch relativ viele Frauen betroffen sind?

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt sind noch Frau König und Frau Knack an der Reihe, und dann haben wieder die Anzuhörenden das Wort. – Frau König!

Bettina König (SPD): Zu Beginn möchte ich kurz sagen: Eine Gesellschaft immer schlechtzureden, Vertrauensverlust in Politik und Institutionen zu befördern, die Gesellschaft zu spalten, Ängste zu schüren, wie und wo man kann, Gruppen gegeneinander aufzuhetzen und Vorurteile zu schüren: Das alles führt, glaube ich, zu einer Stimmung hier im Land, die sowohl für die mentale Gesundheit des Einzelnen als auch für das solidarische Miteinander sehr schwierig ist. – [Carsten Ubbelohde (AfD): Sie verwechseln Ursache und Wirkung!] – Darüber können Sie auch gerne einmal nachdenken, über Ursache und Wirkung, aber ich würde jetzt gerne meinen Redebeitrag fortsetzen.

Ansonsten habe ich konkrete Fragen an die Anzuhörenden. Erst einmal möchte ich mich für den Input bedanken, den Sie hier gegeben haben! Ich würde gerne von Herrn Ochel wissen: Sie haben, glaube ich, nichts zum Altersdurchschnitt der Menschen gesagt, die sich melden. Das würde mich noch interessieren: Wer wendet sich besonders an den Berliner Krisendienst, und stellen auch Sie fest, dass es mehr Männer als Frauen sind – oder eben gerade nicht, weil es Männern schwerer fällt, proaktiv Hilfsangebote anzunehmen? Dann würde ich auch noch gerne wissen, wie oft es im Schnitt vorkommt, dass Sie Menschen direkt in die Klinik begleiten. Sie haben gesagt, an dem Tag, von dem Sie berichtet haben, haben Sie bei zwei Personen eine Begleitung in die Klinik vorgenommen.

Von neuhland möchte ich gerne wissen: Wie hoch ist ungefähr der Anteil von Betroffenen und der Anteil von Freunden, die sich mit Sorgen um ihre jugendlichen Freunde an Sie wenden? Auch an Sie möchte ich die Frage nach Alter und Geschlecht richten, und ich würde außerdem gerne wissen, ob Sie auch direkt Workshops in Schulen für Lehrkräfte oder Schüler anbieten, und wie viele Betroffene Sie vor Ort beraten und wie viele doch eher telefonisch. Vielleicht können Sie auch noch kurz – ich weiß, da ist der Träger die Caritas, also Sie oder auch Herr Geißler – auf das Angebot [U25] eingehen. Für wie hilfreich halten sie es, dass es solche Möglichkeiten gibt, und müsste man hier vielleicht noch mehr machen?

Von der Fachstelle würde ich gerne noch wissen, ob Sie die Sichtbarkeit von Hilfsangeboten in der Stadt für ausreichend halten, also ob Sie denken: Jemand, der Hilfe sucht, findet sie auch leicht. – Können Sie auch noch etwas zu Hilfsangeboten für unterschiedliche Zielgruppen sagen?

Dann würde mich noch die Rolle der Krankenhäuser interessieren, daher die Frage an alle: Wie bewerten Sie diese als Experten, wenn ein Betroffener ins Krankenhaus kommt? Was sind das für Zustände? Wie wird er aufgenommen? Wie wird er begleitet und betreut? Wie bewerten Sie die Zustände in den Psychiatrien? Das ist ja alles auch nicht ganz einfach. Müsste man vielleicht an der Stelle noch mehr tun und ansetzen?

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Knack!

Lisa-Bettina Knack (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Sehr geehrte Anzuhörende! Vielen herzlichen Dank! Ich habe zwei spezifische Fragen zu Fachkräften, und zwar weiß ich, dass die Fachstelle für Suchtprävention beispielsweise Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und auch Erzieherinnen und Erzieher zu Fachkräften ausbildet, die dann vor Ort als Multiplikatoren wirken können. Sie haben dazu eine Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule und/oder der Evangelischen Hochschule, die sich auf Sozialarbeit spezialisiert hat, und dementsprechend ist dann die Fachschule von der Schulsozialarbeit direkt vor Ort. Das heißt, sie können Workshops durchführen, sie können mit den Eltern in das Gespräch gehen, und gerade die präventive Arbeit fängt genau in diesem Bereich an. Das heißt, ganz viele Kinder und Jugendliche können theoretisch schon da abgeholt werden, wenn Fachkräfte und Ansprechpersonen vor Ort im Schulsystem eingegliedert sind. Das ist ähnlich wie mit IseFs, also dass es so niedrigschwellig wie möglich und der Multiplikatorenfaktor besonders hoch ist.

Zweitens möchte ich wissen, wie die Vernetzung beziehungsweise Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren vor Ort ist, also etwa SIBUZ, KJPD, Sozialarbeit und auch Trägern, vielleicht sogar Hochschulen. Wird sich da regelmäßig ausgetauscht, oder gibt es so eine Art Runden

Tisch, um die ganzen Schnittstellen miteinander abzugleichen beziehungsweise alle auf demselben Stand zu haben, wo vielleicht gerade bestimmte Krisen sind, auch an Schulen? Denn diese sind meistens sehr vulnerabel.

Als Drittes möchte ich gerne wissen, inwiefern die Gefahr über Social Media in die aktuelle Arbeit einbezogen wird. Auf TikTok gibt es beispielsweise PinkTok, wo man sich dem Drogenkonsum hingeben kann und gesagt wird: Was kann man miteinander mischen und was nicht? – Das gibt es auch für den Bereich Suizid, wo Methoden ausgetauscht werden, mit bestimmten Hashtags und verschlüsselten Botschaften. Wird darauf eingegangen beziehungsweise wie begegnen Sie diesen Bubbles, in denen sich Jugendliche oder junge Erwachsene bewegen, die in Form dieser Videos oft auch bestärkt werden, diesen Schritt wirklich final zu gehen? Nur, weil man suizidale Krisen hat, heißt das nicht automatisch, dass man wirklich diesen letzten Schritt geht, aber gerade durch diese Bubbles und diese Videos, die man streckenweise sieht, wird man im Prinzip teilweise dazu ermutigt, diesen finalen Schritt zu gehen. Haben Sie da Systeme, oder sind Sie selbst auf TikTok aktiv, um darüber aufzuklären, um dort gezielt hineinzugehen? Ich weiß, das ist immer sehr zeitaufwendig, aber das wären ja vielleicht zwei, drei Maßnahmen, die Sinn machen würden. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Beantwortung und fangen mit Frau Prof. Wagner an.

Dr. Birgit Wagner (MSB Medical School Berlin): Herzlichen Dank für Ihre Fragen! – Ich fange als Erstes mit der Thematik an, inwieweit Männersuizidalität mit den gesellschaftlichen Strukturen innerhalb Deutschlands zu tun hat. Männersuizidalität, also dieses Phänomen, dass fast drei Viertel der Suizide durch Männer begangen werden, ist kein deutsches Phänomen, sondern es ist ein internationales Phänomen, von Japan über Dänemark und Australien bis in die USA. Daraus kann man jetzt nicht spezifisch deutsche gesellschaftliche, vielleicht auch politische Veränderungen ablesen. Dafür gibt es keinerlei Evidenz.

Warum Männer besonders gefährdet sind? – Wir haben gerade zusammen mit unterschiedlichen Hochschulen und Universitäten ein Forschungsverbundprojekt zur Männersuizidalität durchgeführt. Es kam heraus, dass Männer, wie Sie es eben schon richtig sagten, fast immer härtere Methoden, also auch erfolgreichere Suizidmethoden, nutzen. Diese werden auch häufiger unter Alkohol- und Drogenabusus gewählt, was die Hemmschwelle noch niedriger macht, diese Methoden tatsächlich durchzuführen. In verschiedenen Studien hat sich immer wieder gezeigt, dass Männer, wenn sie selbst in einer Krise sind, durchaus eher noch in einem traditionellen Männerbild leben. Das heißt, wenn man in Schwierigkeiten ist oder Probleme hat, wird sich seltener Hilfe gesucht. Es gibt auch weniger Ansprechpartner in ihrem sozialen Umfeld. Das ist bei Frauen deutlich anders. Diese würden eher mit ihrer Freundin sprechen oder Psychotherapie in Anspruch nehmen. Männer sind in ihrer Problemlage viel zurückgezogener und haben weniger soziale Kontakte, bei denen sie sich öffnen können.

