

19. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Tommy Tabor (AfD)

vom 07. Februar 2022 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 08. Februar 2022)

zum Thema:

Nachfrage zur Drucksache 19/10641 – Sind so kleine Seelen – Zunahme von Suiziden und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen

und **Antwort** vom 22. Februar 2022 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 01. März 2022)

Herrn Abgeordneten Tommy Tabor (AfD)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 19/10908

vom 07. Februar 2022

über Nachfrage zur Drucksache 19/10641 – Sind so kleine Seelen – Zunahme von
Suiziden
und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. In der Antwort auf Frage 1 der Drucksache 19/10641 wird die Frage nach Suiziden von Kindern und Jugendlichen nicht weiter nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, sondern für die Gesamtgruppe von 0 bis 24 Jahren beantwortet. In der Antwort zur Frage 6 wird die Gruppe von an COVID-19 gestorbenen Kindern und Jugendlichen in einer Altersgruppe von 0 bis 39 zusammengefasst und damit nicht richtig beantwortet. Daher in ähnlicher Form erneut: Wie viele Kinder und Jugendliche der Altersgruppe von 0 bis 24 Jahren sind in den Jahren 2020 und 2021 an COVID-19 gestorben?

Zu 1.:

Aus Gründen der statistischen Geheimhaltung können bei kleinen Fallzahlen Angaben nur in aggregierter Form dargestellt werden (siehe Antwort zur Frage 4). Gemäß dem Corona-Lage-Bericht und der darin vom LAGeSo dokumentierten Fallzahlen sind im Laufe der Covid-19-Pandemie 17 Personen im Alter von 0 bis 39 Jahren verstorben (<https://www.berlin.de/corona/lagebericht/>). Die Anzahl der an COVID-19 gestorbenen Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe 0 bis 24 Jahre ist für den geforderten Zeitraum so gering, dass die Anzahl aufgrund statistischer Geheimhaltung nicht berichtet werden darf.

2. Weshalb werden Suizidversuche von Kindern und Jugendlichen für eine gezielte Prävention gefährdeter Kinder und Jugendlicher nicht erfasst? Welche wissenschaftlichen Studien wurden zu diesem Thema in Berlin durchgeführt mit welchen Erkenntnissen?

Zu 2.:

Analog zur Todesursachenstatistik erfolgt die Erfassung von Behandlungsfällen in Krankenhäusern ebenfalls nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der

Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision“ (ICD-10). Allerdings lassen sich hier keine Aussagen zu Behandlungsfällen aufgrund von „vorsätzlicher Selbstbeschädigung“ treffen, da diese Zusatzcodierung aus Datenschutzgründen durch die Krankenhäuser nicht vorgenommen wird. Bei der statistischen Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen ist in allen Altersgruppen von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. So können Selbsttötungsabsichten beispielsweise auch bei registrierten Vergiftungen mittels Medikamenten und Alkohol sowie Verkehrsunfällen bestehen.

Das Phänomen Suizidalität wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Dazu gehören u.a. das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, sozioökonomische Belastungen, oder die Verfügbarkeit und Bekanntheit von Suizidmethoden. Suizidpräventive Interventionen sind deshalb auf zahlreichen Ebenen möglich und notwendig und nicht zwingend von der Verfügbarkeit einer aktuellen Suizidstatistik abhängig. Das psychosoziale und psychiatrische Versorgungssystem bietet neben spezifischen Kriseninterventionsangeboten auch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die zur Suizidprävention beitragen, an.

Den Belastungen und Krisensituationen kann wirkungsvoller begegnet werden, wenn das Gespräch mit den betroffenen Menschen gesucht wird und grundlegende Kenntnisse über psychische Gesundheit und Unterstützungsmöglichkeiten vorhanden sind. Das Berliner psychosoziale Versorgungssystem steht sowohl den Menschen mit einer Belastungs- bzw. Krisensituation als auch anderen Ratsuchenden zur Verfügung. Dementsprechend ist die Öffentlichkeitsarbeit unabdingbar, um sowohl der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenzuwirken als auch auf die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen.

3. In der Antwort auf die Frage 1 wurden keine Daten zu den Jahren 2020 und 2021 aufgelistet, obwohl das Jahr 2020 schon über 13 Monate Geschichte ist. Wann ist mit den Daten zu Suiziden von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2020 und 2021 zu rechnen? Woran liegt es in Zeiten elektronischer Datenverarbeitung, dass Statistiken derartig verzögert veröffentlicht werden?

