



## **Bericht**

der Landesregierung – Ministerin für Justiz und Gesundheit

# **Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein**

## Inhalt

1. Vorbemerkung .....	3
2. Suizide und Suizidversuche.....	4
2.1 Zeitliche Trends in Schleswig-Holstein.....	4
2.2 Altersgruppenbezogene Auswertungen .....	8
2.3 Geschlechtsspezifische Auswertungen.....	11
2.4 Regionsspezifische Auswertungen .....	14
2.5 Suizide in Psychiatrien und im Justizvollzug .....	18
2.6 „Erweiterter Suizid“ / Homizid-Suizid.....	20
3. Suizidalität .....	22
3.1 Risikofaktoren für Suizidalität.....	22
3.2 Suizidalität in Schleswig-Holstein.....	24
4. Hilfestrukturen und Suizidprävention in Schleswig-Holstein .....	27
4.1 Hilfestrukturen für suizidgefährdete Menschen .....	27
4.2 Hilfestrukturen für Angehörige .....	37
4.3 Präventionsangebote .....	39
5. Zusammenfassung .....	40
6. Quellen .....	41
7. Anhang .....	46

## 1. Vorbemerkung

Am 1. Juni 2023 hat der Schleswig-Holsteinische Landtag die Landesregierung aufgefordert, schriftlich über Suizide und Suizidprävention in Schleswig-Holstein zu berichten (Drs. 20/1070).

Suizidalität ist immer ein Hinweis auf eine sehr große seelische innere Not. Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass sehr viele Menschen, die durch einen Suizid sterben, zu diesem Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung litten. Aber das erklärt nicht allein, warum ein Mensch sich das Leben nimmt. Vielfältige weitere Faktoren, wie z. B. Lebenskrisen, körperliche Erkrankungen oder belastende Lebensereignisse spielen hierbei eine Rolle. Vor der Gefahr, mit einer akuten Lebenskrise konfrontiert zu werden, ist niemand bewahrt. Einschneidende Lebensveränderungen, Stress oder andere Belastungen können jeden Menschen an seine Grenzen bringen.

Da Suizidalität ein komplexes Phänomen ist, stellt auch die Suizidprävention eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe dar. Diese zu bewältigen bedarf der Unterstützung politischer Entscheidungsträger, verschiedener Akteure im Gesundheitswesen sowie der breiten Gesellschaft insgesamt.

Die gesellschaftliche Rolle bei der Suizidprävention ist daher von zentraler Bedeutung, um die Präventionsbemühungen zu unterstützen, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu stärken und damit letztendlich Leben zu retten. Das Thema Suizid betrifft grundsätzlich alle Alters- und Gesellschaftsschichten. Daher ist es von hoher Relevanz, dass Politik, Gesellschaft und Mitarbeitende in Gesundheitsversorgungs- und Hilfestrukturen gemeinsam aktiv an der Prävention von Suiziden und Suizidalität arbeiten.

Der vorliegende Bericht zeigt die zahlenmäßige Entwicklung der vergangenen Jahre von Suiziden, Suizidversuchen und Suizidalität in Schleswig-Holstein und bewertet diese aus epidemiologischer Sicht. Außerdem werden die in Schleswig-Holstein vorhandenen Hilfestrukturen und Präventionsmaßnahmen dargestellt.

## 2. Suizide und Suizidversuche

Der Suizid beschreibt die absichtlich herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens. Er ist definiert „als eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt“<sup>1</sup>. Führt diese bewusste Handlung in der Folge nicht zum Tod, handelt es sich um einen Suizidversuch. Als Parasuizid wird ein selbstschädigendes Verhalten beschrieben, das potenziell tödlich enden kann, bei dem der tödliche Ausgang jedoch nicht geplant und nicht beabsichtigt ist.<sup>2</sup>

### 2.1 Zeitliche Trends in Schleswig-Holstein

Laut polizeilicher Kriminalstatistik ist die Zahl der Suizidversuche in Schleswig-Holstein im Zeitraum 2011 bis 2022 um 42 %, von 597 auf 346 Fälle, zurückgegangen (Abbildung 1). Die Anzahl der vollendeten Suizide ist im gleichen Zeitraum jedoch weitgehend konstant geblieben (Zunahme um 6,2 %). Es handelt sich ausschließlich um die der Landespolizei bekannt gewordenen Fälle von vollendeten und versuchten Suiziden. Es kann allerdings im Einzelfall schwierig sein, einen Unfall von einem Suizid zu unterscheiden. Auch bei der Einnahme einer tödlichen Überdosis von Medikamenten kann nicht immer zweifelsfrei geklärt werden, ob die Einnahme bewusst oder versehentlich erfolgte. Das Datenmaterial lässt daher keine abschließenden Rückschlüsse auf die tatsächliche Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen zu. Das gilt insbesondere für die Versuche, da der Suizid(-versuch) regelmäßig kein strafrechtlich relevantes Verhalten darstellt und viele Suizidversuche der Polizei gar nicht erst angezeigt werden.<sup>3</sup> Es ist somit eine nicht näher konkretisierbare Dunkelziffer zu berücksichtigen.

---

<sup>1</sup> OECD (2016). Die OECD in Zahlen und Fakten 2015-2016: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/factbook-2015-de> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>2</sup> Wewetzer C & Quaschner K (2019). Suizidalität (Vol. 27). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

<sup>3</sup> Özsöz F & Luff J & Siegerstetter J (2022). Der Suizid in der Polizeilichen Kriminalstatistik Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 65(1),11-17. doi: 10.1007/s00103-021-03463-1.

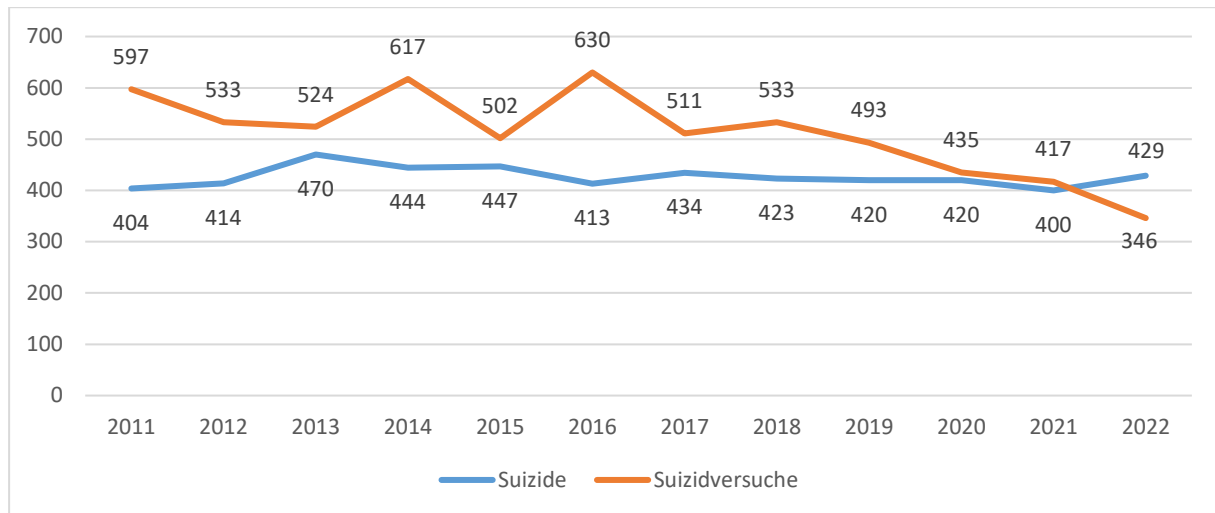


Abbildung 1: Anzahl der versuchten und vollendeten Suizide nach Jahren in Schleswig-Holstein (Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein, Landeskriminalamt Schleswig-Holstein).

Laut Todesursachenstatistik ist die Anzahl der Sterbefälle nach Suizid in den Jahren 2011 bis 2021 relativ stabil (Abbildung 2). Die Zahlen schwanken in dieser Zeit zwischen 351 und 408 Fällen.

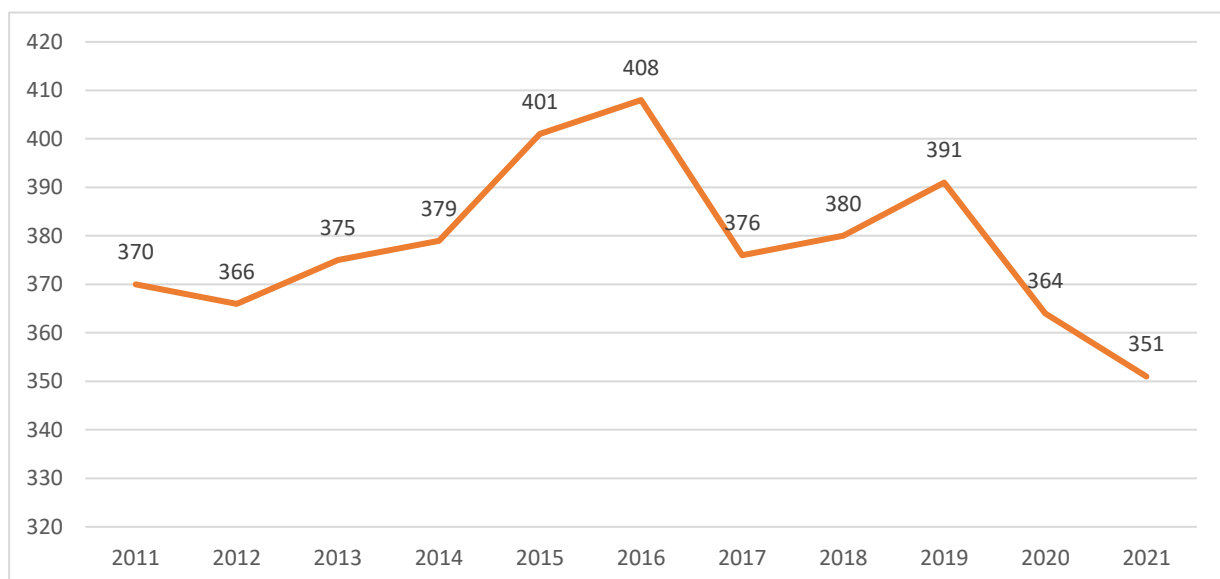


Abbildung 1: Anzahl der Sterbefälle nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung (ICD-10-Code X60-X84) nach Jahren in Schleswig-Holstein (Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt).

Bei der Betrachtung der altersstandardisierten Rate der Sterbefälle nach Suizid wird deutlich, dass sich diese in Schleswig-Holstein im Zeitraum von 2011 bis 2021 verringert hat (Abbildung 3). 2011 starben 13 Personen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner durch Suizid, 2021 waren es noch elf Personen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Mit Blick auf die deutschlandweiten Zahlen fällt auf, dass Schleswig-Holstein leicht über dem Bundesdurchschnitt liegt, wobei sich die Kurven seit 2019 annähern.

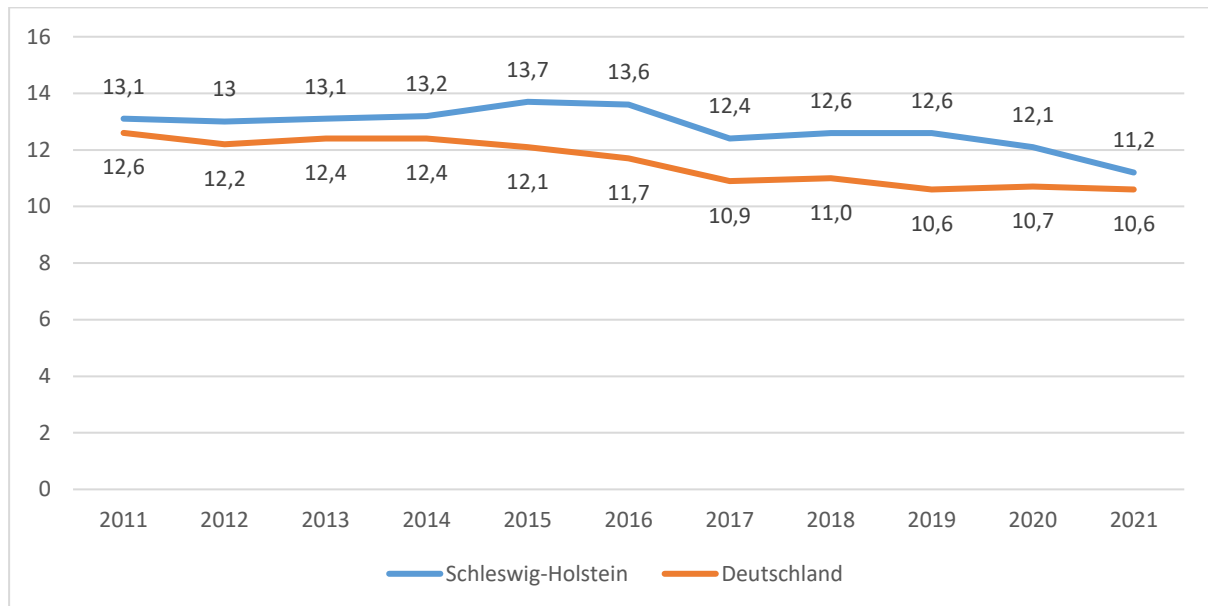


Abbildung 3: Altersstandardisierte Rate der Sterbefälle nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung (ICD-10-Code X60-X84) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Jahren in Schleswig-Holstein (Standardbevölkerung: Deutschland 2011, Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt).

