

„Suizidalität ist immer komplex“

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie & Suizidprävention in Frankfurt/Tagung am 12. & 13. September

Frau Professor Lewitzka, Sie befassen sich seit Ihrer Promotion 2004 mit Suizidologie. Am 1. November 2024 wurden Sie zur ersten deutschen Professorin für Suizidologie und Suizidprävention berufen. Was hat Sie dazu bewogen, sich mit dem lange tabuisierten Thema Suizid zu beschäftigen?

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka: Tatsächlich gibt es keinen unmittelbaren persönlichen Bezug. Motiviert hat mich mein Mentor Werner Felber, ein bekannter Suizidforscher in der DDR, der sich mit Suizidalität auseinandergesetzt hat, obwohl es Suizide unter dem damaligen Regime eigentlich nicht geben durfte.

Was mich darüber hinaus bestärkt hat, war die Erfahrung, dass es bei vielen suizidalen Menschen am Ende wieder „gut“ werden kann. Auch wenn sie sich bereits für den Suizid entschieden haben, ist es möglich, zu intervenieren und sie von dem Entschluss abzubringen. Natürlich ist es immer wieder aufwühlend, mit dem Tod konfrontiert zu werden. Wenn ein Hilfesuchender sich schließlich doch das Leben nimmt, ist dies ein schreckliches Ereignis. Man lernt zwar mit der Zeit, damit umzugehen, aber hinterfragt vieles, wenn man das erlebt.

10.300 Menschen haben sich im vergangenen Jahr in Deutschland das Leben genommen. Die Dunkelziffer der versuchten Suizide ist noch höher. Wird genug unternommen, um die Zahlen zu reduzieren?

Lewitzka: Zunächst zu den Zahlen: Sie sind erschreckend hoch. So kommen auf einen vollendeten Suizid 50 Suizidversuche. Auch die Zahl der Verkehrstoten ist hoch – mit 2.839 liegt sie allerdings niedriger als die der Suizidopfer. Natürlich ist es wichtig, alles dafür zu tun, die Zahl der schweren Verkehrsunfälle zu verringern. Dafür gibt es auch eine „Awareness“ in der Bevölkerung: Überall stehen Verkehrsschilder und an den Autobahnen warnen Plakate vor riskantem Fahren mit



Prof. Dr. med. Ute Lewitzka

Todesfolge. Diese „Awareness“ fehlt jedoch für die wesentlich höhere Zahl an Suiziden.

Daher provoziere ich an dieser Stelle gern mal und frage: Wie viel geben wir in diesem Land für Verkehrssicherheit aus? Es ist gut angelegtes Geld, das ich nicht missen möchte, aber warum schaffen wir es nicht einmal, die Schienenabschnitte zu sichern, von denen wir wissen, dass sie Hot Spots für Suizidgefährdete sind, nämlich Schienen in der Nähe von psychiatrischen Kliniken. Warum nehmen wir hier kein Geld in die Hand, und warum verstehen wir Suizidprävention nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe so wie Suchtprävention oder HIV-Prävention?

Die Einrichtung der Professur in Frankfurt hat öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt. Ist die Professur ein Meilenstein in der Geschichte der Suizidologie in Deutschland?

Lewitzka: Genau, sie ist ein Meilenstein. Und mit einer witzigen Geschichte verbunden: Ich habe in verschiedenen Weiterbildungsvorträgen häufig gesagt, dass es in Deutschland für alles Mögliche eine Professur gibt, auch – und das ist jetzt fik-

tiv – Professuren für transnationale Rotohrmäuse. Aber für das wichtige Thema Suizidologie eben nicht. Unbestätigter Weise muss mein heutiger Chef, Prof. Dr. Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, das wohl irgendwann gehört und sich gedacht haben: Stimmt, das müssen wir ändern. Er wurde aktiv und es ist ihm gelungen, drei Stiftungen – die Dr. Elmar und Ellis Reiss Stiftung, die Henryk-Sznep-Stiftung und die Crespo Foundation – zu akquirieren, die die Professur bzw. Mittel für die Ausstattung und erste Projekte ermöglicht haben. So bin ich jetzt hier und froh und dankbar dafür.

Was macht Frankfurt neben dem Engagement von Professor Reif zu einem geeigneten Standort für Ihre Professur? Ist das Thema hier durch das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention FRANS möglicherweise präzenter als anderswo?

Lewitzka: Ja, das ist ein Grund, weshalb Frankfurt ein sehr, sehr guter Ort dafür ist. Tatsächlich war FRANS das erste Suizidpräventionsnetzwerk in ganz Deutschland. Andere Netzwerke sind mit zeitlicher Verzögerung gefolgt. Und: In Frankfurt ist vor allem die enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, weiteren Behörden, der Rechtsmedizin und anderen Kliniken das Besondere.