Dann gab es noch das Thema des assistierten Suizids. Danke, dass Sie das Thema aufgebracht haben! Das ist natürlich ein Thema, das uns in der Suizidprävention sehr beschäftigt. Die Themen, die Sie aufgebracht haben, sind auch tatsächlich: Wie kann man die normalen Suizide von assistierten Suiziden abgrenzen? – Wir sehen aus der Forschungsperspektive und auch in verschiedenen Kontexten, Palliativmedizin und so weiter, durchaus einen Unterschied zwischen Suiziden und assistierten Suiziden. Der Unterschied liegt vorwiegend darin, dass ein

assistierter Suizid häufig über viele Jahre geplant ist und sich gedanklich damit auseinandergesetzt wird. Das sind oft lange Prozesse, die dem vorausgehen. Die normalen Suizide basieren häufig auf psychischen Erkrankungen. Bei etwa 60 bis 80 Prozent liegen psychische Erkrankungen vor. Das heißt also, dass es eine andere Ausgangslage ist, dass die Menschen auch mehr von Hilfe profitieren würden.

Gleichzeitig gibt es auch eine Überlappung von psychischen Erkrankungen und assistierten Suiziden. Das ist hier vielleicht nicht unbedingt gerade das Thema, weil es den Rahmen sprengen würde, aber wir haben das schon immer wieder. Wir haben auch eine Beratungsstelle für Angehörige, für Betroffene von assistiertem Suizid bei uns in der Spezialsprechstunde, und da sehen wir schon, dass es Beratungsbedarf für die Sterbewilligen gibt, weil es oft eine Gemengelage oder Problemlage ist, die unter Umständen eine Beratung erfordert – also nicht eine Beratung, die vom assistierten Suizid abrät, sondern dass man sich einfach einmal die Ambivalenzen anschaut. Diese Ambivalenzen sind auch das, womit wir in der Suizidprävention arbeiten. Vielleicht sind es nur 10 Prozent, die für das Leben sprechen, aber diese 10 Prozent können wir vielleicht im Krisendienst oder bei der Telefonseelsorge oder irgendwo noch abfangen.

Dann gab es noch die Frage zu den pflegenden Angehörigen. Wir wissen aus der Forschung, dass es für die Angehörigen, seien sie pflegend von psychisch Kranken, von älteren Menschen oder komorbid erkrankten Menschen, eine hochbelastende Lebenssituation ist, die meistens mit einem hohen Stresserleben und vielleicht Depression oder psychischen Erkrankungen einhergeht. Dass diese Gruppe jetzt allerdings besonders suizidgefährdet ist, dazu kenne ich keine Studie. Wenn wir uns aber pflegende Angehörige im Kontext von suizidalen Menschen anschauen, spielen sie natürlich trotzdem eine ganz wichtige Rolle als Gatekeeper, also diejenigen, die vielleicht indirekt den Auftrag haben, Suizide zu erkennen, Verhaltensweisen zu erkennen und diese auch zu verhindern, den Betroffenen in die Klinik zu bringen oder Psychotherapie zu suchen. Auch da bedarf es besserer Aufklärung und Schulung, was diese Angehörigen überhaupt tun sollen. Sollen sie den Rettungsdienst anrufen? Wie nehmen sie überhaupt Veränderungen wahr?

Das vielleicht auch noch einmal zum Thema Männersuizidalität: In unserer Studie, in der wir Angehörige befragt haben, die einen Mann durch einen Suizid verloren haben, haben wir festgestellt, dass die Männer zwar alle – sehr indirekt – über ihre suizidalen Absichten gesprochen haben, aber eben so chiffriert und indirekt, dass die Angehörigen das gar nicht wahrgenommen haben. Sie sagten dann: Mir geht es gerade nicht gut. Oder: Wie soll es weitergehen? – Aber das haben die Angehörigen nicht als Signal wahrgenommen, und das ist vielleicht genau das, was dann hinterher zu Schuldgefühlen und Verantwortlichkeit am Suizid führt.

Dann haben wir noch das Thema: Wie sieht es aus nach einer Hospitalisierung aufgrund eines Suizidversuchs oder suizidalen Krisen? – Man muss schon sagen, dass da noch sehr viel Luft nach oben ist, weil das meistens ein Entlassmanagement ist, das nicht unbedingt strukturiert ist, auch wenn man sich das deutschlandweit anschaut. Die Menschen werden häufig einfach entlassen. Bestenfalls gibt es noch eine Sozialarbeiterin, die weiterhilft oder versucht, einen Psychotherapieplatz zu finden, aber da braucht es viel bessere Strukturen. Es gibt wunderbare internationale Programme, die bei diesem Entlassmanagement sehr wirksam sind. Da gibt es mit Sicherheit viel Schulungsbedarf und einen deutlichen Verbesserungsbedarf.

Dann gab es noch die Frage zu den Auslösern von Suiziden. Gibt es bestimmte Situationen, Krisen, gesellschaftliche Themen, die Auslöser sind? – Wir in der Suizidpräventionsforschung sagen immer: Ein Suizid ist ein multifaktorielles Ereignis. Selten nimmt sich jemand nur wegen eines Auslösers das Leben, weil vielleicht ein Ablehnungsbescheid gekommen ist oder bei Jugendlichen vielleicht eher Liebeskummer. Da sind oft noch viele andere Themen, die eine Rolle spielen. Das heißt also, wir können nicht zuverlässig sagen, dass es ganz klassischerweise diesen einen einzigen Risikofaktor gibt, der letztendlich eins zu eins zu einem Suizid führt. Psychische Erkrankungen, Alkohol, Drogen, vielleicht alkoholkranke Eltern, all das, was ich vorhin dargestellt habe, spielt einzeln für sich eine Rolle, ist aber als multifaktorielles Zusammenspiel zu sehen – und das macht es auch so schwierig. Wir wären in der Suizidprävention vielleicht weiter und hätten mehr Evidenz, was wirklich zu 100 Prozent wirkt, wenn wir das besser ausmachen könnten.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir jetzt zu Herrn Ochel.

Benjamin Ochel (Berliner Krisendienst): Vielen Dank! – Eingangs möchte ich gerne sagen, dass aus meiner Sicht eine Politik, die auf Spaltung und Hetze ausgelegt ist, der seelischen Gesundheit unserer Stadt nicht guttut. Ich möchte auch gerne sagen, dass wir in Berlin ein sehr ausdifferenziertes Hilfsangebot haben. Sie haben den Begriff der Doppelstrukturen genannt, also Stellen, die dieselben Aufgaben haben. Das sehe ich tatsächlich nicht so. Wir versuchen hier zu beschreiben, dass das, was wir tun, ein komplexes Unterfangen ist und dass an vielen verschiedenen Stellen mit unterschiedlichen Maßnahmen gearbeitet wird, die ineinandergreifen und sich nicht gegenseitig überflüssig machen.

Das Stichwort Vernetzung ist in einigen Fragen gefallen. Uns ist ganz wichtig, dass wir uns spezifisch zum Thema Suizidprävention vernetzen. Wir sind natürlich darüber hinaus in unseren regionalen Zusammenhängen auch mit den anderen Einrichtungen in Kontakt. Es ist ganz wichtig – das wurde teilweise schon erwähnt –, dass wir in dieser komplexen Hilfelandschaft in der Lage sein müssen, Menschen zielgerichtet weiterzuverweisen. Wenn ich nachts um 2 Uhr jemanden bei mir sitzen habe, und wir besprechen eine suizidale Krise, dann können wir die suizidale Krise zu diesem Zeitpunkt hoffentlich gut bearbeiten und den Menschen unterstützen, wo er/sie dann hingehen kann, um die Probleme, die noch mit seinem Leben zusammenhängen, zu bearbeiten.

Dafür ist es ganz wichtig, dass wir als Einrichtungen voneinander wissen und mitbekommen, was es für Entwicklungen gibt, um die Menschen zielgerichtet weiterverweisen zu können. Das tun wir im Netzwerk für Suizidprävention. Das haben wir, wie eingangs schon gesagt, seit 2018 aufgebaut. Das ist aber eine Arbeit, die sich nicht nebenher macht. Wir haben mittlerweile um die 80 Organisationen im Netzwerk für Suizidprävention, die sich zweimal im Jahr treffen, aber auch viel auf anderen Kanälen im Austausch sind. Das ist eine Tätigkeit, die sich nicht so nebenbei macht, aber ganz zentral für unsere Arbeit ist, um auch Ihnen zurückmelden zu können, was es in der Stadt noch braucht.

Frau König! Sie haben spezifisch zum Krisendienst nachgefragt, was bei uns ankommt. Man muss dazu sagen: Wir arbeiten anonym. Das ist ein ganz wichtiges Qualitätsmerkmal unserer Arbeit, sodass wir Daten wie Alter meistens nur geschätzt angeben können. Bei uns ist es so, dass ungefähr 65 Prozent der Menschen, die zu uns kommen, eher weiblich gelesenen Ge-

schlechts und 30 Prozent eher männlich gelesenen Geschlechts sind. Das ist ein bisschen höher als in manchen anderen Einrichtungen der Sozialen Arbeit, aber das, was Frau Prof. Wagner in Bezug auf das Hilfesuchverhalten gesagt hat, spiegelt sich auch da wider, nämlich dass Männer vielleicht eher seltener Beratungsstellen wie unsere aufsuchen – ohne dass ihre Not oder ihr Bedarf anders wäre.