Zu 3.:

Das im Bezirksamt Reinickendorf angesiedelte Zentralarchiv für Leichenschau-scheine (ZfL) sammelt die Todesbescheinigungen, die als Rohdaten für die Todesursachenstatistik herangezogen werden. Das ZfL stellt die entsprechenden Datensätze dem Amt für Statistik Berlin Brandenburg (AfS) zur Verfügung. Das AfS führt die Datenaufbereitung und Qualitätssicherung der Daten durch. Die Informationen zu den Todesursachen werden mithilfe einer vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Software entsprechend der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision“ (ICD-10) elektronisch kodiert. Anschließend liefert das AfS die Daten an das Statistische Bundesamt für die bundesweite Todesursachenstatistik sowie an die Senatsverwaltung für Gesundheit für die Berliner Gesundheitsberichterstattung. Die beschriebenen Prozesse der standardisierten Datenerfassung, Datenaufbereitung und Qualitätssicherung, sind der Grund für die verzögerte Datenverfügbarkeit.

Hier sei auch auf die gleichlautende Antwort zur Anfrage S18-25773 des Abgeordneten Marc Vallendar (AfD) vom Dezember 2020 verwiesen.

Die Todesursachenstatistik für das Jahr 2020 wurde zwischenzeitlich (Lieferdatum 10.02.2022) vom AfS an die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung übermittelt, sodass die Zahlen für 2020 ergänzt werden können (Tabelle 1).

Tabelle 1: Sterbefälle aufgrund von vorsätzlicher Selbstbeschädigung in Berlin 2017-2020 im Alter von 0 bis 24 Jahre nach Geschlecht

0 bis 24 Jahre		
Geschlecht	Jahr	Fälle
Männlich	2017	12
	2018	16
	2019	16
	2020	11
Weiblich	2017	/
	2018	5
	2019	10
	2020	6

/ = Zelle gesperrt aufgrund statistischer Geheimhaltung

Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A –

4. Zur Frage 1 wird geantwortet: „Eine weitere Aufschlüsselung der Altersgruppen ist aufgrund der niedrigen Fallzahlen und den Vorgaben zur statistischen Geheimhaltung nicht möglich.“ Und bei der Beantwortung der Frage 6 heißt es: "Aufgrund der geringen Anzahl der in den Jahren 2020 und 2021 an COVID-19 verstorbenen Kinder in Berlin, werden zur Wahrung des Datenschutzes keine Angaben dazu veröffentlicht.“ Das ist für Frage 6 insofern falsch, da die Frage auf Kinder und Jugendliche abzielte, eine Antwort mit einer Gruppierung zumindest von 0 bis 24 Jahren wie in Frage 1 also legitim und für die Zwecke dieser Schriftlichen Anfrage hilfreicher wäre. Inwiefern wird eine statistische Geheimhaltung oder der Datenschutz bei einer nur etwas feingliedrigeren Altersstufenangabe gefährdet, z.B. 0-7 Jahre, 8-14 Jahre etc.? Wie genau ist der Wortlaut dieser Regelungen und wo können diese nachgelesen werden? (Bitte die jeweiligen Links aufführen.)

Zu 4.:

Für amtliche Statistiken, zu denen auch die Todesursachenstatistik zählt, gelten die Regeln der statistischen Geheimhaltung. Gesetzliche Grundlage der statistischen Geheimhaltung ist § 16 Abs. 1 des Bundesstatistikgesetzes (https://www.gesetze-im-internet.de/bstatg_1987/_16.html). Demnach sind Einzelangaben geheim zu halten.

Die statistische Geheimhaltung dient dem Schutz der Privatsphäre in der amtlichen Statistik (Rothe 2019. Statistische Geheimhaltung – Der Schutz vertraulicher Daten in der amtlichen Statistik. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Forschungsdatenzentren, Arbeitspapier Nr. 50 <https://www.forschungsdatenzentrum.de/sites/default/files/arbeitspapier-50.pdf>). Auch wenn Datensätze ohne Angabe von Name oder Adresse der betreffenden Personen vorliegen, werden diese aus Datenschutzsicht als noch nicht vollständig anonymisiert betrachtet, da es in vielen

Fällen möglich ist, Personen anhand von Einzelangaben in Datenbeständen zweifelsfrei zu identifizieren, wenn weitere öffentlich zugängliche Datenquellen mit herangezogen werden. Daher sind statistische Ämter und Behörden, denen Datenbestände mit Einzelangaben zur Erfüllung ihrer Berichtspflichten zugänglich sind, verpflichtet, keine Einzelangaben zu veröffentlichen, sondern lediglich aggregierte Auswertungen.