Durch diese Kooperation ist ein sehr guter Austausch möglich; auch ist es besser möglich als anderswo, Daten zu erheben und auszuwerten. Und es ist einfacher, sich zusammenzusetzen und zu überlegen, welche Prävention es in Frankfurt und Umgebung braucht. Das ist wirklich ziemlich einmalig, auch weil Frankfurt dieses eine Gesundheitsamt hat – ein großer Schatz für unsere Arbeit, ebenso wie die gewachsene Struktur und die Offenheit gegenüber dem Thema.

Haben Sie auch Verknüpfungen mit anderen Netzwerken bundesweit?

Und welche Rolle spielen diese für Ihre Arbeit in Frankfurt?

Lewitzka: Ja, diese Verknüpfungen habe ich. Das Netzwerk, das ich nach Frankfurt mitgebracht habe, gab es schon vorher in ganz Deutschland. Dies hat sicher auch mit meiner Funktion in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zu tun, aber auch damit, dass ich das Referat Suizidologie für die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) leite.

Nach dreißig Jahren an der Uniklinik in Dresden, in denen ich Verbindungen zu anderen Fachbereichen und Kliniken geknüpft habe, hätte ich erwartet, dass es mühsam sein würde, in Frankfurt neue Kontakte aufzubauen. Doch das bereits existierende Netzwerk macht es leichter. Auch bin ich ein sehr offener Mensch und habe schon in den ersten Monaten hier geschaut, mit welchen Fachgebieten Kooperationen möglich sein könnten. Dass sich bereits einige Schnittstellen ergeben haben, freut mich außerordentlich. Zugleich besitzt auch die Professur eine gewisse Attraktivität, so dass ich teilweise gar nicht mehr auf die Leute zugehen muss, sondern diese auf mich zukommen.

Was sind das für Fachgebiete, mit denen eine Zusammenarbeit denkbar ist?

Lewitzka: Ganz unterschiedliche Gebiete. Letzte Woche zum Beispiel hatte ich ein virtuelles Treffen mit dem Internisten Prof. Dr. med. Jörg Bojunga von der Endokrinologie hier am Uniklinikum, der Sprechstunden und Beratung für Transgender anbietet. Ihm ist das Thema mit Blick auf diese Gruppe wichtig und wir haben überlegt, wie wir Daten erfassen und daraus resultierend ein spezielles Präventi-

onsangebot für die betroffenen Menschen entwickeln können. Ich habe auch mit PD Dr. Christina Sauer, Leiterin des psychologischen Dienstes, gesprochen, außerdem mit den Palliativmedizinerinnen und dem Ethikkomitee hier in Frankfurt... Also, es fängt an, sich zu entwickeln.

Ihre Professur ist an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Frankfurter Uniklinik angesiedelt, die u. a. auf die Behandlung von Depressionen spezialisiert ist. Depressionen wiederum sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Ist Suizidalität also meistens mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang zu sehen?

Lewitzka: Suizidalität geht niemals nur auf eine einzige Ursache zurück, sondern ist immer komplex. Was wir aber aus der Forschung wissen, ist, dass psychische Erkrankungen eine große und wichtige Rolle dafür spielen. Es gibt unterschiedliche Studien dazu, eine Studie von Cavanagh spricht sogar davon, dass psychiatrische Erkrankungen bis zu 90 % für Suizide verantwortlich seien. Ich persönlich halte diese Zahl für zu hoch. Das hat mit der Methode der Studie zu tun und auch mit einem Systemfehler.

So können wir bestimmte Symptomkomplexe relativ schnell in eine psychiatrische Diagnosekategorie einordnen, wie ich es mal vorsichtig formulieren will. Sprich: Die Diagnose einer Anpassungsstörung ergibt sich schon relativ leicht, wenn bestimmte Lebensereignisse passieren und wenn die Betroffenen dann ins Hilfesystem kommen. Im Laufe meiner Berufsjahre bin ich allerdings dazu gekommen, zu sagen: Das ist nicht alles psychische Erkrankung, sondern es ist auch „normales“ Leben und „normale“ Lebenskrise. Doch wenn je-

mand über die ärztliche Türschwelle kommt, braucht es ja eine Diagnose – und das meine ich mit Systemfehler. Ich glaube, dass eher 60 bis 70 Prozent der Menschen, die sich das Leben nehmen, eine psychische Erkrankung haben. Der Rest geht in akuten Belastungen oder schweren Lebensereignissen auf.

Welche besonderen Risikofaktoren gibt es für Suizidalität? Alter, Geschlecht, ...?