Gründe für regionale Unterschiede in der Suizidprävalenz können unter anderem im Erkennen und Dokumentieren von Suiziden liegen.<sup>4</sup> Nicht selten ist die Abgrenzung zu anderen Todesursachen, insbesondere zu fahrlässigen Handlungen mit Todesfolge (z. B. Unfälle), komplex. Während einige Situationen, wie z. B. der Sprung vom Dach eines Gebäudes mit vorherigem Abschiedsbrief, meist leicht eine vorsätzliche Selbsttötung erkennen lassen, sind z. B. Suizide durch die Einnahme von Tabletten nicht immer direkt als Selbsttötung ersichtlich. Gerade bei Personen fortgeschrittenen Alters kann es sich um einen „erwartbaren“ Todesfall handeln. Ein Suizid kommt dann gegebenenfalls nicht direkt in den Fokus der die Leichenschau durchführenden

<sup>4</sup> Andriessen K (2006). Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics? The European Journal of Public Health, 16(4), 445-445.

Ärztinnen und Ärzte.<sup>5</sup> Darüber hinaus ist zu bedenken, dass es in Deutschland aktuell 16 unterschiedliche, bundeslandspezifische Todesbescheinigungen gibt.<sup>6</sup>

Die Anzahl der stationären Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose eines Suizidversuches ist seit Jahren rückläufig und auf einem jährlich sehr niedrigen einstelligen Niveau. Diese Zahlen sind jedoch wenig aussagekräftig. Das gilt insbesondere, da ein Suizidversuch häufig mit einer psychischen Erkrankung, z. B. Depression oder Schizophrenie, assoziiert ist, sodass die jeweilige Grunderkrankung die Hauptdiagnose darstellt. Insofern ist eher ein Blick auf die Nebendiagnosen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG) hilfreich. Abbildung 4 zeigt die Anzahl der vollstationären Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch (ICD-10-Code Z91.8) als Nebendiagnose im Zeitverlauf für Schleswig-Holstein. Die Zahlen zeigen insgesamt über die Jahre einen sinkenden Trend (2011: 268 Fälle, 2022: 165 Fälle). Die Ursache für die statistische Spitze in Abbildung 4 im Jahr 2018 lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ableiten.

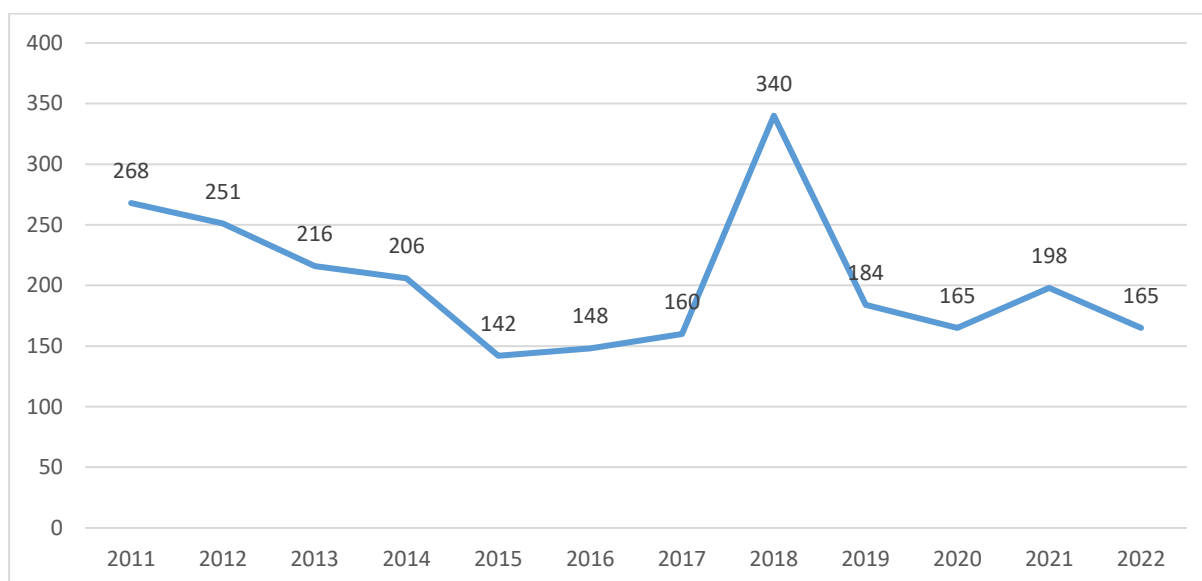


Abbildung 4: Anzahl der Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) der vollstationären Patientinnen und Patienten nach Jahren in Schleswig-Holstein (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG), Statistisches Bundesamt).

<sup>5</sup> Schelhase, T. (2022). Suizide in Deutschland: Ergebnisse der amtlichen Todesursachenstatistik. Bundesgesundheitsblatt 65, 3-10 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03470-2> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>6</sup> Eckert O et al. (2019). Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 62, 1493-1499 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03055-0> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

## 2.2 Altersgruppenbezogene Auswertungen

Internationale Studien zeigen, dass sich ältere Menschen eher das Leben nehmen als jüngere Personen.<sup>7</sup> Das Durchschnittsalter der Menschen, die einen Suizid begehen, hat sich laut Todesursachenstatistik seit 1998 (Deutschland: 53,2 Jahre, Schleswig-Holstein: 55,6 Jahre) bis 2021 (Deutschland: 59,7 Jahre, Schleswig-Holstein: 61,4 Jahre) deutlich erhöht.

Mit Blick auf die Todesursachenstatistik (Abbildung 5) wird deutlich, dass Menschen in Schleswig-Holstein in der Altersgruppe 50-59 Jahre am stärksten von Suiziden betroffen sind. Es folgen die Altersgruppen 70-79 Jahre, 80-89 Jahre und 60-69 Jahre. Um Schwankungen in einzelnen Jahren auszugleichen, und dadurch eine verlässlichere langfristige Darstellung der Altersgruppenverteilung zu erreichen, wurden die in Abbildung 5 dargestellten Werte über einen Zeitraum von fünf Jahren (2017-2021) gemittelt.

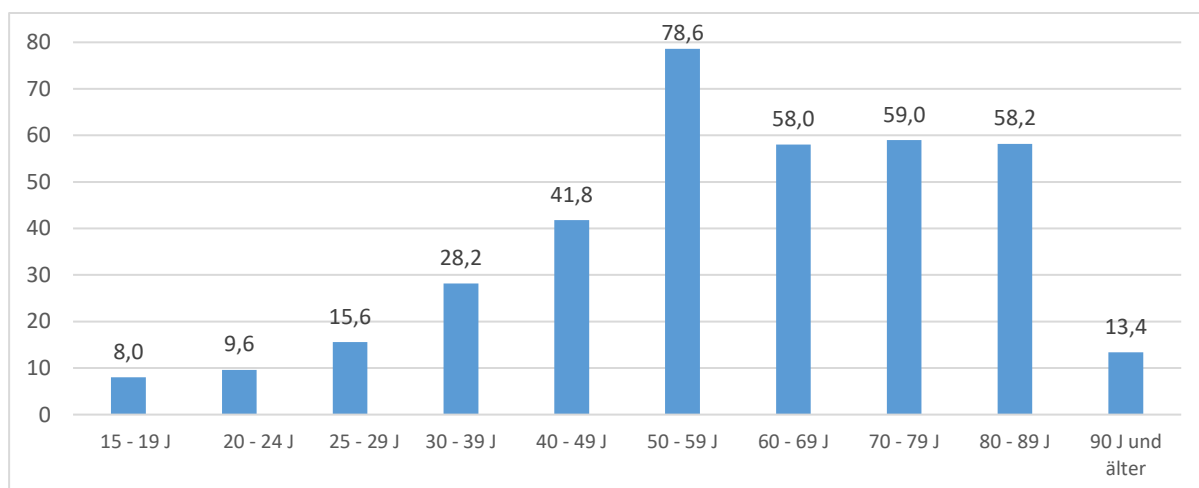


Abbildung 5: Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10-Code X60-X84) nach Altersgruppe im fünfjährigen Mittel (Jahre 2017-2021) in Schleswig-Holstein (Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt).

Eine altersdifferenzierte Auswertung der stationären Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose oder Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll.

<sup>7</sup> Dreier M & Liebherz S & Härter M (2022). Suizidalität. psychenet – Netz psychische Gesundheit (2022). <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/suizidalitaet.html> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).



Aus den Tabellen 1 bis 4 sind die alters- und geschlechtsspezifischen Verteilungen von jeweils versuchten und vollendeten Suiziden für die Jahre 2011 bis 2022 aus der polizeilichen Kriminalstatistik zu entnehmen. Hieraus wird ersichtlich, dass ältere Menschen häufiger Suizide vollenden als jüngere Menschen. Etwa jeder zweite Suizid erfolgte in der Altersgruppe über 60 Jahre. Auf die Gruppe bis 21 Jahre kamen im Mittel etwa 3,2 % der vollendeten Suizide, auf die Altersgruppe 21 bis 40 Jahre ca. 15 %. Bei den Suizidversuchen zeigt sich hingegen eine grundsätzlich entgegengesetzte Verteilung. Während ca. 16,4 % (bis 21 Jahre) bzw. 36,6 % (21 bis 40 Jahre) der Suizidversuche den jüngeren Altersgruppen zuzurechnen waren, entfielen auf die Altersgruppe der über 60-Jährigen 13,3 % der Suizidversuche.

Jahr	< 14 Jahre	14 bis <16 Jahre	16 bis <18 Jahre	18 bis <21 Jahre	21 bis <25 Jahre	25 bis <30 Jahre	30 bis <40 Jahre	40 bis <50 Jahre	50 bis <60 Jahre	60 Jahre und älter
2011	2	12	18	21	27	32	49	71	45	37
2012	4	15	10	25	16	24	35	49	38	19
2013	0	10	13	14	30	28	42	61	31	32
2014	10	12	16	25	21	27	47	59	40	45
2015	9	11	17	20	24	12	41	47	43	26
2016	8	12	16	28	21	27	50	45	32	43
2017	3	15	14	20	14	19	43	38	33	31
2018	4	12	15	22	22	18	32	46	35	27
2019	0	8	10	18	18	19	37	37	36	33
2020	2	6	9	20	21	16	37	22	27	30
2021	7	8	13	15	17	16	31	21	23	24
2022	6	10	14	24	13	16	25	17	28	20

*Tabelle 1: Anzahl der Suizidversuche von Frauen nach Jahren und Altersgruppen in Schleswig-Holstein (Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein, Landeskriminalamt Schleswig-Holstein)*

Jahr	< 14 Jahre	14 bis <16 Jahre	16 bis <18 Jahre	18 bis <21 Jahre	21 bis <25 Jahre	25 bis <30 Jahre	30 bis <40 Jahre	40 bis <50 Jahre	50 bis <60 Jahre	60 Jahre und älter
2011	0	2	8	16	34	27	58	79	38	21
2012	1	5	10	21	33	32	43	76	37	40
2013	0	2	9	11	18	35	31	73	42	42
2014	1	5	10	21	28	36	54	69	50	41
2015	1	2	4	20	25	27	47	55	46	25
2016	1	9	11	17	40	37	64	77	61	41
2017	3	2	10	31	32	25	59	38	41	40
2018	2	5	8	24	39	36	58	44	37	47
2019	2	1	9	24	23	36	41	64	40	37
2020	2	4	8	20	23	28	49	37	37	37
2021	1	1	8	17	23	25	44	42	40	41
2022	3	2	4	13	22	15	33	23	29	29

Tabelle 2: Anzahl der Suizidversuche von Männern nach Jahren und Altersgruppen in Schleswig-Holstein (Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein, Landeskriminalamt Schleswig-Holstein)

Jahr	< 14 Jahre	14 bis <16 Jahre	16 bis <18 Jahre	18 bis <21 Jahre	21 bis <25 Jahre	25 bis <30 Jahre	30 bis <40 Jahre	40 bis <50 Jahre	50 bis <60 Jahre	60 Jahre und älter
2011	0	0	1	1	3	2	7	14	31	60
2012	0	1	2	2	2	1	10	21	21	60
2013	0	0	2	4	6	5	12	15	30	60
2014	1	2	4	3	2	5	8	16	31	58
2015	1	1	1	1	3	2	10	17	35	52
2016	0	2	2	3	1	6	5	20	25	57
2017	1	2	1	2	3	6	8	8	30	41
2018	0	0	4	4	0	2	7	8	24	47
2019	1	1	2	0	1	3	11	12	31	56
2020	0	2	1	2	4	2	10	19	24	51
2021	1	0	1	2	3	4	6	13	20	78
2022	0	0	2	2	0	4	5	9	27	81

Tabelle 3: Anzahl der vollendeten Suizide von Frauen nach Jahren und Altersgruppen in Schleswig-Holstein (Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein, Landeskriminalamt Schleswig-Holstein)

Jahr	< 14 Jahre	14 bis <16 Jahre	16 bis <18 Jahre	18 bis <21 Jahre	21 bis <25 Jahre	25 bis <30 Jahre	30 bis <40 Jahre	40 bis <50 Jahre	50 bis <60 Jahre	60 Jahre und älter
2011	0	1	1	3	10	4	23	41	54	148
2012	0	0	5	4	13	17	17	57	65	116
2013	1	0	8	10	12	9	34	67	60	135
2014	0	1	0	2	9	13	44	53	51	141
2015	0	0	0	8	12	11	37	54	57	145
2016	0	1	4	7	13	12	24	35	54	142
2017	0	1	3	5	10	12	29	37	62	173
2018	0	0	5	6	12	15	24	36	78	151
2019	0	1	1	4	10	14	22	30	57	163
2020	0	1	3	5	10	18	28	37	58	145
2021	0	0	0	4	4	12	26	24	64	138
2022	0	1	0	3	6	10	24	29	61	165

*Tabelle 4: Anzahl der vollendeten Suizide von Männern nach Jahren und Altersgruppen in Schleswig-Holstein (Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein, Landeskriminalamt Schleswig-Holstein)*

### 2.3 Geschlechtsspezifische Auswertungen

Nach dem aktuellen Stand der Forschung werden etwa drei Viertel aller vollendeten Suizide von Männern begangen.<sup>8</sup> Diese Größenordnung deckt sich grundsätzlich mit den Daten der Todesursachenstatistik für Schleswig-Holstein (Abbildung 6).