Ungefähr 60 Prozent der Menschen, die zu uns kommen, kommen aus dem Bereich der Erwachsenen, sind also über 20 und bis 60 Jahre alt. 5 bis 7 Prozent, würde ich sagen, sind unter 18 Jahren alt, wobei wir – auch wenn wir das statistisch nicht wirklich nachweisen können – in den letzten Jahren sehr deutlich den Eindruck haben, dass sich mehr Kinder und Jugendliche, vor allem aber auch mehr Eltern, die sich um Kinder und Jugendliche Sorgen machen, an den Berliner Krisendienst wenden. Diese werden natürlich bei uns beraten, es ist aber auch ganz wichtig, dass es dann Systeme wie beispielsweise die Beratungsstelle neuhland gibt, an die wir verweisen können, damit dort wirklich zielgruppenspezifisch – darauf komme ich gleich noch – mit den Menschen weitergearbeitet werden kann. Ungefähr 15 Prozent der Menschen, die zu uns kommen, sind älter als 65 Jahre. So teilt sich das ungefähr auf.

Sie haben nach dem Berliner Krisendienst und Kliniken gefragt. Tatsächlich ist es so, dass wir es in den allermeisten Fällen hinbekommen, mit den Menschen eine Lösung zu finden, die die Klinik nicht erforderlich macht. Aber natürlich sind wir mit den Kliniken gut vernetzt. Wir kennen uns vor Ort. Wir haben Absprachen mit den Pflichtversorgern, den Psychiatrien, dass wir, wenn es irgendwie geht, falls wir Menschen in die Klinik begleiten, nicht ganz so lange warten müssen, wenn wir in die Rettungsstelle kommen, oder dass wir, wenn die Ratsuchenden das möchten, vorher anrufen und mit der Ärztin oder dem Arzt vom Dienst die Situation besprechen und so den Aufnahmeprozess ein bisschen einfacher gestalten können.

Tatsächlich hatten wir im vergangenen Jahr in Beteiligung des Krisendienstes nur 23 Klinikaufnahmen, die mit Zwang erfolgt sind. Wir haben keine hoheitlichen Rechte wie der Sozialpsychiatrische Dienst. Wenn wir aber jemanden haben, bei dem wir sagen, dass es nicht anders geht, sei es durch Selbst- oder Fremdgefährdung, jemand also einer Krankenhausaufnahme bedarf und das nicht will, dann müssen wir die Polizei hinzuziehen. Das war aber im vergangenen Jahr nur 23-mal der Fall, und wir hatten auch nur – in Anführungsstrichen – 94 Klinikaufnahmen, die von uns begleitet wurden. Ich finde, das zeigt ganz deutlich, dass die Menschen beim Krisendienst einen Ort finden, an dem sie durch die Art, wie wir arbeiten, ambulant unterstützt werden. Wir sind keine stationsäquivalente Behandlung, wir sind ein psychosoziales Unterstützungsangebot. Wir können Menschen aber auch über einen gewissen Zeitraum begleiten, sie zu Folgeterminen zu uns einladen, täglich oder über mehrere Wochen, und so eine Krise mit ihnen gemeinsam bewältigen.

Wo wir bei den Krankenhäusern sind: Diese sind natürlich ein ganz zentraler Teil des Versorgungssystems, wenn wir über Suizidprävention sprechen. Wenn wir Menschen dorthin begleiten oder ihnen empfehlen, dorthin zu gehen, dann machen wir das, weil wir wissen, dass sie dort an einem sicheren Ort sind. Wir machen das oftmals aber auch mit dem Nebengedanken, dass ein sicherer Ort einer psychiatrischen Akutstation nicht unbedingt ein ruhiger oder angenehmer oder schöner Ort ist. Manchmal ist es aber notwendig, und ich möchte da die Arbeit der stationären Kolleginnen und Kollegen nicht irgendwie geringer schätzen. Dass das keine angenehmen Orte sind, liegt natürlich daran, dass sie sehr stark frequentiert werden und viele Menschen mit großer Not zusammenkommen.

Ich würde mir tatsächlich das wünschen, was wir gerade schon gehört haben, nämlich eine strukturierte Entlassvorbereitung und Nachsorge von Menschen nach Suizidversuch. Das gibt es vereinzelt, aber nicht flächendeckend, und im Übrigen gibt es dazu auch keine Daten. Das Thema Daten ist für uns aber ganz wichtig. Wir wissen gar nicht, wie viele Suizidversuche es in Berlin gibt und was mit den Leuten dann passiert. Dazu haben wir Ideen, aber wir wissen nichts darüber. Frau Wahlen hatte die Frage: Was wäre noch nötig? – Genau das. Wir brauchen auf jeden Fall mehr Daten, um wirklich gut an diesen Anknüpfungspunkten arbeiten zu können, die es gibt, also zum Beispiel die Nachsorge von Menschen nach Suizidversuch oder Hotspots, sowohl baulich als auch in Bezug auf andere Suizidmethoden, das finde ich total wichtig. Die Antwort auf die Frage, wo diese in Berlin sind, ist aber: Das wissen wir nicht. Dazu gibt es keine Daten, außer vielleicht anekdotische Überlegungen, wie: Ich habe gehört, da ist so ein Hochhaus, oder man hört immer von diesem Bahnhof. – Aber wirklich solide Daten, mit denen wir dann zu Politik und Verantwortungsträgern, deren Gebäude es sind, gehen und ganz klar sagen können, was dort passiert, gibt es nicht.

Uns sind ganz wichtig Aufklärung und Enttabuisierung. Wir wollen, dass die Menschen miteinander sprechen, und wenn sie miteinander sprechen, dass sie auch wissen, wie sie ein schwieriges Thema wie Suizidalität ansprechen und was sie tun können, wenn jemand sagt: Stimmt, ich habe tatsächlich Gedanken, mir das Leben zu nehmen. – Wir wollen auch, dass sie wissen, wie und wo sie Unterstützung finden können, wenn sie in einer Situation sind, in der sie nicht weiter wissen. Also: Aufklärung, Enttabuisierung, Menschen fit machen. Ich halte die Mental-Health-First-Aid-Kurse für eine ganz großartige Initiative, die auch vom Senat mitgefördert wird. Ich mache diese Arbeit jetzt seit über 20 Jahren, habe mir aber vor ein paar Monaten selbst einen Mental-Health-First-Aid-Kurs als Teilnehmender gegönnt und fand ihn richtig klasse. Das kann ich allen nur empfehlen und fände es gut, wenn das weiter gefördert wird.

Das ist jetzt nicht neu, aber das Thema Gesundheitskompetenz für Kinder und junge Leute muss in die Schulen. Wir machen dazu mit unseren Angeboten, soweit wir es schaffen, auch Schulworkshops. Die Nachfrage ist riesig. Der Bedarf ist immens. Das können wir überhaupt nicht leisten, und es ist absolut wichtig, dass junge Leute es als eine Daseinsnormalität mitbekommen, dass es einfach mal nicht gut gehen kann und was man dann machen kann.

Das Thema des selbstbestimmten Sterbens als Grundrecht und wie das abgegrenzt wird, ist für uns in der Suizidprävention natürlich eine Riesenherausforderung. Ich würde mir nicht anmaßen, die Entscheidung für andere Menschen treffen zu wollen, was sie mit ihrem Leben machen. Allerdings sind sehr viele Menschen, die sich mit Suizidalität beschäftigen, die Suizidgedanken haben, tatsächlich von psychischen Erkrankungen betroffen. Das ist auf jeden Fall so, das zeigt die Erfahrung. Als Sozialarbeiter würde ich es aber noch ein bisschen anders formulieren: Die allermeisten Menschen, die sagen, dass sie nicht weiterleben wollen, meinen eigentlich – man bekommt das heraus, wenn man mit ihnen spricht –: Ich will so nicht weiterleben, wie es gerade ist. – Die Menschen, die akute Suizidgedanken haben, eint, dass sie so eine Art Tunnelblick entwickeln und nicht mehr links und rechts sehen können, was es vielleicht noch für Möglichkeiten gibt.