Lewitzka: Genau, das sind die Risikokonstellationen. Alter: Je älter wir werden, desto höher steigt das Risiko. Außerdem das männliche Geschlecht: 75 % der Suizide werden von Männern verübt. Dann psychische Erkrankungen als wesentlicher Faktor, aber auch schwere körperliche Erkrankungen. Psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit, Trennungen, Verlusterlebnisse generell, Kränkungen, finanzielle Sorgen oder die Mitteilung einer schweren Diagnose können Auslöser sein. Auch Trauma, Flucht und Migration. Im Jugendbereich sind es die Adoleszenzkrise auf dem Weg zum Erwachsenwerden, die ein hohes Risiko für Suizidalität darstellen.

Gibt es weitere Gründe?

Lewitzka: Theoretisch auf einer rational, ethisch, kulturell, philosophischen Ebene könnte auch ein Teil dabei sein, bei dem der Suizid auf einer freien Entscheidung basiert. Es gibt Menschen, die gehen morgens zur Arbeit und kommen nachmittags nicht wieder. Das kommt gar nicht so selten vor, wie wir in Gesprächen mit Hinterbliebenen erfahren. Und wir wissen einfach nicht, was bei den Betroffenen passiert ist.

Dann haben wir noch den ganzen Komplex von biologischen Faktoren, die zu Suizidgedanken führen können. Hier haben wir viele Detailkenntnisse: Das fängt bei Veränderungen von Schilddrüsenparametern an und hört bei Vitamin-D-Spiegeln auf. Aber dennoch nutzt uns das noch nichts für die Praxis. Denn nach wie vor lässt sich ein Suizid nur sehr schlecht präzisieren.

Wie kann Suizidprävention dennoch gelingen und welche Methoden gibt es?

Lewitzka: Ganz wichtig ist die Prävention auf allen drei Ebenen: Bei der klassischen Primärprävention geht es darum, so früh

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka studierte Humanmedizin in Berlin und Dresden und absolvierte am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden ihre Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sowohl in ihrer Promotion im Jahr 2004 und ihrer Habilitation im Jahr 2018 befasste sie sich mit der Suizidologie. Im Jahr 2017 gründete sie das Werner-Felber-Institut für Suizidprä-

vention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen (WFI), dessen Vorstandsvorsitzende sie heute noch ist. Seit 2018 ist sie ehrenamtliche Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und des Referats Suizidologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). (red)

wie möglich Gesunde zu adressieren, Kompetenzen auszubilden schon in der Schule, Lebenskompetenz mitzugeben und aufzuzeigen, wie sich gute Problemlösungsmöglichkeiten – sogenannte Copingstrategien – entwickeln lassen und wo man in schwierigen Situationen Hilfe finden kann. Zu der Primärprävention gehören auch das Wissen und Schulungen von Menschen im Hilfesystem, wir sagen Gatekeeper: Lehrer, Soziologe, auch Ärzte etc.

Es gibt tolle Arbeiten, wie zum Beispiel die eindrückliche Gotlandstudie über Hausärzte, die geschult wurden im richtigen Erkennen und Behandeln von Depressionen. Im Nachgang ist die Suizidrate um 60 % gesunken. Das heißt, wenn wir andere Berufsgruppen entsprechend fortbilden, hat das eine suizidpräventive Wirkung. Dafür brauche ich aber auch wieder berufspolitische Veränderungen, um die jeweilige medizinische Fachrichtung zu stärken. Es nutzt nämlich nichts, wenn Ärztinnen und Ärzte geschult werden und nachher doch keine Zeit für ein entsprechendes Gespräch haben.

Was ist die effektivste Methode?

Lewitzka: Die effektivste suizidpräventive Maßnahme ist die Methodenrestriktion. Sie lässt sich sowohl der primären, sekundären oder tertiären Prävention zuordnen und beschreibt, dass ich den Zugang zu einer Suizidmethode reduziere oder verhin-dere. Das ist insofern spannend, als wir aus der Forschung wissen, dass die meisten Menschen in suizidalen Krisen un-bewusst schon eine Methode verankert haben. Sie versuchen dann, diese Methode zu realisieren und in der Regel keine andere.

Ein Beispiel: Ich plane einen Schienensui-zid, komme aber nicht an die Schienen her-an, weil dort gebaut wird. Dann gehe ich nicht zu einem anderen Schienenab-schnitt oder nach Hause und wähle ein an-deres Suizidmittel, sondern gebe mein Vorhaben auf. 5 bis 25 % der Betroffenen nehmen sich später das Leben; die ande-ren 75 bis 95 % werden sich nicht das Le-ben nehmen. Diese Menschen rette ich wirklich durch die Zugangsbeschränkung. Denn jeder einzelne Suizid ist einer zu viel.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, um

Menschen vom einem konkreten Suizid-vorsatz abzubringen?