<sup>8</sup> Dreier M & Liebherz S & Härter M (2022). Suizidalität. a. a. O.

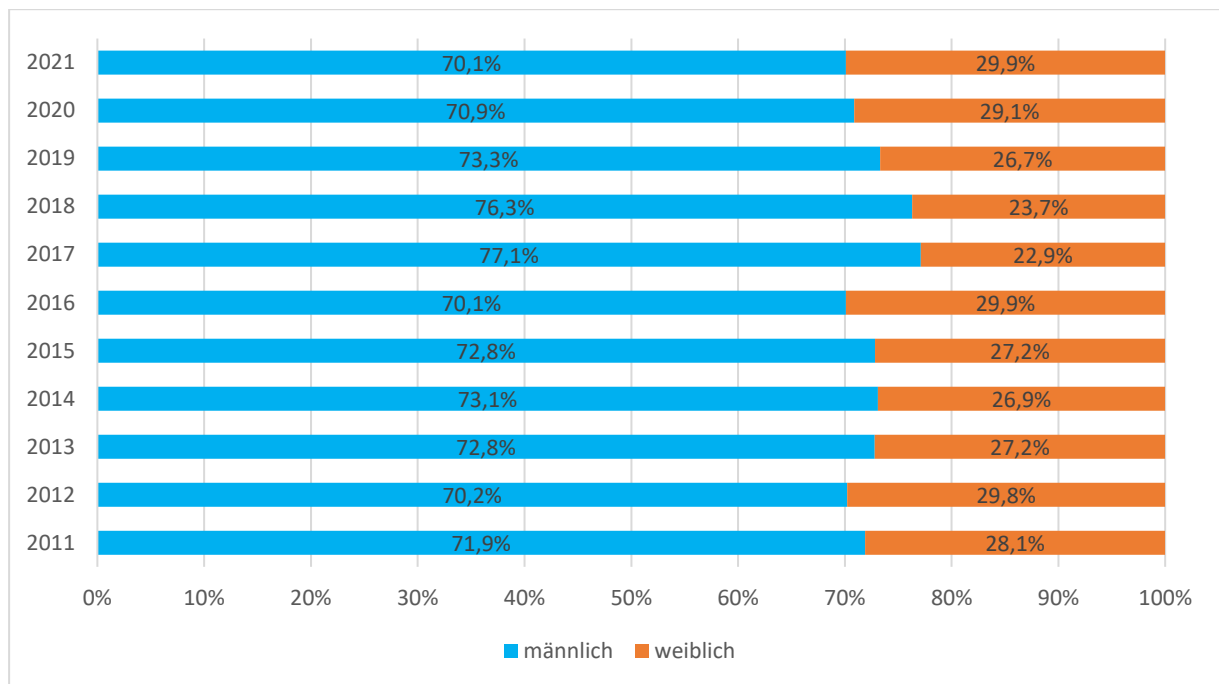


Abbildung 6: Anteil der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10-Code X60-X84) nach Geschlecht und Jahren in Schleswig-Holstein (Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt).

Internationale Studien zeigen, dass Frauen hingegen häufiger Suizidversuche unternehmen als Männer.<sup>9,10</sup> Eine geschlechterdifferenzierte Auswertung der stationären Krankenhaufälle mit der Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) für Schleswig-Holstein (Abbildung 7) zeigt ebenfalls, dass mehr Frauen als Männer von dieser Diagnose betroffen sind.

<sup>9</sup> Bernal M et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 27-34.

<sup>10</sup> Dreier M & Liebherz S & Härter M (2022). Suizidalität. a. a. O.

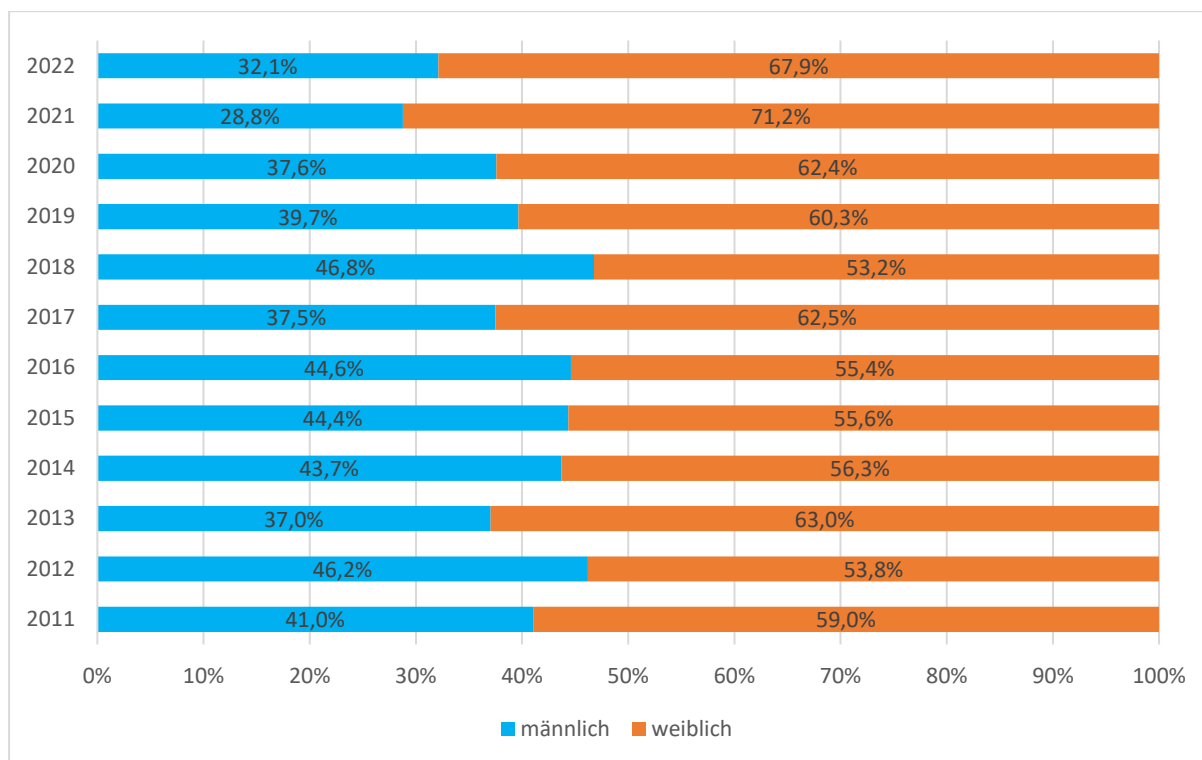


Abbildung 7: Anteil der Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) der vollstationären Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Jahren in Schleswig-Holstein (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG), Statistisches Bundesamt).

Betrachtet man jedoch die geschlechtsspezifische Auswertung der polizeilichen Kriminalstatistik für Schleswig-Holstein in den Jahren 2011 bis 2022 (Tabellen 1 bis 4, S. 9 ff.), zeigt sich eine insgesamt gleichmäßige Verteilung der Geschlechter. Wie bereits dargestellt<sup>11</sup>, muss jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die polizeiliche Kriminalstatistik nur solche Fälle dokumentiert, die der Polizei auch tatsächlich bekannt werden. Insbesondere bei den Suizidversuchen ist hier von einer Dunkelziffer auszugehen.

Das durch die vorliegenden Daten teilweise bestätigte Phänomen des Geschlechter-Paradoxons ist bereits seit Jahren vielfach untersucht und bestätigt worden. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Frauen höhere Raten bei Suizidgedanken und suizidalem Verhalten aufweisen, die Häufigkeit von Suizid als Todesursache ist bei Frauen jedoch gleichzeitig geringer als bei Männern.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Vgl. Kapitel 2.1 (S. 4).

<sup>12</sup> Canetto SS & Sakinofsky I (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.

Canetto und Sakinofsky vermuten hier vor allem ein kulturspezifisches Phänomen, das sich insbesondere durch kulturell geprägte Erwartungen ergäbe. Schrijvers et al. hingegen gehen von einer Vielzahl von Einflussfaktoren aus.<sup>13</sup> Aus ihrer Sicht hat es einen großen Einfluss, wie unterschiedlich Frauen und Männer mit einschneidenden Lebensereignissen umgehen, wie sie psychische Erkrankungen bewältigen und wie sie (medizinische) Hilfe in Anspruch nehmen. Zudem stellen sie fest, dass der suizidale Prozess, den ein Mensch durchlebt, bei Männern deutlich kürzer ist als bei Frauen.

## 2.4 Regionsspezifische Auswertungen

Wie bereits dargestellt, sind die Statistiken zu stationären Krankenhausfällen mit der Hauptdiagnose eines Suizidversuches wenig aussagekräftig, da als Hauptdiagnose regelmäßig die Grunderkrankung dokumentiert wird, die in Verbindung mit einem Suizidversuch steht, z. B. eine psychische Erkrankung in Form einer Depression oder Psychose. Insbesondere in einem Vergleich der Bundesländer bieten diese Statistiken keinen erklärenden Mehrwert, sodass hier auf die Darstellung verzichtet wird.

Auch der Bundeslandvergleich mit Blick auf die Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) der vollstationären Patientinnen und Patienten ist nur bedingt erkenntnisbringend, weil die Daten aktuell nicht als altersstandardisierte Rate vorliegen und somit nicht gut vergleichbar sind. Stattdessen ist in Tabelle 5 die Anzahl der Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) der vollstationären Patientinnen und Patienten für 2011 und 2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland dargestellt. Hierbei soll das Augenmerk weniger auf den absoluten Anzahlen liegen, sondern auf der relativen Veränderung. In Schleswig-Holstein ist die Prävalenz für Suizidversuche als Nebendiagnose zwischen 2011 und 2022 um 38,4 % zurückgegangen, wohingegen der Rückgang im Bundesgebiet 12,0 % beträgt.

---

<sup>13</sup> Schrijvers DL et al. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 19-26.

	2011	2022	Entwicklung 2022 zu 2011	Entwicklung 2022 zu 2011 (in %)
<b>Deutschland</b>	8.610	7.575	-1.035	-12,0%
<b>Schleswig-Holstein</b>	268	165	-103	-38,4%

*Tabelle 5: Anzahl der Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) der vollstationären Patientinnen und Patienten für 2011 und 2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG), Statistisches Bundesamt).*

Tabelle 6 zeigt die langfristige Entwicklung der altersstandardisierten Sterberate nach Suizid für Deutschland und die Bundesländer zwischen 1998 und 2021. Bundesweit ist die entsprechende Sterberate in diesem Zeitraum um 31 % gesunken. In Schleswig-Holstein fällt der Rückgang mit 33 % noch etwas stärker aus.

Region	Altersstandardisierte Sterberate 1998	Altersstandardisierte Sterberate 2021	Entwicklung 2021 zu 1998	Entwicklung 2021 zu 1998 in %
<b>Deutschland</b>	15,4	10,6	-4,8	-31,2 %
<b>Baden-Württemberg</b>	16,4	10,9	-5,5	-33,5 %
<b>Bayern</b>	17,5	11,9	-5,6	-32,0 %
<b>Berlin</b>	13,9	12,3	-1,6	-11,5 %
<b>Brandenburg</b>	17,8	10,7	-7,1	-39,9 %
<b>Bremen</b>	16,8	8,3	-8,5	-50,6 %
<b>Hamburg</b>	20,4	11,3	-9,1	-44,6 %
<b>Hessen</b>	13,1	11,1	-2,0	-15,3 %
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	12,9	11,2	-1,7	-13,2 %
<b>Niedersachsen</b>	15,3	10,1	-5,2	-34,0 %
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	11,4	7,2	-4,2	-36,8 %
<b>Rheinland-Pfalz</b>	16,7	11,5	-5,2	-31,1 %
<b>Saarland</b>	9,6	11,8	2,2	22,9 %
<b>Sachsen</b>	20,3	14,2	-6,1	-30,0 %
<b>Sachsen-Anhalt</b>	19,2	13,4	-5,8	-30,2 %
<b>Schleswig-Holstein</b>	16,7	11,2	-5,5	-32,9 %
<b>Thüringen</b>	19,5	14,1	-5,4	-27,7 %

*Tabelle 6: Entwicklung der altersstandardisierten Sterberate durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10-Code X60-X84) in Deutschland und den Bundesländern für 1998 und 2021. (Standardbevölkerung: Deutschland 2011, Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt).*

Abbildung 8 zeigt die altersstandardisierten Raten der Sterbefälle nach Suizid (ICD-10-Code X60-X84) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Jahre 2019 bis 2021 für Deutschland und die Bundesländer. In den drei dargestellten Jahren sind die genannten Sterberaten in Schleswig-Holstein jeweils gesunken (2019: 12,6, 2020: 12,1, 2021: 11,2).