Dort setzen wir an und sagen: Okay, ich höre das, ich nehme das ernst, aber wir können einmal gemeinsam überlegen: Was ist es tatsächlich, was es gerade so schwierig macht, und können wir dich vielleicht unterstützen, an der einen oder anderen Stellschraube zu drehen, damit dieses „So nicht weiterleben“ nicht zu einer katastrophalen Konsequenz führt, die es dann auch nicht mehr möglich macht, dass es irgendeine andere Entwicklung geben kann? Es geht also darum, mit Ambivalenzen zu arbeiten. Das sind die Menschen, die zu uns kommen. Menschen mit einem gefestigten Wunsch nach assistiertem Suizid, die sich damit auseinandergesetzt haben, kommen eher selten beim Berliner Krisendienst oder in dem, was wir als niedrigschwellige Suizidprävention verstehen, an.

Was bedeutet zielgruppenspezifisch? – Das heißt, dass unterschiedliche Menschen, die Suizidgedanken haben, unterschiedliche Ansprachen benötigen. Der Begriff [U25] fiel eben schon. Das ist eine Einrichtung, die es bundesweit gibt. Das ist ein Caritas-Projekt. Wir haben in Berlin auch einen Ableger davon, der dankenswerterweise von der Senatsverwaltung für Gesundheit mitfinanziert wird. Da haben wir einen Peeransatz, also dort beraten nicht die Sozialarbeitenden die suizidgefährdeten Jugendlichen, sondern die Sozialarbeitenden ermächtigen, unterstützen und bilden Jugendliche aus, die es dann selbst als ehrenamtliche Arbeit machen, andere Jugendliche zu unterstützen, und zwar in einem anonymen Onlinesystem. Sie bekommen sich also gar nicht zu Gesicht, sondern sie schreiben sich so eine Art Mail und haben dann eine ganz andere Gesprächsgrundlage, eine ganz andere Kontaktgrundlage als wir Profis das hätten. Da sind junge Leute direkt miteinander in Kontakt und können sich auf Augenhöhe miteinander unterhalten. Das ist ein Beispiel dafür. Das kann ich als Krisendienst nicht leisten.

Auch da gibt es dann Überschneidungen. Wenn in dieser Beratung die Peerperson der Ansicht ist, dass es eine brenzlige Situation ist, und die Sozialarbeitsperson das auch so sieht, dann kann man versuchen – es ist ja anonym – zu fragen: Gibt es in deiner Stadt Unterstützungsmöglichkeiten, wo du hingehen könntest? – Wenn wir dann Glück haben, ist die Person in Berlin und man kann sagen: Okay, du kannst zum Berliner Krisendienst gehen und wirst dort anonym und kostenlos beraten. – In anderen Regionen geht das vielleicht nicht. Das ist aber nichts, was sich gegenseitig überflüssig macht, sondern ineinandergreift. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank für diese spannenden Einblicke! – Dann kommen wir zu Frau Löschber.

Sibylle Löschber (Beratungsstelle neuhland): Vielen Dank! – Ich würde gerne als Erstes ein mögliches Missverständnis korrigieren, das gleich zu Beginn aufkam. Es ist nicht zu einer Zunahme von Suiziden durch Männer auf 71 Prozent gekommen, sondern das ist das Verhältnis, das wir seit vielen Jahren so sehen. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass wir das korrigieren. Das ist kein Ergebnis der Politik der letzten Jahre, sondern etwas, das sich weltweit so finden lässt, und auch über die letzten Jahre.

Ich fange hinten bei den Fragen an, die gestellt wurden. Sie haben gefragt, was unser Klientel ist und zu wie viel Prozent wir welche Beratungen machen, und dann noch die Frage nach Vernetzung und sozialen Medien gestellt. Bei uns in der Beratungsstelle sind alle willkommen, unabhängig von Geschlecht, gelebtem Geschlecht, Bezirk, Alter – wir sind natürlich beschränkt auf bis zu 25 Jahre –, unabhängig vom Elternhaus, dem sozialen Status und auch der Partei, die zu Hause gewählt wird. Das spielt bei uns überhaupt keine Rolle. Die Beratung kann auch anonym erfolgen. Wir erfassen grundsätzliche Daten, die aber aufgrund der Anonymität beschränkt sind. Das muss ich vorwegnehmen. Ich kann aber dazu Auskunft geben: 30 Prozent der Beratungen, die wir durchführen, sind Fachberatungen. Das heißt, das sind genau diese Menschen, die mit den jungen Menschen Kontakte haben und mit ihnen arbeiten. Das sind Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter, Lehrkräfte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Fachkräfte aus Kliniken, die bei uns anrufen. Das sind Menschen aus Sportvereinen, die sich bei uns melden. Das sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aus anderen Einrichtungen, die sich bei uns in Echtzeit Beratung holen oder aber sagen: Wir brauchen etwas mehr Zeit. Hier ist ein Fall, der das gesamte Team beschäftigt. Wie können wir diesem jungen Menschen am besten helfen?

Etwa 20 Prozent sind An- und Zugehörige, die wir beraten. Das kann die Nachbarin sein oder beste Freunde oder eben die Sorgeberechtigten. Etwa 50 Prozent sind die Betroffenen selbst, die wir beraten, die sich entweder bei uns melden oder – und das ist unfassbar wichtig – durch andere Menschen zu uns gebracht werden, also dass jemand sagt: Komm, ich baue dir die Brücke. Wir gehen da mal hin. Wir sprechen mal. Das ist ein angstfreier Raum. – Denn wenn man von Suizidgedanken spricht, besteht sehr häufig die Angst, dass man als verrückt oder Psycho abgestempelt oder gesagt wird: Du willst ja nur Aufmerksamkeit. – An dieser Stelle von mir: Ja, diese Menschen brauchen Aufmerksamkeit. Das ist aber nichts Schlimmes, sondern es ist ganz wichtig, dass sie das so äußern.

70 Prozent der jungen Menschen, die wir entweder beraten oder die über Fachberatungen angefragt werden, geben an, dass sie weiblich sind, 28 Prozent männlich und 2 Prozent divers. Wir beraten bis zu einem Alter von 25 Jahren, hauptsächlich eine Altersgruppe von 10 bis 25, mit dem Fokus auf 15 bis 18 Jahre. Das ist die Gruppe, in der sich die Anfragen ballen. Allerdings habe ich letztes Jahr zum Beispiel auch eine Beratung von Mitarbeitenden einer Kita durchgeführt. Dort hatte sich eine junge Mutter das Leben genommen, und betroffen war das vierjährige Kind. Die Mitarbeitenden waren nicht nur persönlich sehr betroffen. Wo finden sie einen Ort, wo sie das lassen können? – Das machen wir auch, das wurde schon angesprochen. Die Fachkräfte brauchen auch Unterstützung: Wie gehen wir mit diesem Kind um? Wir reagieren wir auf die anderen Eltern, die ebenfalls betroffen sind, und wie gehen wir mit den anderen Kindern um? – Das ist auch etwas, was wir machen.

Damit gehe ich gleich zum Thema Vernetzung über. Wir machen Fortbildungen mit all diesen Personen, die ich gerade genannt habe. Es gibt natürlich gemeinsame offizielle Runden und

Gremien, in denen wir sitzen, AGs in den Bezirken und Unterarbeitsgruppen, in denen wir beteiligt sind und uns mit den anderen Agierenden über die Bedarfe austauschen. Wir sind natürlich im Netzwerk für Suizidprävention, und da will ich eine Frage noch kurz beantworten: Führen die Vernetzung und das Hochfahren dieser Hilfen und die Tatsache, dass man das jetzt an einem Ort bündelt, zu einem Anstieg der Suizidzahlen? – Nein. Die Suizidzahlen fluktuieren immer ein bisschen. Insgesamt ist es uns aber in den letzten Jahrzehnten gelungen, die Suizidraten in Deutschland deutlich zu senken.

Wir sind in Universitäten und geben dort Infoveranstaltungen. Wir machen ganz niedrigschwellige Angebote für die Sozialarbeitenden in den Schulen, die, wie gesagt, unter der Woche von 9 bis 18 Uhr immer eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter am Telefon bei uns erwischen und sich in Echtzeit Beratung holen können. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten rufen uns aus den Sitzungen heraus oder in Vor- oder Nachbereitung von Gesprächen an. Wir versenden Plakate an die Schulen. Wir machen Infoveranstaltungen. Eine Frage war auch, ob wir Workshops für Schulklassen anbieten. Ja, allerdings ist es so: Wir müssen entscheiden – und ich wünschte, das müssten wir nicht: Beraten wir jetzt den einen jungen Menschen in Not, oder bieten wir eine anderthalbstündige Infoveranstaltung für eine Schulklasse an? Es gibt Zeiten, da müssen wir entscheiden. Es wäre schöner, wenn wir nach Fachlichkeit entscheiden könnten und nicht danach, wie viele Personen zur Verfügung stehen. Aber: Ja, wir machen das, wir machen das sehr gerne, und es ist total wichtig. Wir laden die Klassen sehr gerne zu uns in die Beratungsstellen ein – wir haben ja zwei –, damit sie lernen, wie es ist, über die Schwelle in ein solches Hilfsangebot zu schreiten, um die Ängste zu senken, so etwas in Anspruch zu nehmen. Denn: Nein, man ist nicht verrückt.