Auch bei aggregierten Auswertungen ist es möglich, dass weiterhin Einzelfälle in den Ergebnistabellen enthalten sind. Die Regelungen zur statistischen Geheimhaltung sehen in diesen Fällen vor, Fallzahlen von 1 oder 2 nicht auszuweisen (Mindestfallzahlregel), sondern die entsprechende Zelle in der Ergebnistabelle zu „sperrern“. Außerdem ist die Rückrechenbarkeit von Einzelfällen durch Differenzbildung zu verhindern. Alternativ zur Sperrung von Tabellenzellen können auch Tabellenzellen zusammengelegt werden, damit ausreichend große Fallzahlen erreicht werden, die nicht geheim gehalten werden müssen (von dieser Möglichkeit wurde bei der Beantwortung der schriftlichen Anfrage 19/10641 Gebrauch gemacht).

In den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre und 15 bis unter 20 Jahre sind in der Todesursachenstatistik in Berlin sehr wenige Suizide ausgewiesen, so dass unter Berücksichtigung der Regeln statistischer Geheimhaltung diese Werte nicht für Einzeljahre ausgewiesen werden dürfen. Um dem Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit weitestgehend zu entsprechen, ohne die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung zu verletzen, wurden daher die aggregierten Zahlen für Suizide in der Altersgruppe 0 bis unter 25 Jahre ausgewiesen.

Die Anzahl der an COVID-19 gestorbenen Kinder und Jugendlichen in der Altersgruppe 0 bis 24 Jahre ist für den geforderten Zeitraum so gering, dass sie aufgrund statistischer Geheimhaltung nicht berichtet werden darf. Die Altersgruppe wurde deshalb für diesen Indikator vergrößert auf bis 39 Jahre (vergleiche Antwort auf Frage 1).

5. In den Jahren 2018 und 2019 (auch hier fehlen Daten des vor 13 Monaten beendeten Jahres 2020) haben „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ die Behandlungsdiagnose „Schizophrenie“ verdrängt und sind damit traurigerweise unter den 5 häufigsten Behandlungsfällen aufgrund von psychischen Erkrankungen im Alter von 0 bis 24 Jahren zu finden. Welche Konsequenzen zieht der Senat daraus vor allem im Hinblick auf eine mögliche Legalisierung von Cannabis für volljährige Menschen? Welche Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen sind geplant, um über die gefährliche Wirkung von Cannabis für Kinder und Jugendliche zu informieren? Wann werden die Daten für die 5 häufigsten Behandlungsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen im Alter von 0 bis 24 Jahren für die Jahre 2020 und 2021 vorliegen?

Zu 5.:

Dem Aspekt des Jugendschutzes und damit einhergehend der Prävention im Zuge der Legalisierung von Cannabis kommt eine besondere und herausgehobene Bedeutung zu.

Der Senat hat im Vorfeld der geplanten kontrollierten Abgabe von Cannabis in den Richtlinien der Regierungspolitik festgehalten, ein besonderes Augenmerk auf Kinder und Jugendliche und deren Angehörige zu legen und Maßnahmen zur

Suchtprävention und Aufklärung sowie Projekte zur Minderung von Konsumrisiken auszubauen.

Bereits bestehende Angebote, die darauf ausgerichtet sind, besonders junge Menschen über die möglichen Folgen des Cannabiskonsums zu informieren und aufzuklären, zur Risikoeinschätzung zu befähigen und eine kritische Einstellung zum Konsum von Drogen insgesamt zu fördern, werden fortgeführt.

Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin beispielsweise kann eine Vielzahl von Projekten vorweisen, die sich speziell an Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte wenden. Vorgehalten werden dort ebenso Angebote zur Information und Aufklärung (<https://www.berlin-suchtpraevention.de/themen/cannabis/> ; <https://www.berlin-suchtpraevention.de/informationen/materialien-ausgabe-und-verleih/>).

Darüber hinaus beraten Suchtberatungsstellen gezielt Jugendliche und junge Erwachsene und deren Familien zu Cannabiskonsum. Berlinweit bieten zahlreiche Suchtberatungsstellen spezifische Frühinterventions- und Kurzinterventionsprogramme bei Cannabismissbrauch an. Auch bei der Landesstelle für Suchtfragen angesiedelte Selbsthilfegruppen, die speziell für Cannabiskonsumenden und –Konsumentinnen eine wichtige Anlaufstelle sind, finden Konsumierende und Angehörige Unterstützung.

Weitere suchtpreventive Maßnahmenplanungen werden erfolgen, sobald die bundesgesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen einer kontrollierten Abgabe bekannt sind.

Die Krankenhausstatistik (Grunddaten) für das Jahr 2020 wird der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung voraussichtlich im April 2022 vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg übermittelt (<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/presse/>). Die Lieferung der Daten der Krankenhausdiagnostik erfolgt in der Regel ein bis zwei Monate später. Für das Berichtsjahr 2021 steht noch kein Lieferdatum fest.

Berlin, den 22. Februar 2022

In Vertretung

Dr. Thomas Götz

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit, Pflege und Gleichstellung