Im Jahr 2021 liegt Schleswig-Holstein mit 11,2 nah am Wert des Bundesdurchschnitts (10,6). Damit belegt Schleswig-Holstein im Jahr 2021 im Vergleich der Bundesländer Platz 7. Den niedrigsten Wert (7,2) weist Nordrhein-Westfalen, den höchsten (14,2) Sachsen auf.



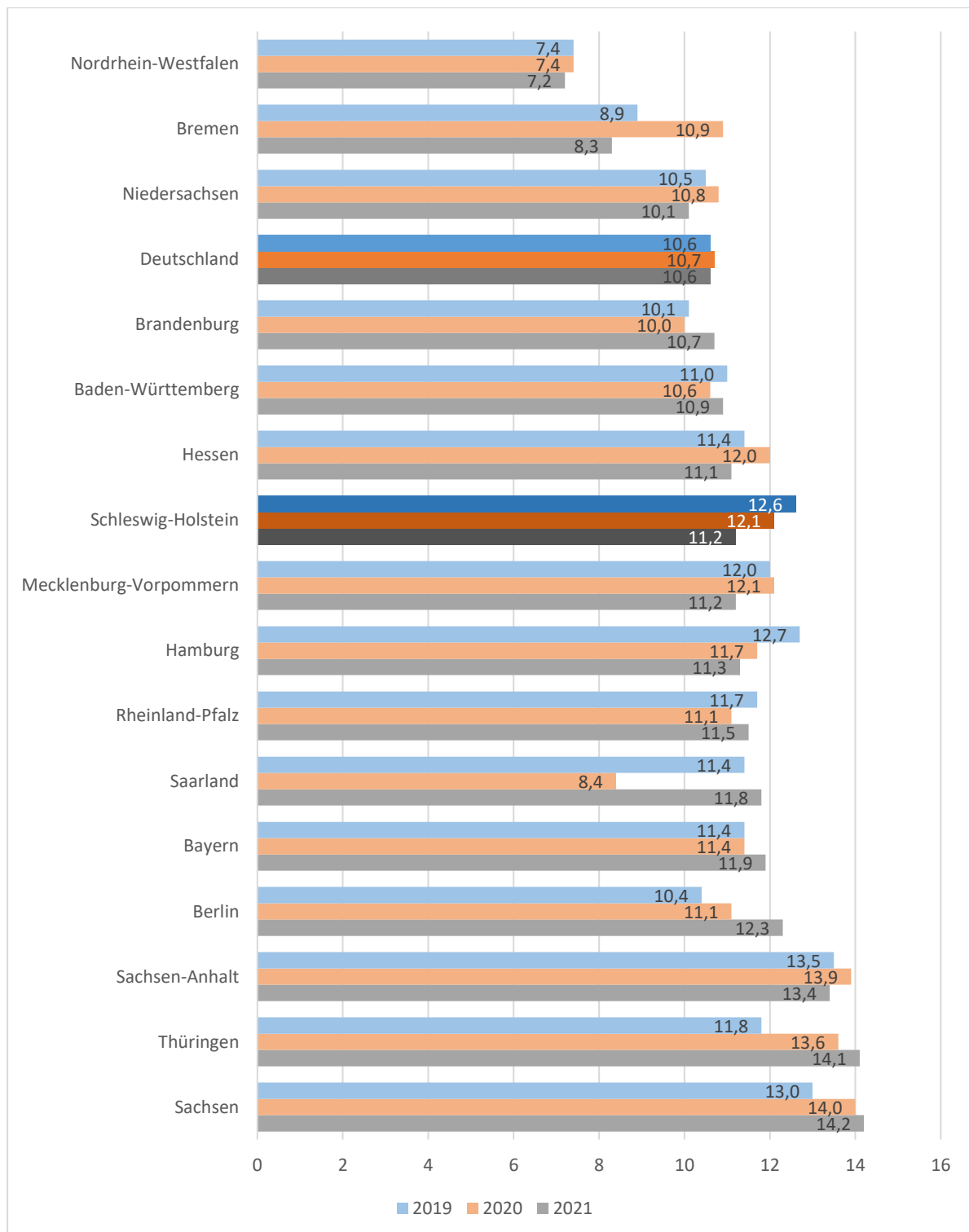


Abbildung 8: Altersstandardisierte Rate der Sterbefälle nach Suizid (ICD-10-Code X60-X84) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Jahre 2019, 2020 und 2021 nach Bundesland (Standardbevölkerung: Deutschland 2011, Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt).

Internationale und nationale Studien zeigen bei der versuchten Erklärung regionaler Unterschiede bei der Prävalenz von Suiziden ein heterogenes Bild.<sup>14,15,16</sup> Es werden zwar auch strukturelle Risikofaktoren benannt, wie z. B. Unterschiede im Durchschnittseinkommen und eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit. Der Einfluss dieser Faktoren auf die Prävalenz von Suiziden ist jedoch als eher gering einzuschätzen. Wie bereits weiter oben beschrieben<sup>17</sup>, können Gründe für regionale Unterschiede in der Suizidprävalenz in Deutschland insbesondere im Erkennen und Dokumentieren von Suiziden liegen.

## 2.5 Suizide in Psychiatrien und im Justizvollzug

Suizidrisiken in psychiatrischen Kliniken sind insofern immanent, als suizidale Handlungen gehäuft mit psychiatrischen Störungen einhergehen. Folglich sind Suizide psychiatrischer Patientinnen und Patienten, insbesondere im stationären Bereich, deutlich erhöht.<sup>18</sup> Innerhalb psychiatrischer Kliniken sind die Strangulation (49 %) sowie der Sturz in die Tiefe (23 %) die häufigsten Suizidmethoden.<sup>19</sup> Schleswig-Holsteinische Psychiatrien oder psychiatrische Abteilungen sind baulich darauf vorbereitet und haben entsprechende suizidvermeidende bauliche Vorkehrungen, sowohl in Klinikgebäuden als auch in der Umgebung der Klinik, getroffen. Räume mit einem starken Rückzugscharakter, z. B. das Bad am Patientenzimmer, stellen Hochrisikobereiche für Patientensuizide dar. Bauliche Elemente, die für Suizide genutzt wurden, tragen zudem ein erhöhtes Risiko für eine Wiederholung. Restriktionen sind zur Suizidprävention unvermeidlich, sie bergen aber auch Risiken: Sehr dominante Sicherungsmaßnahmen können das Gegenteil bewirken und z. B. erst auf eine bestehende Möglichkeit zum Suizid aufmerksam machen. Solche Unverhältnismäßigkeiten gilt es zu vermeiden, um die Akzeptanz

---

<sup>14</sup> Schneider B & Fiedler G (2021). Suizid - Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5\\_62](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_62) (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>15</sup> Helbich M & Plener P L & Hartung S & Blüml V (2017). Spatiotemporal suicide risk in Germany: A longitudinal study 2007–11. *Scientific reports*, 7(1), 7673.

<sup>16</sup> Nock M K & Borges G & Bromet E J & Alonso J & Angermeyer M & Beautrais A & Williams D (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 98-105.

<sup>17</sup> Vgl. Kapitel 2.1 (S. 6 f.).

<sup>18</sup> Schneider B et al. (2021). Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven. Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195.

<sup>19</sup> Bertolote J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 147-155.

psychiatrischer Interventionen nicht zu reduzieren und so notwendige therapeutische Maßnahmen zu ermöglichen.<sup>20,21</sup>

Die voranschreitende Einführung des Safeward-Modells zur Zwangsvermeidung und Konfliktreduktion<sup>22</sup> in den psychiatrischen Kliniken in Schleswig-Holstein, einschließlich der Einrichtungen des Maßregelvollzugs, kann als Element der Vermeidung von Suizidrisikofaktoren verstanden werden. Ebenso werden aktuell Kriseninterventionsräume<sup>23</sup>, wo sie noch nicht baulich vorhanden sind, in den schleswig-holsteinischen Psychiatrien gebaut, um auch in Situationen einer Suizidgefährdung adäquat mit einem milderen Mittel als beispielsweise einer Fixierung handeln zu können.

Inhaftierte gehören zu einer Personengruppe mit deutlich erhöhtem Suizidrisiko.<sup>24</sup> Die Umstände der Haft (u. a. Isolation, Verlust des selbstbestimmten Alltags, enges Zusammenleben mit fremden Personen, Abbruch von sozialen Beziehungen, subjektiv wahrgenommene Perspektivlosigkeit), das einer Inhaftierung zugrundeliegende Tatgeschehen, aber auch das Vorliegen einer psychischen Störung können ein bereits bestehendes Risiko erhöhen oder stellen für sich genommen Risikofaktoren dar.<sup>25</sup> Zu berücksichtigen ist hierbei auch die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höhere Prävalenz psychischer Störungen.<sup>26</sup> Häufig spielen dysfunktionale Verhaltensweisen eine Rolle, die – durchaus auch im Zusammenhang mit Entwicklungs- und Persönlichkeitsauffälligkeiten – einschränkende Auswirkungen auf die Bewältigungsstrategien z. B. in Hinblick auf kritische Lebensereignisse, emotionale Belastungen, aber auch zwischenmenschliche Konflikte haben.

---

<sup>20</sup> Glasow N (2011). Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Logos-Verlag, Berlin.

<sup>21</sup> Glasow N & universalRAUM (Hrsg.) (2012). Evidenzbasiertes Planungshandbuch EPH Psychiatrie. Reihe: EPH. Band 1. 1. Auflage, Dresden.

<sup>22</sup> <https://www.safewards.net/de/modell/einfache-beschreibung> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>23</sup> Vgl. § 28 Abs. 3 Ziffer 1 Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen des Landes Schleswig-Holstein (PsychHG).

<sup>24</sup> Radeloff D et al. (2016). Suizid und Suizidalität unter adolescenten Häftlingen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vol 44 No 1. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000394> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>25</sup> Ritter D & Pesch M & Lewitzka U et al. (2016). Suizidalität von Inhaftierten. Nervenarzt 87, 496-505. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0121-1> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>26</sup> Von Schönfeld C-E & Schneider F & Schröder T & Widmann B & Botthof U & Driessen M (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. Nervenarzt 77, 830-841. <https://doi.org/10.1007/s00115-005-1946-1> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

In Schleswig-Holstein schwankt die Anzahl an vollendeten Suiziden im Justizvollzug in den Jahren 2000 bis 2022 zwischen null und maximal fünf Fällen pro Jahr, im Durchschnitt waren es 1,7 Fälle pro Jahr.

Die Erfassung der besonderen Problematik suizidaler Ereignisse im Justizvollzug, der Austausch über Erfahrungen mit unterschiedlichen Interventionsstrategien und die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Suizidprävention erfolgt in der „Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug“ (BAG), die 2001 als Bestandteil des nationalen Suizidpräventionsprogrammes (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention) gegründet wurde. Jedes Bundesland entsendet Fachleute aus den Ministerien und den Justizvollzugsanstalten. Im Jahr 2018 wurde in Schleswig-Holstein zudem die „Landesarbeitsgruppe Suizidprävention in Justizvollzug“ (LAG) gegründet. Diese setzt sich multiprofessionell aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Justiz und Gesundheit, den Justizvollzugsanstalten und der Abschiebungshafteinrichtung zusammen.

Neben den konzeptionellen Empfehlungen der BAG hat die LAG auch die baulichen Empfehlungen zur Suizidprävention aufgegriffen. So wird in Kürze die Pilotierung zum Einsatz von Medienwänden in der JVA Kiel beginnen. Hierbei handelt es sich um in die Wand eingelassene sehr große Tablets, mit denen Gefangenen, die in Krisensituationen in besonders gesicherten Hafträumen oder Beobachtungsräumen untergebracht sind, digitale Beschäftigungs-, Kommunikations- und Entspannungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Überdies besteht die Planung, bei Neubauten Suizidpräventionsräume mit besonderer technischer und räumlicher Ausgestaltung einzurichten.