Mit SIBUZ und KJPD sind wir selbstverständlich vernetzt. Da gibt es manchmal auch einen kurzen Anruf, aber die Betroffenen selbst müssen die Hilfe in Anspruch nehmen. Während es bei uns in der Beratungsstelle möglich ist, ohne Krankenversicherung und vor allen Dingen – das ist ganz wichtig – ganz zu Beginn auch, ohne dass die Eltern mitkommen müssen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist das bei den KJPDs anders. Da braucht man eine Krankenkassenkarte, die Eltern müssen Bescheid wissen, und das ist bei jungen Menschen häufig ein Problem. – [Dr. Claudia Wein (CDU): Nein!] – Sie schütteln den Kopf. – Aber niedrigschwellig bedeutet, dass man erst einmal so kommen darf. Mit ihnen sind wir aber auch vernetzt und sitzen gemeinsam an Tischen. Wir haben gemeinsame Austausche direkt bei uns. Wir hatten kürzlich die Sozialarbeitenden aus den Kliniken vor Ort, um zu besprechen: Wie können wir passgenaue Hilfen leisten?

Sind wir auf Social Media? – Ja, aber nicht so aktiv, wie wir es gerne wären, denn wie Sie schon gesagt haben, erfordert es unheimlich viel Zeit. Dann gehen wir doch lieber ans Telefon, als dass wir Social Media pflegen. Wir müssten es aber eigentlich, denn wir können uns davor nicht versperren. Das ist Teil der Lebensrealität. Wenn ich zum Beispiel herumschaue, wie viele gerade das Handy in der Hand haben, da geht es den Jugendlichen nicht anders. So wachsen sie auf, und wir können davor nicht die Augen verschließen. Leider ist es so, dass Social Media in die Schutzräume eindringt, die wir versuchen zu schaffen. Wir müssen uns andere Konzept überlegen, aber wir haben darauf keine klugen Antworten. Das ist nicht schnell herbeigeredet. Aus meiner Sicht und aus den Beratungen mit den jungen Menschen finde ich, dass das ein Bereich ist, auf den wir tatsächlich einen Fokus legen sollten. Das Thema Medienkompetenz im Bereich Gesundheit ist heute schon gefallen. Ich soll ja aus meinen Erfahrungen berichten, und ich würde eher dazu raten, dort gut hinzuschauen. Wie

können wir junge Menschen da stützen, und wie können wir mit ihnen darüber reden, ohne das zu verurteilen? Denn es ist Teil ihres Lebens, und wenn wir nur sagen, dass das schlecht ist, kommen wir nicht weiter. Meine Antwort ist also, das Gespräch darüber zu suchen, aber ja, ich sehe da tatsächlich auch ein großes Problem.

Was ich auch noch sagen kann, ist: Wir hatten während Corona, während der Lockdowns die ganze Zeit geöffnet. Wir haben in dieser Zeit viele Medien ausprobiert und die Erfahrung gemacht: Wenn die Menschen die Wahl haben, kommen sie persönlich. Der persönliche und direkte Kontakt in Krisen ist etwas, das unabdingbar und sehr heilsam ist. Das funktioniert über Beziehungen und ist über Telefon und Internet als Einstieg zunächst möglich, aber die realen Kontakte müssen unbedingt in ihrer Möglichkeit erhalten bleiben.

Zu Corona gab es auch noch eine Frage, auf die ich eingehen möchte. Wenn die Frage ist, ob wir seit der Coronapandemie öfter angefragt werden, lautet die Antwort für uns: Nein. Wir wurden schon immer für das Thema Suizidalität angefragt. Dafür wurden wir gegründet, und das ist in den Anfragen etwa gleich geblieben. Die Thematiken haben sich ein kleines bisschen verschoben, in Richtung soziale Ängstlichkeit und Panik in großen Gruppen, im Miteinander. Ich möchte da auf die COPSY-Studie verweisen, die in Hamburg angesiedelt ist und mehr Auskunft über die psychischen Belastungen der jungen Menschen aktuell geben kann.

Junge Mütter können sich selbstverständlich unter anderem auch an uns wenden. Vom NaSpro, also dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm, das von der Bundesregierung unterstützt wird, wird im Moment ein Lernprogramm zum Thema Suizidalität für alle Helfenden der Gesundheitsberufe entwickelt. Da wären zum Beispiel Hebammen mit dabei. Sie sollen kompetent gemacht werden, auf erste Fragen der Suizidalität antworten zu können. Wir unterstützen das mit unserer Expertise, um die Hebammen selbst zu befähigen, dort erste Hilfe zu leisten. Ansonsten weiß ich aktuell von keinem spezifischen Angebot, aber ich kann sagen, dass sie sich zum Beispiel an uns oder den Berliner Krisendienst oder auch an die Fachstelle wenden können, die zur Vernetzung beitragen würde. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann hat Herr Geißler das Wort.

Markus Geißler (Berliner Fachstelle Suizidprävention): Danke schön! – Ich beginne mit der Frage von Frau Pieroth: Ist die Strategie schon angekommen? – Nein, wir stehen hier am Anfang. Wie gesagt, die Strategie wird gerade intern von uns bearbeitet und der SenWGP Ende des Monats vorgelegt. Tatsächlich ist die Strategie in ihrer aktuellen Fassung, was die Maßnahmen angeht, mit einer Perspektive von zehn Jahren angelegt. Dadurch wird deutlich, dass Suizidprävention, wenn sie strukturiert, flächendeckend und damit auch effektiv umgesetzt wird, kein kurzfristiges Verfahren ist, sondern ein Projekt mit Langzeitperspektive. Insofern sind wir aktuell, was den Arbeitsstand angeht, in der Abstimmung der Maßnahmen mit verschiedenen Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem Netzwerk. Das wird dann, wie gesagt, der SenWGP vorgelegt, und dann stehen wir am Anfang, was die Umsetzung der Suizidprävention auf Länderebene angeht, um sie in eine Struktur zu bringen.

Dann kam von Herrn Ubbelohde die Frage – da wurden wir direkt angesprochen – zum Netzwerk und der Fachstelle als neue Struktur und deren Zusammenhang mit steigenden Raten. Da schließe ich mich meinen Vorrednerinnen und Vorrednern an. Erstens muss man dazu sagen, dass es natürlich keine Wirksamkeitsnachweise für diese Projekte gibt. Zweitens sind

diese steigenden Raten sowohl national als auch in Berlin zu sehen. Es ist in der Forschung nicht abschließend geklärt, wie die steigenden Raten zu erklären sind. Es gibt verschiedene Ansätze, dazu zählt der assistierte Suizid. In anderen Ländern hat die Liberalisierung des assistierten Suizids tatsächlich allgemein zu steigenden Suizidraten geführt. Wir können es in Berlin nicht sagen, weil wir dazu keine konkreten Daten haben. Wenn man sich nur die Analyse von bevölkerungsbezogenen Daten anschaut, sehen wir in den letzten Jahren tatsächlich eine Steigerung bei den älteren Damen, wir können aber nicht sagen, ob das eins zu eins mit dem assistierten Suizid zusammenhängt.

Dann will ich auf die Fragen von Herrn Schatz eingehen. Sie haben auf die Differenzierung im Verhältnis von assistiertem Suizid und Suizidprävention hingewiesen. Das halte ich für eine wichtige Differenzierung. Da muss ich ebenfalls sagen: Wir wissen einfach zu wenig über diese assistierten Suizide, auch hier in Berlin. Eine einfache Maßnahme wäre, dass wir zumindest erst einmal wissen: Wer nimmt überhaupt den assistierten Suizid in Anspruch? Aktuell haben wir dafür nur Daten von den Sterbehilfeorganisationen, eigene erhobene Daten, die nicht kontrolliert werden. Insofern wäre es hier eine Möglichkeit, wenn wir über den Totenschein die assistierten Suizide gesondert erfassen würden. Dann würden wir mehr darüber wissen. Wir reden hier über unterschiedliche Menschen. Insofern ist es ganz wichtig, auch im Sinne eines Sozialstaats, zu schauen, dass diese Entscheidung informiert erfolgt. Wir wissen aus Studien, dass Hilfsmöglichkeiten vor einem Suizid teilweise nicht in Anspruch genommen werden, und das wollen wir verhindern. Das wollen wir durch Aufklärungsarbeit verhindern, das wollen wir durch geschultes Personal verhindern, und das ist unser Ansatz, etwas dafür zu tun.