Lewitzka: Klassisch bei der suizidalen Ent-wicklung ist die Zuspitzung von Gedan-ken: Von „Das Leben macht keinen Sinn mehr“, über „Ich könnte mir das Leben nehmen“ bis hin zu der konkreten Pla-nung. Was wir aus der Forschung wissen, ist, dass der Zeitraum von dem Entschluss „Jetzt tue ich es“ bis zu der konkreten Handlung nur sehr kurz ist, nämlich im Schnitt zehn Minuten. In dieser Zeit befin-den sich die Betroffenen in einem Tunnel. Sie können nicht mehr nach rechts und links sehen, denken in diesem Moment nicht mehr an ihre Angehörigen oder an den Lokführer – all das funktioniert in die-sem Tunnel nicht mehr. Wenn ich aber in diesem Moment den Zugang beschränke, gebe ich den Betroffenen die Möglichkeit, aus dem Tunnel herauszukommen und überhaupt wieder reflektieren zu können. Das kann auch der Fall sein, wenn jemand auf der Brücke steht und ich ihn anspreche oder am Springen hindere. Man kann die-se Menschen vor dem Tod bewahren, auch dauerhaft. Wichtig ist natürlich auch, dass anschließend Hilfen erfolgen.

Gibt es Hürden, mit denen Sie auf Ihrem Forschungsgebiet zu kämpfen haben?

Lewitzka: Voraussetzung für erfolgrei-che Suizidprävention ist die Sammlung von Daten. Eines der größten Probleme in Deutschland dabei ist der Datenschutz. Ich möchte hier nicht falsch verstanden werden. Ich finde Datenschutz grundsätzlich wichtig, und gerade, wenn es um sen-sible Daten geht, muss allerhöchste Sorg-falt und Sicherheit gelten. Dennoch erlau-ben unsere Datenschutzgesetze selbst un-ter den Bedingungen von Studien oder Projekten kaum einen Zugang. Oder wenn, dann mit extrem hohen Hürden, die die Forschung sehr behindern. Wir brau-chen jedoch eine systematische Erfassung und Auswertung von Suiziden und Suizid-versuchen, um daraus erfolgreiche Prä-ventionsmethoden ableiten zu können.

Welche Projekte haben Sie sich in Frank-furt vorgenommen?

Lewitzka: Ich wünsche mir sehr, dass wir hier Sachen bewegen können. Dazu brau-chen wir natürlich auch Fördermittelge-ber, Stiftungen etwa. Die Landesärzte-

kammer Hessen möchte ich unbedingt mit im Boot haben bei einem Projekt, für das wir gerade einen Initiativantrag ge-stellt haben: Thema Suizid bei Ärzten. Bei dieser Berufsgruppe haben wir eine er-höhte Suizidrate; um hier spezifische Prä-ventionsangebote machen zu können, brauchen wir valide Daten.

Perspektivisch soll in Frankfurt ein Deut-sches Zentrum für Suizidprävention ent-stehen. Eine Einrichtung, die koordiniert, vergleicht, was in der Forschung passiert und Wissen in die Praxis bringt. Auch Da-tenerhebungen könnten dazu zählen. Ein solches Zentrum aufzubauen, ist eine gro-ße Aufgabe. Es braucht ein sinnvolles Kon-zept, um nicht Parallelstrukturen aufzu-bauen und um wirklich Menschen in Kris-en besser helfen zu können. Dazu muss von der Rechtsform bis hin zur Finanzia- rung sehr viel geklärt und entwickelt wer-den. Aktuell recherchieren wir, was und wie andere Länder etwas für Suizidprä-vention tun, z. B. die skandinavischen Län-der oder Australien etwa. Sicher können wir von diesen Ländern etwas lernen.

Am 12. und 13. September lädt die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu der Veranstaltung „Forschung, Erfahrung, Engagement – Suizidprävention gemeinsam denken“ ein. Sie richtet sich an Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen ebenso wie Laien, Betroffene, Angehörige und Interessierte. Was wollen Sie mit der Tagung erreichen?

Lewitzka: Anlass der Veranstaltung ist der Welttag der Suizidprävention am 10. Sep-tember. Ich finde, dass es zu dieser Profes-sur gehört, eine Tagung zu veranstalten, die zwar Wissenschaftlichkeit bedeutet, zugleich aber auch das, was wir aus For-schung und Behandlung wissen, in die Breite trägt. Die Vorträge spannen dabei einen Bogen von der Historie über Kunst, Medien bis hin zu modernen psychothera-peutischen Methoden. Unser Ziel ist es, das Thema Suizidalität damit ein Stück weit zu entstigmatisieren und Berüh-rungsgängste abzubauen. Dass wir gesehen werden, zeigt sich unter anderem daran, dass Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ein schriftliches Grußwort zur Verfügung gestellt hat.

Interview: Katja Möhrle