## **2.6 „Erweiterter Suizid“ / Homizid-Suizid**

Zum Thema des sogenannten „erweiterten Suizids“, bzw. des Homizid-Suizids liegen im Rahmen der polizeilichen Kriminalstatistik keine Daten vor, weil keine eigene Kategorie zum „erweiterten Suizid“ in der polizeilichen Kriminalstatistik existiert. Die über den eigentlichen Suizid der Täterin oder des Täters hinausgehenden Taten an weiteren Personen werden grundsätzlich als vorsätzliche Tötungsdelikte erfasst. Das heißt, dass sich die Kenntnisse in diesem Bereich auf Berichte über Einzelfälle oder deren Zusammenstellung beziehen. Relevant sind hierbei insbesondere epidemiologische Studien, rechtsmedizinische Untersuchungen sowie die Analyse

begutachteter Täterinnen und Täter nach unvollendeten Taten. Hierbei bleibt jedoch als Einschränkung der Vergleichbarkeit zu bedenken, dass die verwendeten Begriffe und Definitionen nicht immer einheitlich verwandt werden.<sup>27</sup>

Förster (2009) bezieht sich auf zwei epidemiologische Studien aus den USA und Kanada, die bei einem relativ konstanten Anteil der Bevölkerung von bis zu 0,5 Homizid-Suiziden pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ausgehen. Eine systematische Literaturliteraturarbeit ermittelte aus einer Vielzahl internationaler Studien aus den USA, den Niederlanden und der Schweiz eine Spannbreite von 0,05-1,55 Tötungen mit anschließender Selbsttötung pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.<sup>28</sup> Ein Vergleich der Studien und Daten über Staaten hinweg unterliegt jedoch erheblichen Einschränkungen und kann nur eine ungefähre Vorstellung von der Häufigkeit geben.

Siems et al. haben in einer retrospektiven Studie 58 Fälle des erweiterten Suizids am Institut für Rechtsmedizin Frankfurt am Main analysiert.<sup>29</sup> Unter den 58 untersuchten Fällen befanden sich insgesamt 74 Opfer. In 93 % der Fälle waren die Täter männlich. 76 % der Opfer waren weiblich. Unter den Opfern waren insgesamt 17 Kinder. In 66 % der untersuchten Fälle wurden die Ehe- oder Lebenspartner der Täter zu Opfern. In 71 % der Fälle wurde der erweiterte Suizid in der eigenen häuslichen Umgebung verübt. In mehr als jedem zweiten Fall (57 %) kam es zum Erschießen des Opfers. Die insgesamt ermittelten Hauptmotive der Tat waren überwiegend Konflikte in der Partnerschaft sowie finanzieller Ruin.

Im Übrigen verweisen Siems et al. darauf, dass der Begriff „erweiterter Suizid“ durch die Bezeichnung „Homizid-Suizid“ ersetzt werden sollte, um der Schwere der Tat Rechnung zu tragen. Hierdurch wird das vorsätzliche Tötungsdelikt zulasten Dritter stärker berücksichtigt als der eigene Suizid. Hierdurch sollen die Schwere der Tat sowie die Opfer deutlicher in den Vordergrund treten als bei einer Bezeichnung als „erweiterter Suizid“.

---

<sup>27</sup> Förster K (2009). 'Erweiterter Suizid'. Der Nervenarzt, 80(9).

<sup>28</sup> Liem M (2010). Homicide followed by suicide: A review. Aggression and violent behavior, 15(3), 153-161.

<sup>29</sup> Siems A et al. (2017). Erweiterter Suizid: Postmortem-Studie am Institut für Rechtsmedizin Frankfurt am Main von 1994 bis 2014. Rechtsmedizin, 27, 175-184.

### 3. Suizidalität

Suizidalität wird im Folgenden verstanden als „alle Gedanken und Handlungen, bei denen es darum geht, den eigenen Tod anzustreben bzw. diesen als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf zu nehmen“<sup>30</sup>. Darunter fallen suizidale Gedanken, Suizidideen und -absichten, Suizidankündigungen, Suizidversuche und Suizide. Entsprechend komplex ist das Konzept der Suizidalität, sodass von zahlreichen Interaktionen zwischen verschiedenen Einflussfaktoren ausgegangen wird, die weiterer Forschung bedürfen.<sup>31</sup>

#### 3.1 Risikofaktoren für Suizidalität

Einflüsse auf ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung von Suizidalität können sich durch genetische Faktoren oder biologische Veränderungen (z. B. zerebrale Stoffwechselveränderungen) zeigen. Auch psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren beeinflussen das Risiko für die Entwicklung von Suizidalität. In diesem Zusammenhang können insbesondere ein fehlendes Zugehörigkeitserleben bzw. eine mangelhafte Integration in Familien-, Berufs- oder Gesellschaftsstrukturen, sowie das Gefühl, für andere eine Last zu sein, das Risiko für die Entwicklung von Suizidalität erhöhen. Weitere Einflüsse können z. B. die Art der Medienberichte über Suizidalität und insgesamt belastende Lebensereignisse sein.<sup>32</sup>

Psychische Erkrankungen gelten allgemein als der größte Risikofaktor für einen Suizid.<sup>33</sup> In der jüngeren Forschung wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass diese Erkenntnis nicht dazu führen sollte, andere Risikofaktoren in der Betrachtung zu vernachlässigen.<sup>34</sup> Weiterhin bleibt zu bedenken, dass sich einzelne Risikofaktoren für Suizide auch gegenseitig bedingen und verstärken können. Eine eindeutige Kausalitätskette ist nicht immer klar definierbar.

---

<sup>30</sup> Dreier M & Liebherz S & Härter M (2022). Suizidalität. a. a. O.

<sup>31</sup> Carballo JJ et al. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 759-776.

<sup>32</sup> Dreier M & Liebherz S & Härter M (2022). Suizidalität. a. a. O.

<sup>33</sup> Bertolote JM & Fleischmann A (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002,1, S. 181–185. PMID: PMC1489848.

<sup>34</sup> Brieger P & Menzel S & Hamann J (2022). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 65(1), 25-29. doi: 10.1007/s00103-021-03464-0.

Nach dem aktuellen Stand der Forschung können insbesondere folgende Risikofaktoren für Suizidalität benannt werden:

- Psychische Grunderkrankungen, insbesondere depressive und manisch-depressive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen
- Frühere Suizidversuche und Suizide/Suizidversuche in der Familiengeschichte
- Übermäßiger Konsum von Alkohol<sup>35</sup> sowie anderen Drogen und Suchtstoffen
- Außergewöhnlich belastende Erlebnisse (z. B. körperliche Gewalt, sexueller oder emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung, Heimunterbringung)
- Arbeitsplatzverlust, finanzielle Probleme, Hoffnungslosigkeit
- Chronische Schmerzen
- Biologische Faktoren (z. B. Stoffwechseleränderungen im Gehirn)
- Impulsivität oder aggressive Persönlichkeit
- Konflikte in und Verlust von Beziehungen, soziale Isolation und fehlende soziale Unterstützung
- Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden
- Fehlende Bitte um Hilfe (z. B. aufgrund von Angst vor Stigmatisierung<sup>36</sup>)

Mit Blick auf psychische Störungen haben Studien gezeigt, dass insbesondere Erkrankungen wie Major Depression, Dysthymie, Generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung und Alkoholabhängigkeit mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität einhergehen.<sup>37</sup> In den letzten Jahrzehnten ist die Anzahl der auf übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum resultierenden Suizide in Deutschland

---

<sup>35</sup> Vgl hierzu auch: Gesundheitsberichterstattung Schleswig-Holstein (2023). Alkoholkonsum der Menschen in Schleswig-Holstein. [https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht\\_alkoholkonsum.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht_alkoholkonsum.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (zuletzt aufgerufen am 21.11.2023).

<sup>36</sup> Oexle N. & Rüscher N. (2018). Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens. *Nervenarzt* 89, 779–783 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0450-8> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>37</sup> Bernal M et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 27-34.

jedoch deutlich rückläufig. Dies wird insbesondere mit den in Deutschland existierenden Angeboten der Gesundheitsversorgung (z. B. ambulante Suchtkrankenhilfe) erklärt.<sup>38</sup> Darüber hinaus konnten einige demographische Indikatoren als Risikofaktoren identifiziert werden, die mit den bereits oben genannten Faktoren eng zusammenhängen. So haben Menschen, die allein leben, verwitwet oder geschieden sind bzw. keine Kinder haben, ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko.<sup>39,40</sup>

### 3.2 Suizidalität in Schleswig-Holstein

Suizidalität spielt bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen, wie zum Beispiel bei Depressionen und Psychosen, eine Rolle, sodass eine exakte Quantifizierung des Phänomens schwierig ist. Dies wird am ICD-10 Code R45.8 deutlich. Bei der ICD-10 Kategorie R45 handelt es sich um Symptome, die die Stimmung betreffen. Der Code R45.8 beschreibt sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen und umfasst auch Suizidalität und Suizidgedanken.

Für 2021 gibt die Krankenhausdiagnosestatistik insgesamt 27 stationäre Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose R45.8 (Suizidalität, Suizidgedanken) für Schleswig-Holstein an (Statistisches Bundesamt). Aussagekräftiger ist jedoch auch hier ein Blick auf die Nebendiagnosen. Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Nebendiagnose R45.8 (Suizidalität, Suizidgedanken) der vollstationären Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe für 2022 in Schleswig-Holstein. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer, ältere Menschen etwas häufiger als jüngere. Bei der Betrachtung fällt jedoch insbesondere eine Spitze bei Mädchen und jungen Frauen unter 20 Jahren auf, die stärker als jede andere Untergruppe von der Nebendiagnose R45.8 betroffen ist.

---

<sup>38</sup> Haan P & Hammerschmid A & Lindner R & Schmieder J. (2019). Todesfälle durch Suizid, Alkohol und Drogen sinken deutlich bei Männern und Frauen in Ost- und Westdeutschland, DIW Wochenbericht, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 86, Iss. 7/8, pp. 99-105.

<sup>39</sup> Forkmann T et al. (2012). Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(5), 401-405.

<sup>40</sup> Bernal M et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe. a. a. O.



Alter von ... bis unter ... Jahre	männlich	weiblich
10-20	13	47
20-30	15	27
30-40	21	33
40-50	28	24
50-60	39	27
60-70	27	19
70 und älter	31	36
<b>Gesamt</b>	<b>174</b>	<b>213</b>

*Tabelle 7: Anzahl der Nebendiagnose R45.8 (Suizidalität, Suizidgedanken) der vollstationären Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe für 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG), Statistisches Bundesamt).*

Ein Blick auf die polizeiliche Kriminalstatistik zu Suizidversuchen in Schleswig-Holstein zeigt eine vergleichbare Prominenz der Gruppe von Mädchen und jungen Frauen. Tabelle 8 zeigt geschlechtergetrennt die durchschnittlichen Anteile der Jahre 2011 bis 2022 verschiedener Altersgruppen an der Polizei bekannt gewordenen Suizidversuchen in Schleswig-Holstein. Hierbei ist zu erkennen, dass in der Gruppe der Frauen die Altersgruppe bis 21 Jahre fast doppelt so stark repräsentiert ist als bei der Gruppe der Männer. Auch in absoluten Zahlen zeigen sich bei Suizidversuchen sehr junger Menschen deutliche Unterschiede bei den Geschlechtern. Im Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2022 (Alter bis 21 Jahre) gab es hiernach bei den Mädchen und jungen Frauen 50,3 Suizidversuche pro Jahr. Bei den Jungen und jungen Männern waren es hingegen 32,6 Suizidversuche pro Jahr. Aus den dargestellten Zahlen ergibt sich ein besonderer Handlungsbedarf gegenüber Mädchen und jungen Frauen, um diese vor der Entwicklung von Suizidalität zu schützen.

Zur Frage, wie viele Menschen sich aktuell aufgrund ihrer Suizidalität in stationärer Versorgung befinden, kann aufgrund der dargestellten Einschränkungen keine konkrete Aussage erfolgen.

Altersgruppe	männlich	weiblich
bis 21 Jahre	11,9 %	21,5 %
21 bis 40 Jahre	39,0 %	33,9 %
40 bis 60 Jahre	35,5 %	31,8 %
über 60 Jahre	13,6 %	12,8 %

Tabelle 8: Anteile an Suizidversuchen nach Geschlecht und Altersgruppen (Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2022) in Schleswig-Holstein (Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein, Landeskriminalamt Schleswig-Holstein)

In der zeitlichen Entwicklung zeigen die Abbildungen 9 und 10, dass die Prävalenz von Suizidalität in Schleswig-Holstein seit dem Jahr 2011 insgesamt angestiegen ist. Inwieweit die Anstiege durch eine tatsächliche Zunahme von Erkrankungen oder z. B. eine verbesserte Dokumentation oder einen besseren Zugang zur medizinischen Regelversorgung bedingt sind, kann durch die Daten nicht ermittelt werden. Bei der Betrachtung fällt auf, dass Jungen und junge Männer bis 20 Jahre als einzige Gruppe von dieser ansteigenden Entwicklung weitgehend ausgenommen sind. Dies deckt sich mit den übrigen dargestellten Beobachtungen, dass unter jungen Menschen Mädchen und junge Frauen deutlich überproportional von Suizidalität betroffen sind.