Dann haben Sie auf bestimmte Zielgruppen hingewiesen. Das waren die LSBTIQ und die Geflüchteten. Hier ist zu sagen, dass wir mit dem LSVD Verband Queere Vielfalt zusammenarbeiten. Sie waren erst bei uns im Beirat und sind jetzt als proaktives Mitglied in das Netzwerk eingetreten. Sie sind aber vielleicht noch nicht auf der Website. Das ist dann noch eine Aufgabe, der wir uns unmittelbar widmen müssen. Für uns ist das eine bedeutsame Zielgruppe, und wir sehen auch in der Zusammenarbeit mit dem LSVD, dass das eher noch ein blinder Fleck in der Community ist und es einen großen Bedarf der Entstigmatisierung und Enttabuisierung gibt. – Was die Geflüchteten angeht: Auch hier sehen wir einen erhöhten Bedarf. Wir arbeiten mit der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF – zusammen. Eine Person ist bei uns im Beirat. Auch da geht es um die Sicherung der psychosozialen Zentren. Das ist eine ganz wichtige Hilfsstruktur, die unbedingt erhalten bleiben muss.

Sie haben gesagt, dass das PEP-Programm nicht abgesichert ist. Das ist ein großes Problem. Ich habe das in meiner Rede angesprochen. Es geht viel um niedrigschwellige bezirkliche Versorgungsstrukturen. Wir wissen, dass Suizidalität sich in Beziehungen äußert. Es braucht Vertrauen zueinander. Beim ärztlichen Erhebungsgespräch in fünf Minuten ist die Wahrscheinlichkeit nicht so hoch, dass man sich als betroffene Person mit lebensmüden Gedanken bei einem ohnehin schon stigmatisierten Thema öffnet. Insofern sind es gerade die niedrigschwelligen Versorgungsangebote, die es ermöglichen, über Suizidalität, über eigene Suizidalität zu sprechen. Daher sind auch die PEP-Angebote eine ganz wichtige Infrastruktur dafür.

Frau Wahlen hat zu den unterschiedlichen Auslösern bei den Zielgruppen gefragt. Das ist uns ein wichtiges Anliegen, das wir auch in der Strategie berücksichtigt haben. Wir haben hier explizit besonders vulnerable Zielgruppen herausgegriffen, die, aus der wissenschaftlichen Evidenz natürlich, ein besonders hohes Risiko haben, und haben uns angeschaut: Was ist deren Gefährdungslage, und was ist auch deren Versorgungslage in Berlin? Ich habe das gerade angesprochen. Niedrigschwellige Versorgungsangebote sind ganz wichtig, und wir haben für viele Zielgruppen ganz spezifische niedrigschwellige Angebote. Insofern ist es wichtig, auch über diese Angebote zu sprechen und zu überlegen: Wie können wir dort ansetzen? Wie können wir vielleicht da über unterschiedliche Zugänge sensibilisieren, damit die ohnehin schon bestehenden Angebote auch in der Lage sind, mit den besonders gefährdeten Gruppen über Suizidalität zu sprechen?

Sie haben zwei wichtige Hinweise gegeben: Das ist einerseits die Zielgruppe der jungen Mütter. Auch sie sind berücksichtigt, die Frauen sind als Zielgruppe in der Strategie benannt. Sie haben außerdem bei der Hotspot-Prävention den Hinweis gegeben, sich dort auch auf die Onlineapotheken zu konzentrieren. Das ist eine interessante und wichtige Anmerkung, die wir mitnehmen. Das ist natürlich ein neueres Phänomen. Mir sind keine Forschungen bekannt, die evaluiert haben, inwiefern das bereits genutzt wird und was da quasi über die digitale Theke läuft. Das ist aber ein wichtiger Bereich, der in den nächsten Jahren unbedingt berücksichtigt werden muss.

Herr Zander hat eine Frage zu den Hotspots gestellt: Was wissen wir? – Wir wissen darüber nichts, und zwar nicht, weil wir doof sind, sondern weil die Daten nicht vorliegen. Das ist der Stand. Es haben dazu nur erste Gespräche mit der Polizei stattgefunden. Das heißt, und das ist auch in der Strategie formuliert, dass wir dafür plädieren, ein Berliner Suizidregister aufzubauen, in dem Daten, die in der Routineversorgung zum Beispiel bei der Berliner Feuerwehr oder der Berliner Polizei vorliegen, genutzt werden, um ortsbezogene Daten zu generieren – also wo nehmen sich in öffentlichen Räumen Menschen das Leben –, um dann präventive Maßnahmen und Antworten darauf zu finden. Das könnten bauliche Maßnahmen sein. Es ist natürlich auch für eine bezirkliche Struktur relevant, dass wir wissen: In welchen Bezirken ist das Suizidgeschehen besonders hoch, und was kann man da vielleicht im Sinne von Diensten tun? Dann kann man auch besser priorisieren, wenn man weiß, wo der Bedarf am höchsten ist. Dafür ist das sehr wichtig. Wir haben keine Daten zur Soziodemografie der suizidierenden Menschen und auch keine Daten zu Orten. Wir haben ebenfalls keine Daten zu Suizidversuchen – das sagte Herr Ochel schon –, und das ist natürlich auch eine große Leerstelle.

Sie haben gefragt: Wo ist die größte Lücke? – Da gibt es einige. Wir schlagen in der Strategie einige vor, aber ich möchte da gerne an einem Gedanken von Ihnen ansetzen, und zwar der Nachsorge nach Suizidversuch beziehungsweise der Hospitalisierung. Was passiert eigentlich in den Kliniken? Da gibt es tatsächlich eine große Lücke. Wir wissen, dass in den ersten vier Wochen nach Entlassung von Menschen nach Suizidversuch das Suizidrisiko besonders hoch ist. In diesem Bereich ist sozusagen, was die Verhinderung von Suiziden angeht, eine große Chance da. Dieser Bereich ist aber bisher noch nicht wirklich systematisch ausgebaut. Es gibt verschiedene Ansätze. Es gibt Ansätze, wie Kliniken mit einem bestimmten therapeutischen Verfahren näher auf die Suizidalität eingehen können. Es gibt Ideen, wie man an der Stelle eine sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet. Auch das ist wichtig für die Nachsorge. Es gibt auch solche Dinge, dass man versucht, eine Kontaktaufnahme nach Klinikaufenthalt zu erreichen, sei es durch Telefonkontakte oder Briefe, sodass man zumindest sicherstellt,

dass hier ein Nachsorgekontakt erfolgt. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, der unbedingt angegangen werden muss.

Abschließend noch zur Frage von Frau König: Ist die Sichtbarkeit ausreichend gewährleistet? – Es ist eine unserer Hauptaufgaben, die Sichtbarkeit von Hilfsmöglichkeiten stärker ins Zentrum zu rücken und auf vorhandene Hilfsmöglichkeiten hinzuweisen, dass es die Möglichkeit gibt, dass Menschen nicht alleingelassen werden, wenn sie sich in einer ausweglosen Situation mit lebensmüden Gedanken befinden. Natürlich haben wir auch allgemein als Gesellschaft eine Verantwortung, dass wir füreinander sorgen. Denn Warnzeichen zeigen sich, und wenn wir wissend über diese Warnzeichen und auch in der Lage sind, diese sehr schwierigen Gespräche zu führen – – Das ist keine leichte Aufgabe, und nur die Enttabuisierung wird es nicht bringen, sondern wir brauchen tatsächlich Wissen im Sinne von Gesundheitskompetenz, um über Suizidalität zu sprechen. Gerade diese Verknüpfung ist eine der Hauptaufgaben der Fachstelle, und dafür setzen wir uns ein. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir haben nicht mehr so viel Zeit. Wir haben noch zwei Punkte auf der Tagesordnung. Es haben sich jetzt noch vier Abgeordnete gemeldet, und der Senat möchte auch noch sprechen. – [Zurufe] – Ich wollte nur darauf aufmerksam machen, weil Ihnen immer wichtig ist, dass wir uns an die Zeit halten, aber wenn Sie dieses Mal Teil dessen sind, dass wir nicht genug Zeit haben, können wir sicherlich gerne überziehen. Herr Schatz hat jetzt einen Geschäftsordnungsantrag. – Was ist Ihr GO-Antrag?

Carsten Schatz (LINKE): Dass wir vielleicht den nächsten Besprechungspunkt vertragen. Dann hätten wir ein bisschen mehr Zeit, denn ich finde es schon wichtig, die Möglichkeit zu geben, noch einmal darauf zu antworten, was die Kolleginnen und Kollegen hier noch vorbringen.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir haben noch eine halbe Stunde Zeit, und ich glaube, das schafft man schon. Nur wenn sich jetzt ganz viele Leute melden, bekommt man das auf gar keinen Fall hin. Viele Fragen sind auch häufig langwierige Ausführungen der Abgeordneten, und wir sind hier in der Fragerunde – deswegen nur der sachliche Hinweis. Ich habe gesehen, dass es zumindest mimisch den Wunsch gab, dass man darüber redet. Deswegen die Frage: Wollen wir jetzt darüber abstimmen? Dann muss jemand dagegenreden. – Herr Omar!