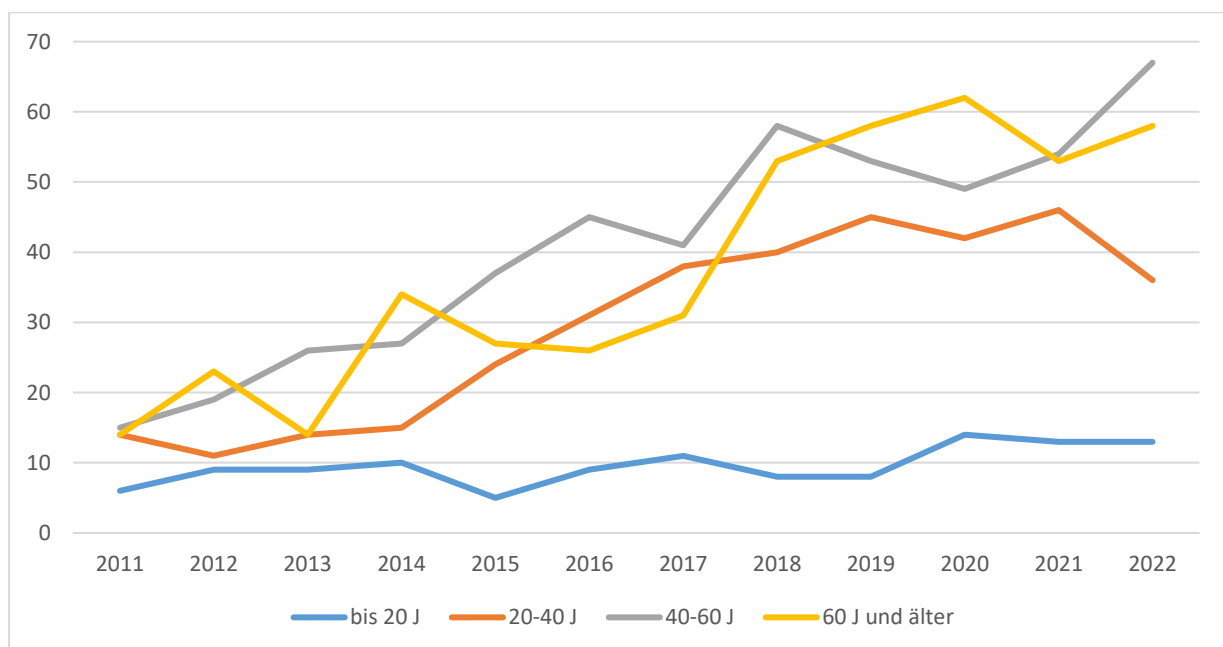


Abbildung 9: Anzahl der Nebendiagnose R45.8 (Suizidalität, Suizidgedanken) der männlichen vollstationären Patienten nach Altersgruppe für die Jahre 2011-2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG), Statistisches Bundesamt).

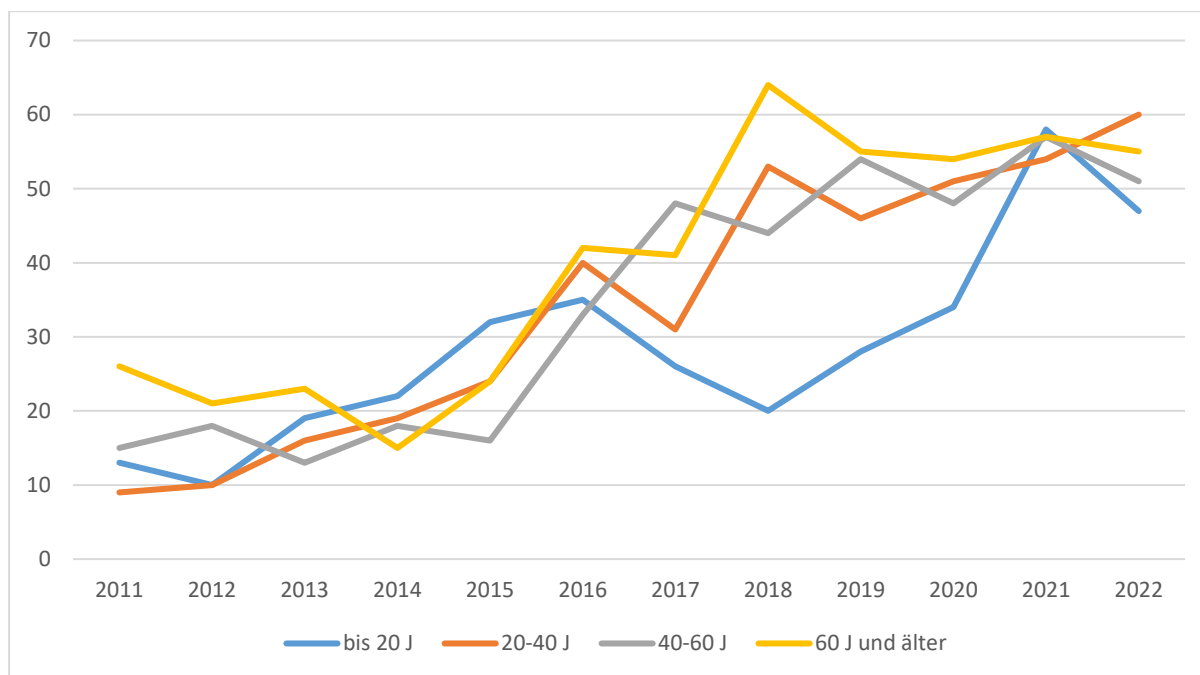


Abbildung 10: Anzahl der Nebendiagnose R45.8 (Suizidalität, Suizidgedanken) der weiblichen vollstationären Patientinnen nach Altersgruppe für die Jahre 2011-2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG), Statistisches Bundesamt).

## 4. Hilfestrukturen und Suizidprävention in Schleswig-Holstein

### 4.1 Hilfestrukturen für suizidgefährdete Menschen

In Schleswig-Holstein wird die psychiatrische Unterstützung möglichst dezentral und in unmittelbarer Nähe zur Gemeinde angeboten. Die regelhaft vorhandenen Unterstützungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen auch suizidgefährdeten Personen zur Verfügung. Menschen mit akuter Suizidgefährdung erhalten jederzeit unmittelbare Hilfe in jedem Krankenhaus und jeder anderen Einrichtung der stationären oder ambulanten Gesundheitsversorgung.

Im Folgenden werden die verschiedenen spezifischen Hilfsstrukturen näher erläutert:

#### Ambulante psychotherapeutische Versorgung

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung standen im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein insgesamt 1.191 niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung, um Unterstützung zu bieten.

Darin enthalten sind auch 215 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne vertragsärztlichen Versorgungsauftrag. Seit 2013 hat sich die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein von 688 auf 976 kontinuierlich erhöht. Eine Darstellung der Entwicklung in absoluten Zahlen kann der Tabelle 10 im Anhang entnommen werden. Auch die Therapeutendichte hat sich im gleichen Zeitraum von 24,4 auf 33 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner stetig erhöht (Abbildung 11). Der Aufwuchs ist dabei besonders deutlich bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erkennen. Zur zeitlichen Entwicklung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung liegen keine Daten vor.

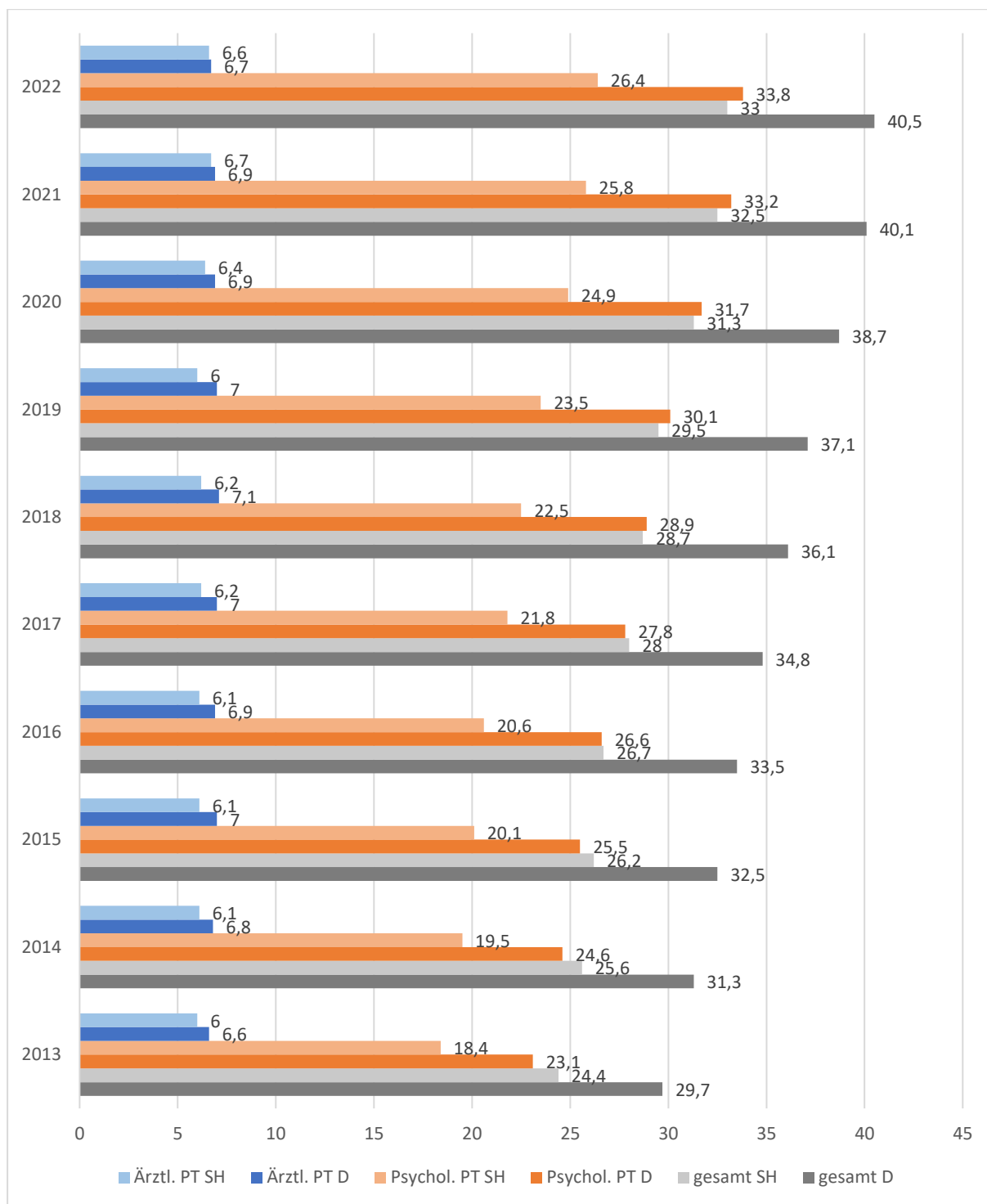


Abbildung 11: Anzahl der vertragsärztlich tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein und Deutschland für die Jahre 2013 bis 2022 (Quelle: Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) spielt bei der Vergabe von Terminen eine wichtige Rolle als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Die Terminservicestelle ist unter der Telefonnummer 116 117 an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr erreichbar. Die KVSH unterstützt dabei, Termine bei niedergelassenen Haus- oder Fachärzten zu vereinbaren, um sicherzustellen, dass gesetzlich Versicherte in Schleswig-Holstein medizinische Betreuung erhalten. Darüber hinaus bietet die Terminservicestelle auch die Möglichkeit, bestimmte Termine bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erhalten.

Zu konkreten Wartezeiten für Patientinnen und Patienten auf einen ambulanten Therapieplatz in Schleswig-Holstein und ihrer zeitlichen Entwicklung liegen der Landesregierung keine Daten vor. Nach einer Mitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) beträgt nach Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die durchschnittliche Wartezeit zwischen Erstgespräch und Therapiebeginn 142,4 Tage.<sup>41</sup>

Die KVSH weist in diesem Zusammenhang auf eine Veröffentlichung durch den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)<sup>42</sup> hin. Dabei werden die Angaben der BPtK mit Abrechnungsdaten der Ersatzkassen analysiert. Der vdek weist dabei auf verschiedene Zeiträume zwischen der Kontaktaufnahme (Sprechstunde), dem Beginn probatorischer Sitzungen sowie der Richtlinien-therapie hin. Die Zeit, in der Sprechstunde und Probatorik stattfinden, wird dabei nicht als Wartezeit gewertet. Nach der Datenauswertung des vdek für das Jahr 2021 erhielten 75,1 % der bei den Ersatzkassen Versicherten spätestens drei Wochen nach der letzten Sprechstunde einen ersten Probatorik-Termin. 61,5 % der Versicherten konnten zudem ihre Richtlinien-therapie spätestens weitere drei Wochen nach der letzten probatorischen Sitzung beginnen. Die Daten zeigen jedoch auch, dass 9,5 % (zwischen Sprechstunde und Probatorik) bzw. 16,3 % (zwischen Probatorik und Richtlinien-therapie) jeweils

---

<sup>41</sup> Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2022). Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie. <https://bptk.de/pressemitteilungen/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

<sup>42</sup> Malinke S (2023). Moderate Wartezeit auf Psychotherapie. Ersatzkassenmagazin, 4. Ausgabe 2023. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2023-04/analyse-wartezeiten-psychotherapie.html> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

mehr als 42 Tage warten mussten. Zudem weist auch der vdek darauf hin, dass Wartezeiten vor der ersten Sprechstunde nicht abgebildet werden können.

Bei der Beurteilung der Daten im Zusammenhang mit Suizidalität bleibt ferner zu bedenken, dass die Reform der Psychotherapie-Richtlinie<sup>43</sup> im Jahr 2017 u. a. die Psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt hat, wodurch eine differenzierte Betrachtung auf Wartezeiten notwendig wird.<sup>44</sup> Während sich Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie tendenziell verlängert haben, haben sich Wartezeiten auf eine Akutbehandlung verkürzt.<sup>45</sup> Weiterhin muss bedacht werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihren realen Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt sein können und hohe Aufwände bei der Therapeuten- und Terminsuche, Antragsstellungen z. B. bei Sozialversicherungsträgern sowie Wartezeiten für diese Menschen ernsthafte Versorgungsbarrieren darstellen können.<sup>46</sup>

#### Stationäre psychiatrische/psychosomatische Versorgung

In Schleswig-Holstein gibt es 24 Einrichtungen der vollstationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung mit insgesamt 2.769 Betten. Davon fallen 2.027 Betten auf die psychiatrische und 461 Betten auf die psychosomatische Versorgung. Für die spezialisierte Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen in Schleswig-Holstein an sechs Standorten insgesamt 281 vollstationäre Betten zur Verfügung.<sup>47</sup>

Für die tagesklinische Versorgung Erwachsener in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik bestehen insgesamt 1.092 Behandlungsplätze an 30 Standorten. Hinzu kommen 206 tagesklinische Behandlungsplätze für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie an 13 Standorten.

---

<sup>43</sup> <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (zuletzt aufgerufen am 22.11.2023).

<sup>44</sup> Rabe-Menssen C & Ruh M & Dazer A (2019). Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. Psychotherapie Aktuell 1-2019), S. 25-34.

[https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Umfragen/PTA1.2019\\_Versorgungssituation.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Umfragen/PTA1.2019_Versorgungssituation.pdf) (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

<sup>45</sup> Singer S & Maier L & Paserat A et al. (2022). Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. Psychotherapeut 67, 176–184. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00551-0> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

<sup>46</sup> Kivelitz L & Watzke B & Schulz H & Märter M & Melchior H (2015). Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. Psychiatrische Praxis 2015. 42(08) S. 424-429. DOI: 10.1055/s-0034-1370306.

<sup>47</sup> Vgl. hierzu auch LT-Drs. 20/1536.

Die Verteilung auf die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein ist in Tabelle 9 und den Abbildungen 12 und 13 dargestellt. Eine Zuordnung der Betten und Behandlungsplätze auf die einzelnen Standorte kann zudem der Tabelle 11 im Anhang entnommen werden.

Kreis/Kreisfreie Stadt	Betten Psychiatrie	TK-Plätze Psychiatrie	Betten Psychosomatik	TK-Plätze Psychosomatik
Flensburg	71	51	22	15
Kiel	150	99	20	20
Lübeck	205	102	25	15
Neumünster	86	35	11	0
Dithmarschen	44	64	4	15
Herzogtum-Lauenburg	30	82	1	15
Nordfriesland	77	45	33	0
Ostholstein	328	96	85	0
Pinneberg	110	46	19	0
Plön	53	75	0	0
Rendsburg/Eckernförde	70	46	4	0
Schleswig-Flensburg	162	31	21	0
Segeberg	400	122	172	15
Steinburg	43	31	13	15
Stormarn	198	57	31	0
<b>Schleswig-Holstein gesamt</b>	<b>2.027</b>	<b>982</b>	<b>461</b>	<b>110</b>

*Tabelle 9: Anzahl der vollstationären Betten und tagesklinischen Behandlungsplätze in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) nach Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausplan Schleswig-Holstein).*



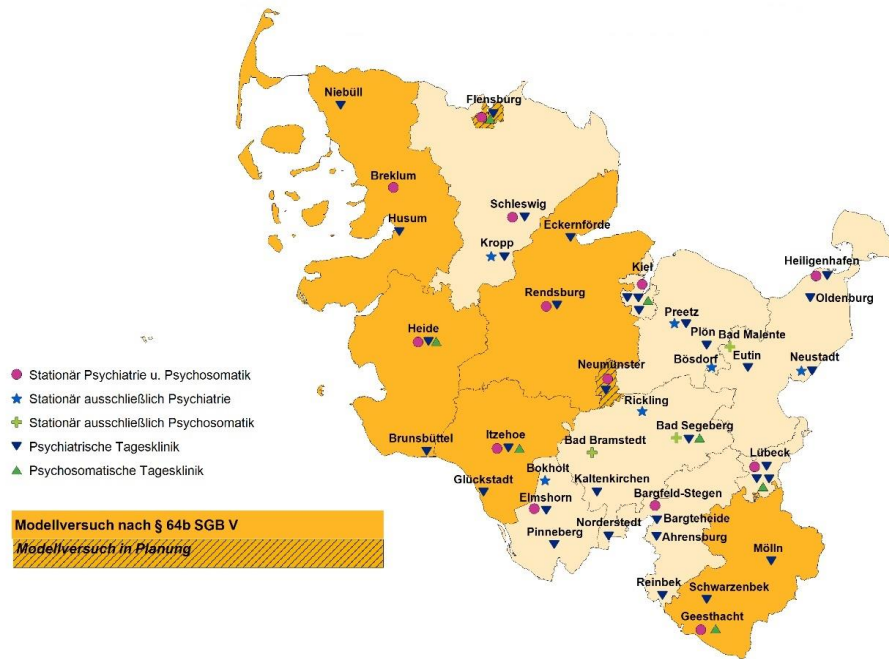


Abbildung 12: Verteilung der Einrichtungen zur voll- und teilstationären Versorgung für Psychiatrie und Psychosomatik (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausplan Schleswig-Holstein).

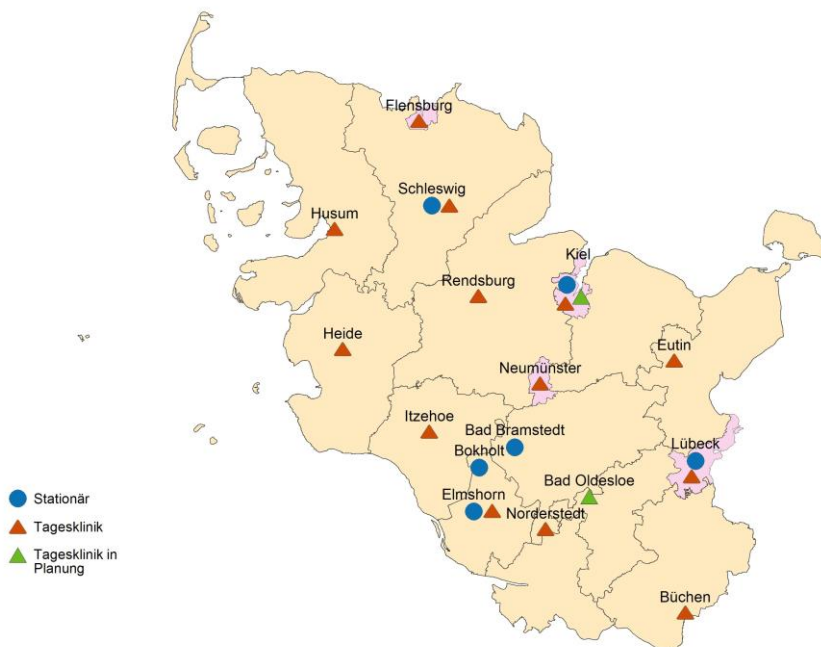


Abbildung 13: Verteilung der Einrichtungen zur voll- und teilstationären Versorgung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausplan Schleswig-Holstein).

### Sozialpsychiatrische Dienste

Die Kreise und kreisfreien Städte sind nach § 2 des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) Träger der sozialpsychiatrischen Dienste. Diese können Ratsuchende beraten und in akuten Krisensituationen unterstützen und eingreifen.

Die Kreise und kreisfreie Städte koordinieren die Hilfsleistungen für Personen mit psychischen Erkrankungen und treffen Entscheidungen bezüglich der Förderung niedrigschwelliger Unterstützung. Sie sind außerdem für die Einleitung und Umsetzung gegebenenfalls erforderlicher Zwangsmaßnahmen zuständig.

Für Personen, die akut psychisch belastet oder erkrankt sind, sowie für deren engste Bezugspersonen, stehen Kriseninterventionsdienste zur Verfügung. Diese Dienste bieten aufsuchende Hilfe an und beraten zu sozialpsychiatrischen und psychosozialen Problemen.

Die Kreise und kreisfreien Städte überwachen die ordnungsgemäße Umsetzung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen.

### Offene psychische Hilfen

Die Angebote der offenen psychischen Hilfen werden vom Land gemeinsam mit den Kreisen und kreisfreien Städten über den Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen gefördert. Die Einrichtungen der offenen psychischen Hilfen (z. B. Kieler Fenster, Die Brücke SH, AWO SH) bieten sehr niedrigschwellige Hilfe u. a. in psychischen Krisensituationen. Sie stehen Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen offen. Angeboten werden z. B. persönliche Beratungsgespräche, hauptamtlich geleitete Gruppen, Selbsthilfegruppen oder lebenspraktische Gruppen sowie offene Treffpunkte vor Ort. Die grundsätzlich kostenlosen Angebote dienen insbesondere einer frühzeitigen und effektiven Vermittlung weiterer spezifischer Hilfen und der Prävention von Chronifizierung oder Verschlechterung psychischer Erkrankungen.

Die Förderung entsprechender Angebote ist in Schleswig-Holstein nach dem Gesundheitsdienstgesetz grundsätzlich eine verpflichtende Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte.

Um die Folgen unterschiedlicher Strukturmerkmale (z. B. Anziehungskraft großer Städte, Bereitstellung von Flächenangeboten in dünn besiedelten Kreisen) auszugleichen sowie um möglichst vergleichbare Standards landesweit zu gewährleisten, beteiligt sich darüber hinaus das Land freiwillig an der wichtigen Förderung dieser Hilfestrukturen. Über den aktuellen Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen (Laufzeit 2023 bis 2028) stellt die Landesregierung den Kreisen und kreisfreien Städten insgesamt jährlich ca. 4,1 Millionen Euro zur Förderung von Einrichtungen der offenen psychischen Hilfen und der ambulanten Suchtkrankenhilfe zur Verfügung. Im aktuellen Vertrag wurde die jährliche Fördersumme dabei im Vergleich zum Vorgängervertrag um 20 % erhöht. Die Auswahl der jeweils konkret geförderten Einrichtungen erfolgt regelmäßig dezentral in den entsprechenden Kreisen und kreisfreien Städten. Der Vertrag sieht jedoch auch die zweckgebundene Förderung einzelner Einrichtungen mit überregionalem Angebot vor, z. B. die Beratungsstelle Eß- o-Eß oder der Verein Frauen Sucht Gesundheit e. V. (beide Kiel).

### Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und suizidgefährdete Personen

Ein bedeutender Bestandteil der Hilfestrukturen für psychisch erkrankte Menschen, suizidgefährdete Personen und ihre Angehörigen sind Selbsthilfegruppen. Im Rahmen des Empowerments, also der Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen, bedeutet Selbsthilfe, sich der eigenen Interessen und Handlungsmöglichkeiten bewusst zu werden. Durch den Austausch mit anderen und die Auseinandersetzung mit persönlichen, herausfordernden Erfahrungen können neue Wege erkannt und beschritten werden. Forschungsergebnisse zeigen, dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen einen nachweisbaren Nutzen aus ihrer Teilnahme ziehen. Sie erfahren psychische Unterstützung, sind besser informiert und engagieren sich aktiver bei der Bewältigung ihrer Leiden und Probleme.<sup>48</sup>

In Schleswig-Holstein existieren einige Selbsthilfegruppen, die sich auf die psychische Gesundheit fokussieren. Diese Gruppen richten sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen, Personen mit Suizidgefährdung sowie deren Angehörige. Auch Trauernde, die einen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben, finden

---

<sup>48</sup> Heuchemer, P. (2016). "Inklusion selbst in die Hand nehmen. Mehr Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen durch Selbsthilfe in seelischen Krisen." 1. Auflage. Herausgeber: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

hier Unterstützung. Die Kontaktstelle "KIBIS" stellt ausführliche Kontaktdaten und Informationen für Beratung im Bereich Selbsthilfe bereit. Dabei fungiert sie als zentrale Anlaufstelle für sämtliche Selbsthilfeaktivitäten. Eine umfassende Übersicht aller Kontaktstellen in Schleswig-Holstein ist unter [www.selbsthilfe-sh.info](http://www.selbsthilfe-sh.info) verfügbar.<sup>49</sup>

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, online den Weg zu einer Selbsthilfegruppe zu finden oder Kontakt zu den örtlichen Kontaktstellen sowie zu regionalen und überregionalen Selbsthilfeangeboten zu suchen. Dies kann über die Selbsthilfe-App erfolgen, die in Zusammenarbeit zwischen den Trägern aller Selbsthilfekontaktstellen im Land entwickelt wurde und von der Techniker Krankenkasse (TK) gefördert wird. Federführend entwickelt wurde diese App von KISS Lübeck und der gemeinnützigen GmbH KinderWege für den Schleswig-Holsteinischen Arbeitskreis der Selbsthilfekontaktstellen (SASK).<sup>50</sup>

#### Spezifische Angebote für Betroffene in (suizidalen) Lebenskrisen

Der Verein "Lichtblick Flensburg e.V." konzentriert sich speziell auf die Versorgung von Menschen in suizidalen Krisen. Die Organisation bietet Menschen zeitnahe und kostenfreie Unterstützung an. Menschen, die mit suizidalen Gedanken zu kämpfen haben, können sich dort melden und erhalten in der Regel innerhalb von 48 Stunden einen Beratungstermin. Diese schnelle Erreichbarkeit ist aus professioneller Sicht von entscheidender Bedeutung, um angemessen auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu reagieren. Darüber hinaus werden die Hürden für die Inanspruchnahme der Hilfe durch die Tatsache verringert, dass der Service in jedem Fall kostenlos ist.