Jian Omar (GRÜNE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich bin kein volles Mitglied in diesem Ausschuss und nur zu bestimmten Themen hier, und das sind die Besprechungspunkte. Deswegen wäre meine Bitte: Man kann die Diskussion fortführen, aber vielleicht mit einer Redezeitbegrenzung. So machen wir das auch im Integrationsausschuss.

Vorsitzende Silke Gebel: Ich habe darum gebeten, dass es eine Gegenrede zu dem GO-Antrag gibt, nicht einen anderen Vorschlag, der in den Regularien dieses Ausschusses nicht vorgesehen ist. – Dann redet jetzt Frau Pieroth dagegen.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich würde mich freuen, wenn wir die Sitzung wie gewohnt bis 12.30 Uhr abschließen und die beiden Tagesordnungspunkte jetzt auch besprechen.

Vorsitzende Silke Gebel: Gut. – Herr Schatz! Sie erhalten den Antrag aufrecht, dass der nächste Besprechungspunkt vertagt wird? – Gut! Wer dafür ist, dass der Besprechungspunkt zu den ukrainischen Geflüchteten vertagt wird, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Das sind SPD, CDU, Linke und AfD. Wer ist dagegen? – Das sind die Grünen. Damit kann sich niemand enthalten, und dann ist der Besprechungspunkt zum Gesundheitssystem für ukrainische Geflüchtete vertagt. – Frau Siems von der SenASGIVA war die ganze Zeit da. Vielen Dank, dass Sie sich auf den Weg gemacht haben! Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag!

Dann habe ich jetzt noch Herrn Ubbelohde, Frau Dr. Wein und Frau Knack auf der Redeliste. – [Zuruf] – Nein, der andere Punkt ist nicht vertagt, aber wenn wir jetzt eine halbe Stunde über GO-Sachen sprechen, kommen wir niemals dazu. – Also: Herr Ubbelohde, Frau Dr. Wein und Frau Knack. Ich würde Sie jetzt drannehmen, dann können die Anzuhörenden antworten, wenn es etwas zur Beantwortung gibt, und zum Schluss kommen wir zum Senat. – Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Wir sollten uns alle hüten, diejenigen zu ignorieren oder aus dem politischen Diskurs, übrigens sogar aus dem gesellschaftlichen und aus dem Arbeitsleben, auszuschließen, die auf bestehende Missstände auch in dieser Frage, die sehr wichtig ist, der psychischen Gesundheit und suizidaler Krisen hinweisen – das nur einmal ganz im Allgemeinen. Denn es besteht eine Tendenz zur Diskriminierung und Ausgrenzung von ganz anderer Seite im politischen Spektrum, als es hier deutlich wurde.

Ich möchte drei Fragen an Sie richten und das an drei Beispielen festmachen. Die erste: Es gibt sehr viele ältere Menschen, die zunehmend suizidal gefährdet sind, weil sie nicht zuletzt aufgrund der hausgemachten inflationären Problematik und der Plünderung der Rentensysteme und des Gesundheitssystems sich nicht mehr in der Lage sehen, bei ihren finanziellen, gesundheitlichen, aber auch ihren sozialen Problemen irgendwo eine Hilfe ansteuern oder Hilfe erfahren zu können. Sehen Sie das Problem in dem Zusammenhang, den ich hier aufgezeichnet habe?

Der zweite Punkt ist: Es gibt in Schulen, aber auch sonst im Arbeitsleben viele Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen, religiösen, kulturellen Ausrichtung diskriminiert werden. Wir haben von Lehrern gehört, die in der Schule gemobbt werden, und von Schülern, die aufgrund eines mittlerweile Minderheitenstatus in der Schule von Andersgläubigen, häufig tatsächlich von muslimischen Schülern, diskriminiert und psychisch massiv belastet werden. Wie beurteilen Sie diese Situation? Verschließen Sie die Augen davor, oder gibt es Lösungsansätze über das Behandeln von Symptomen hinaus?

Der dritte und letzte Punkt ist, dass auch in Schulen, und das betrifft gerade die Fünfzehn- bis Achtzehnjährigen in besonderem Maße, durch eine unsinnige und völlig realitätsferne sexuelle Aufklärung und Erziehung weitestgehend zur Verunsicherung von Kindern und Jugendlichen beigetragen wird – durch politische Vorgaben, die nicht im Sinne der Gesundheit dieser Menschen erfolgen.

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Dr. Wein!

Dr. Claudia Wein (CDU): Ich komme noch einmal zur Suizidalität zurück. Wir haben insgesamt in diesem Feld ein Überschneiden von Zuständigkeiten, so kann man es sagen. Da gerade viele Experten anwesend sind, würde mich noch interessieren, inwieweit Sie auch mit Gefangenen in unseren Justizvollzugsanstalten zu tun haben, weil dort die Suizidrate recht hoch ist. Die Menschen werden ja, zum Glück, oft wieder entlassen. Die Frage ist also, inwieweit Nachsorge da für Sie eine Rolle spielt. Das wäre sehr interessant.

Ich wollte noch eine ganz kleine Gegenrede zu Frau Löschber halten. Falls wir dieselbe Auflösung der Abkürzung gemeint haben: KJPD ist für mich der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst im öffentlichen Gesundheitsdienst, und dieser findet vollkommen ohne Krankenkassenabrechnung statt. Er ist durch und durch steuerfinanziert, und man braucht wirklich keine Versichertenkarte dafür. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Knack!

Lisa-Bettina Knack (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Meine Frage zu Fortbildungsmöglichkeiten für Sozialarbeitende ist nicht richtig beantwortet worden, also ob es da

eine Kooperation mit den Hochschulen gibt oder nicht, sodass es wirklich Fachkräfte sind und nicht einfach nur eine Sensibilisierung oder ein eintägiger Workshop stattgefunden hat, sondern eine Zertifizierung als Fachkraft mit Credit Points in Kooperation mit Hochschulen. Das wäre wichtig, denn das sind Multiplikatoren an Schulen, die eine Bandbreite an Schülern, Schülerinnen, Eltern und Lehrkräften erreichen, die von Ihnen allein leider Gottes nicht komplett aufgefangen werden kann.

Vorsitzende Silke Gebel: Die Fragen gingen, glaube ich, nicht unbedingt an alle. Könnten Sie vielleicht einmal schauen, wer konkret angesprochen wurde oder sich angesprochen gefühlt hat und antworten möchte? Ich habe auf jeden Fall Fragen an Frau Wagner und Frau Löschber gehört, aber Sie können auch alle versuchen, kurz zu replizieren.

Dr. Birgit Wagner (MSB Medical School Berlin): Ich würde gerne zu dem ersten Komplex noch etwas sagen. Da gab es die Frage zum Rentensystem, älteren Menschen, Schulen und sexueller Aufklärung. Wenn wir jetzt bei den älteren Menschen bleiben: Soweit wir aus der Forschung wissen, ist es weniger spezifisch die Rentensituation, sondern es sind eher Themen wie Vereinsamung oder wenig soziale Teilhabe durch die Strukturen, die es dann gibt, wenn man 80 oder 85 Jahre alt ist. Das ist also weniger darauf zurückzuführen. Zu den anderen Punkten wüsste ich jetzt keine Evidenz, wie das mit der Suizidalität in Zusammenhang zu bringen ist. Dazu gibt es auch keine Studien. Ich glaube, damit können wir das Thema wahrscheinlich auch abschließen.

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Löschber ist, glaube ich, noch angesprochen worden.

Sibylle Löschber (Beratungsstelle neuhland): Vielen Dank für die Korrektur, wenn ich das nicht richtig berichtet habe!

Fortbildungen für Sozialarbeitende im Sinne von Credit-Point-Vergabe können wir nicht anbieten. Wir haben einzelne Veranstaltungen, und man kann sich an uns wenden, wenn man einen Tag eine Veranstaltung möchte, aber nicht fest integriert in die Ausbildung – was ich übrigens großartig fände, auch bei den Lehrkräften. Aber da lautet die Antwort: Nein. – Es gibt eine Fortbildungsakademie, an der wir Fortbildungen anbieten. Das ist aber etwas, das extra gemacht werden muss.

Dann habe ich die Frage gehört, ob die sexuelle Aufklärung in Schulen zu Verunsicherung führt. Dazu kann ich nichts sagen. Das ist bei uns in dieser Form kein Thema.

Sie hatten auch noch die Frage dazu – das hat Frau Wagner schon angesprochen –, dass ältere Menschen nicht ausreichend Geld haben, um ein Hilfesystem in Anspruch zu nehmen. So habe ich Sie verstanden. Ich finde gut, dass Sie das ansprechen, denn genau das spricht dafür, kostenfreie Hilfen sehr niedrigschwellig anzubieten.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann gab es noch die Frage zu den Gefangenen. – Herr Geißler!

Markus Geißler (Berliner Fachstelle Suizidprävention): Kurz zu dem Punkt mit den Hochschulen: Wir halten das für eine sinnvolle Maßnahme, die auch in der aktuellen Fassung der Strategie in dem Sinne formuliert ist, die Zusammenarbeit mit Hochschulen zu stärken, gerade die Sozialarbeitenden und die zentralen Hochschulen anzusprechen und zu schauen, wie

dieses Thema überhaupt aktuell im Curriculum bearbeitet ist. Das ist nicht nur für die Schulsozialarbeit relevant, sondern es wäre ein ganz wesentlicher Schritt, dort grundsätzlich eine Kompetenzsteigerung bei den Sozialarbeitenden zu erreichen.

Zum Thema Justizvollzugsanstalten: Wir arbeiten mit der Psychologin der JVA zusammen; sie ist auch im Netzwerk. Man muss dazu sagen, dass es eine eigene Bundesarbeitsgruppe der Justizvollzugsanstalten zur Suizidprävention gibt und diese intern sehr gut aufgestellt sind. Sie arbeiten schon seit Jahren erfolgreich zusammen und haben unterschiedliche Ideen, wie sie innerhalb der JVA, innerhalb der Gefängnisse die Suizidraten senken können. Das geht von einem differenzierten Screeningverfahren bei Aufnahme bis hin zu Videoaufnahmen in den Zellen. Sie haben in meinen Augen bereits eine sehr gute Struktur aufgebaut.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Ochel!

Benjamin Ochel (Berliner Krisendienst): Eigentlich ist alles gesagt, aber ich möchte noch einmal Bezug auf eine Frage von vorher dazu nehmen, dass gegebenenfalls die PEP-Mittel nicht zur Verfügung stehen: Ich kann nur für den Krisendienst sprechen. Wir können nur am Personal sparen. Dann gibt es weniger Angebot, und dann stehen die Leute vor der Tür oder kommen am Telefon nicht durch. Natürlich hat das auch, um jetzt aus der Dienst- oder Arbeitgebersicht zu sprechen, Auswirkungen darauf, wie viel Freude die Arbeit in so einem Dienst macht, wenn man permanent nicht hinterher kommt. Das führt dann nicht dazu, dass im Fachkräftemangel, der schon angesprochen wurde und den wir natürlich auch spüren, die Menschen sich gerne einen Beruf aussuchen, von dem sie wissen, dass sie da eigentlich nicht so arbeiten können, wie sie es gerne wollen, weil die Mittel nicht da sind. Das wollte ich noch nachschieben. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann hat jetzt der Senat das Wort. – Frau Dr. Czyborra!

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Vielen Dank! – Ich fange mit dem Thema an, das Frau Knack angesprochen hat, nämlich was die Rolle von Hochschulen im Bereich von Aus- und Weiterbildung, lebenslangem Lernen und so weiter betrifft – so habe ich das verstanden. Das ist tatsächlich ein ganz dickes Brett, das uns stark beschäftigt. Wir hatten das gerade im Zusammenhang mit unserer Oxford-Partnerschaft, die auch sagen, dass die Hochschulen perspektivisch noch eine ganz andere Rolle bekommen müssen. Das muss aber rechtlich und finanziell entsprechend ausgestattet werden. Wir müssen mehr in Modularisierung, Micro Degrees, also kleinen Fortbildungseinheiten, und so weiter denken und uns dahin entwickeln. Nur einmal, um das Thema anzureißen, denn es ist wirklich ein ganz großes, das sich nicht nur auf diese Fragestellung bezieht, sondern auch auf viele andere.

Wir haben nicht so wahnsinnig viele Fragen an uns wahrgenommen. Die meisten sind auch von den Anzuhörenden schon beantwortet worden. Es gab eine Frage zur Zielgruppenorientierung und was wir da tun können. Ich glaube, es ist ein bisschen klar geworden, dass es ein multifaktorielles und komplexes Thema ist und man die Zielgruppen deshalb nicht ganz so einfach auseinandernehmen kann. Aber selbstverständlich treiben uns Alter, Pflegesituation und andere belastende Situationen stark um. Im Bereich Kinder und Jugendliche haben wir den Runden Tisch Kindergesundheit, wo die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine große Rolle spielt. Das alles kann nur, und deswegen haben wir diesen gemeinsa-

men Runden Tisch mit Jugend und Schule, übergreifend gelöst werden. Da sind viele Akteure, die den Zugang haben beziehungsweise dort aktiv sind, wo psychische Belastungen für Kinder und Jugendliche entstehen, zum Beispiel im Setting von Schule. Das ist klar, deswegen machen wir das.

Ich weiß nicht, ob Frau Kusserow noch eine Ergänzung hat, oder ob von unserer Seite alles gesagt ist? Vielleicht ganz kurz in zwei Sätzen, falls ich irgendetwas nicht beantwortet habe.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann hat Frau Kusserow das Wort.

Norma Kusserow (SenWGP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich kann wirklich nur ganz kurz ergänzen. Vieles ist schon gesagt worden. Suizidprävention ist uns natürlich ein sehr hohes Anliegen, und wir haben auch einen gewissen Schwerpunkt darauf, aber es ist schon mehrfach gesagt worden: Suizide sind multifaktoriell bedingt, das heißt, wir als Gesundheitsverwaltung allein können dieses Ziel nicht stemmen, Suizidprävention im Land Berlin so auszurollen, dass sie wirklich alle Menschen erreicht.

Das Thema Zugänge ist ganz wichtig. Wir haben heute in der Besprechung den Fokus sehr auf Menschen gelegt, die sich schon in irgendeiner Art und Weise im Versorgungssystem befinden. Man muss aber den Blick auch für Menschen weiten, die das psychosoziale System überhaupt nicht kennen. Dazu will ich nur kurz sagen, dass ich davor warnen möchte, zu psychiatrisieren. Auch wenn ein großer Anteil von Menschen, die Suizidversuche begehen oder den Suizidversuch durchgeführt haben, psychisch erkrankt sind, sind dennoch nicht alle psychisch erkrankt. Auch hier spielt wieder eine große Rolle, dass jeder Mensch aus den verschiedensten Gründen in Krisensituationen geraten kann. Viele sind hier heute schon thematisiert worden. Man muss also den Blick weiten, um zu schauen, wie ein Mensch aus der Krisensituation wieder herauskommen kann. Dafür braucht es ganz niedrigschwellige Zugänge, und zwar dort, wo die Menschen sich im Alltag aufhalten. Das kann im Supermarkt sein, das kann im Fitnessstudio sein, oder man kann Orte der Begegnung schaffen und es dort thematisieren.

Zu guter Letzt muss man noch den Blick darauf werfen: Die Bundesregierung vertieft jetzt doch noch einmal das Gesetz zur Suizidprävention. Bisher gibt es hier nur die Nationale Strategie. Da müssen wir dann sehen, wie wir als Land Berlin die Vorgaben, die das Bundesministerium für Gesundheit macht, wenn das Gesetz verabschiedet wird, umsetzen können.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Kusserow! – Noch ein Satz von Frau Dr. Czyborra.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Ich möchte noch einmal den Begriff der sektorenübergreifenden Versorgung aufgreifen, weil das in vielerlei Hinsicht ein Schlüssel ist, adäquate Versorgungssettings über die Sektoren hinweg zu schaffen. Das ist zumindest etwas, das wir gerade mit der Psychiatrie intensiv diskutieren, und ich glaube, dass es auch hier in diesem Kontext wichtig ist, dass wir diesen Weg gehen.

Vorsitzende Silke Gebel: Danke! – Vielen Dank an die Anzuhörenden, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben, uns mit Ihrer Expertise zur Verfügung zu stehen! Vielen Dank für

Ihre wichtige Arbeit für unsere Stadt! Wir sind heute am Ende der Anhörung. Die Besprechung wird vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt.

Punkt 4 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs **Zugang zum Gesundheitssystem für ukrainische Geflüchtete** (auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)	0353 GesPfleg

Vertagt.

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Drucksache 19/2274 **Gesundheitliche Akutversorgung sicherstellen – Medipoint für Geflüchtete in der Unterkunft am Tempelhofer Feld einrichten!**	0341 GesPfleg IntGleich(f)

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.