Die Arbeit des Vereins konzentriert sich auf Gespräche zur Krisenintervention, wobei der Schwerpunkt auf der Bewältigung der aktuellen Krise liegt. Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Klientinnen und Klienten relativ kurz ist. Für dieses Jahr wurden im Durchschnitt etwa sechs Gespräche pro Person verzeichnet. Extrapoliert man die aktuelle Statistik bis zum Jahresende, werden voraussichtlich in diesem Jahr etwa 500 Menschen in etwa 3.500 Gesprächen begleitet.

Hinzu kommt ein spezifisches Präventions- und Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen und bei Suizidgefahr (Lichtblick Lifeline) beim Träger

---

<sup>49</sup> Kontaktstellen für Information und Beratung im Bereich Selbsthilfe (KIBIS). [www.selbsthilfe-sh.info](http://www.selbsthilfe-sh.info) (zuletzt abgerufen am 27.11.2023).

<sup>50</sup> KIBIS. a. a. O.

Lichtblick Flensburg e.V. Das Projekt wird seit 2022 mit Landesmitteln gefördert. Diese wurden in 2023 auf 150 T€ aufgestockt, um eine Ausweitung des Projektes über die Stadt Flensburg hinaus zunächst auf die Kreise Nordfriesland und Schleswig-Flensburg zu ermöglichen. Im Landeshaushaltsentwurf für das Jahr 2024 sind derzeit weitere Mittel für die Ausweitung auf die Kreise Rendsburg-Eckernförde und Dithmarschen vorgesehen.

Der Deutsche Kinderschutzbund (DKSB) als bundesweiter Dachverband und der Landesverband Schleswig-Holstein, die zugehörigen Orts- und Kreisverbände sowie Partnerorganisationen betreiben die Beratungshotline „Nummer gegen Kummer“.<sup>51</sup> Unter der kostenlosen Rufnummer 116 111 erhalten Kinder und Jugendliche von ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern fachkundige und anonyme Hilfe bei Sorgen und Nöten. Auch Suizidalität ist in diesem Zusammenhang immer wieder Beratungsthema. Die Beraterinnen und Berater sind hierfür speziell geschult. In Schleswig-Holstein wird an den Standorten Kiel (Der Kinderschutzbund Ortsverband Kiel e. V.), Lübeck (Gemeindediakonie Lübeck) und Stormarn (Der Kinderschutzbund Kreisverband Stormarn e. V.) ein Kinder- und Jugendtelefon betrieben. Am Standort Kiel wird zusätzlich das Projekt „Jugendliche beraten Jugendliche“ angeboten, bei denen die Anrufenden auf jugendliche Beraterinnen und Berater treffen. Hierdurch wird ein weiterer sehr niedrigschwelliger Zugangsweg bereitgestellt. Die Kinder- und Jugendtelefone in Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2022 insgesamt 18.127 Mal kontaktiert. Daraus resultierten 3.878 qualifizierte Beratungsgespräche. Die anteilmäßig größte Altersgruppe der Anrufenden stellten dabei die 12- bis 16-jährigen Kinder und Jugendlichen (42,5 % aller Anrufe).

## 4.2 Hilfestrukturen für Angehörige

Viele Angebote der niedrigschwelligen Hilfs- und Beratungsangebote (z. B. offene psychische Hilfen in Schleswig-Holstein) stehen ausdrücklich auch den Angehörigen psychisch kranker Menschen offen. Das ist auch deshalb wichtig, da von Suizidalität betroffene Menschen häufig nicht selbst die Kraft aufbringen können, eigenständig Zugang zum Hilfesystem zu suchen. Darüber hinaus stehen Angehörigen, die z. B. aufgrund eines Suizids oder Suizidversuchs im familiären Umfeld eine eigene

---

<sup>51</sup> DKSB Landesverband Schleswig-Holstein. <https://www.kinderschutzbund-sh.de/projekte/nummer-gegen-kummer> (zuletzt abgerufen am 15.11.2023).

psychische oder psychosomatische Symptomatik entwickeln, sämtliche Angebote der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung offen.

Neben der „Nummer gegen Kummer“, die sich an Kinder und Jugendliche richtet, betreibt der Landesverband Schleswig-Holstein beim Deutschen Kinderschutzbund unter der Telefonnummer 0800-1110550 auch ein Elterntelefon. In vielen Fällen nutzen Eltern dieses kostenlose Angebot, um zum ersten Mal anonym über mögliche Nöte und Konflikte mit dem eigenen Kind sowie die eigene Hilflosigkeit zu sprechen. Dadurch öffnen sich Möglichkeiten, Eltern und Kindern Zugang zu weiteren Strukturen der Hilfesysteme aufzuzeigen. Gerade bei Suizidalität ist eine frühe Vermittlung von Hilfen besonders erfolgversprechend. In Schleswig-Holstein wird an den Standorten Bad Oldesloe (Der Kinderschutzbund Kreisverband Stormarn e. V.), Neustadt/Ostholstein (Der Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e. V.) und Kiel (Der Kinderschutzbund Ortsverband Kiel e. V.) ein Elterntelefon betrieben. Hier gingen im Jahr 2022 insgesamt 2.145 Anrufe ein, woraus sich 1.136 qualifizierte Beratungen entwickelten.

Der Verein "Lichtblick Flensburg e.V." bietet seit mehr als zwei Jahrzehnten eine wichtige Anlaufstelle für Menschen, die nach einem Suizidfall trauern. In enger Kooperation mit den örtlichen Trauerangeboten hat der Verein seit 2016 ein spezielles Programm für Betroffene entwickelt. Dieses Programm umfasst zwei geleitete Trauergruppen sowie eine Selbsthilfegruppe, in denen Betroffene die Möglichkeit haben, sich mit anderen in ähnlichen Situationen auszutauschen und gezielte Unterstützung im Umgang mit ihrer Trauer zu erhalten. Darüber hinaus befindet sich derzeit eine Trauerwerkstatt in der Entwicklung, in der auf kreative und künstlerische Weise mit den unterschiedlichen Gefühlen im Trauerprozess gearbeitet werden kann.

Darüber hinaus stellt die Selbsthilfeorganisation "AGUS – Angehörige um Suizid e.V." sowohl bundesweit als auch in Schleswig-Holstein Unterstützung für Trauernde bereit, die einen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben. Diese Angebote stehen sowohl in Form von Gruppenveranstaltungen als auch online zur Verfügung.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> AGUS e.V. - für Suizidtrauernde bundesweit. <https://agus-selbsthilfe.de/> (zuletzt aufgerufen am 27.11.2023).

### 4.3 Präventionsangebote

Die Gründe, warum Menschen einen Suizid planen oder verüben, sind sehr vielschichtig. In vielen Fällen kommen mehrere endogene und exogene Faktoren zusammen. Psychische Grunderkrankungen, traumatische Erlebnisse, akute Lebenskrisen, sozialer oder beruflicher Abstieg sind dabei nur einige der möglichen Faktoren. Suizidprävention ist daher ganzheitlich auf allen Ebenen der Gesellschaft zu betrachten.<sup>53</sup> Im Sinne einer Primärprävention sind dabei grundsätzlich Maßnahmen zu sehen, die Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität reduzieren.<sup>54</sup> Hier sind insofern, neben Aufklärungsarbeit, z. B. universelle Maßnahmen zur sozialen Sicherung, der allgemeinen Gesundheitsversorgung und spezifischer Beratungshilfen einzelner Risikofaktoren (z. B. Schuldnerberatung) zu nennen. Weitere wichtige Präventionsangebote sind niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote für hilfeschuchende Personen.<sup>55</sup> Diese Angebote werden in Schleswig-Holstein insbesondere über die offenen psychischen Hilfen gefördert.

Zur speziellen Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter wurden im Rahmen des durch das Land geförderten Projektes „Lichtblick Lifeline“ in den vergangenen zwei Jahren etwa 100 Präventionsveranstaltungen an Schulen durchgeführt. Hierbei wurden insgesamt ca. 2.200 Schülerinnen und Schüler erreicht. Die Resonanz ist weiterhin sehr hoch, sodass bereits viele Termine für das kommende Jahr vereinbart worden sind.

Ein weiterer wichtiger Weg zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen ist die Beschränkung von Zugangsmöglichkeiten zu typischen Suizidmethoden und verwendeten Mitteln. Hier sind z. B. die Zugangsbeschränkungen zu Schusswaffen, bauliche Maßnahmen an Bauwerken sowie die Verkleinerung von Packungsgrößen einzelner Risikomedikamente zu nennen.<sup>56</sup>

Die Landesregierung hat in ihrem Arbeitsprogramm bereits 2021 Maßnahmen zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen umgesetzt, die die Bereitschaft

---

<sup>53</sup> Schneider B et al. (2021). Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven. Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195.

<sup>54</sup> Ajdacic-Gross V & Gadola E & Rössler W (2006). Möglichkeiten der Suizidprävention. Managed Care 1/2006. <https://www.rosenfluh.ch/media/managed-care/2006/01/Moeglichkeiten-der-Suizidpraevention.pdf> (zuletzt aufgerufen am 20.11.2023).

<sup>55</sup> Schneider B et. al (2021). a. a. O.

<sup>56</sup> Schneider B et al. (2021). a. a. O.

Hilfe anzunehmen verbessern können. Hierzu wurde u. a. ein Fachtag zur Entstigmatisierung am 17. November 2021 durchgeführt, in dessen Rahmen verschiedene Arbeitsgruppen initiiert wurden. Diese sollen Maßnahmen zur Entstigmatisierung in der Schule, am Arbeitsplatz und im öffentlichen Raum voranbringen. Als konkrete Maßnahme wurden Kurse zur seelischen Gesundheit initiiert, die ausdrücklich und konkret die Ansprache und Hilfe von Menschen mit Suizidabsichten thematisieren und damit Laien die Sicherheit geben, betroffene Menschen anzusprechen und zu helfen. Eine deutliche Ausweitung dieser Angebote ist angestrebt (Mental-Health-First-Aid-Kurse).

Derzeit arbeitet das Bundesgesundheitsministerium an einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie. Der Bundestag hatte im Juli 2023 die Bundesregierung in einem Entschließungsantrag<sup>57</sup> aufgefordert, bis zum 30. Juni 2024 dem Bundestag einen Gesetzentwurf und eine Strategie für Suizidprävention vorzulegen.<sup>58</sup>

## 5. Zusammenfassung

Die Themen Suizid und Suizidalität treffen grundsätzlich alle Gesellschafts- und Altersschichten. Häufig handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel von individuellen Risikofaktoren, persönlichen Lebensentwicklungen sowie zahlreichen weiteren endogenen und exogenen Einflüssen.

Die altersstandardisierte Sterberate durch vorsätzliche Selbsttötung lag in Schleswig-Holstein im Jahr 2021 bei 11,2 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Sie ist seit Jahren kontinuierlich rückläufig (seit 1998: minus 32,9 %). Auch die Anzahl der bekannt gewordenen Suizidversuche – sowohl über die polizeiliche Kriminalstatistik als auch über die ausgewertete Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) – ist über die Jahre rückläufig. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Suizide in jüngeren Altersgruppen häufiger versucht und in älteren Altersgruppen häufiger vollendet werden. Männer verüben etwa zwei Drittel aller Suizide, während Frauen bei den Suizidversuchen überrepräsentiert sind. Dieses Geschlechterparadoxon wird auch in vielen internationalen Studien beobachtet.

---

<sup>57</sup> BT Drs. 20/7630. <https://dip.bundestag.de/vorgang/suizidpr%C3%A4vention-st%C3%A4rken/301514> (zuletzt abgerufen am 24.11.2023).

<sup>58</sup> Ärzteblatt v. 22.11.2023. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147530/Nach-acht-Jahren-wieder-mehr-Suizide-verzeichnet> (zuletzt abgerufen am 24.11.2023).



Die Prävalenz von Suizidalität in Schleswig-Holstein ist – entgegen der Entwicklung bei Suiziden und Suizidversuchen – seit 2011 insgesamt ansteigend. Bei der Analyse der Verteilung von Suizidalität in der Bevölkerung Schleswig-Holsteins zeigt sich dabei eine auffällige Häufung bei Mädchen und jungen Frauen.

Während Suizidalität in den meisten Fällen nur ein vorübergehender Zustand ist, endet ein Suizid zwangsläufig unumkehrbar. Daher ist die effektive Bereitstellung adäquater Hilfen von zentraler Bedeutung. Schleswig-Holstein hat insgesamt eine breit aufgestellte Basis heterogener Hilfsstrukturen für Menschen, die von Suizidalität oder akuter Suizidgefahr betroffen sind. Neben den Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung (z. B. Krankenhäuser, ambulante psychotherapeutische Versorgung), kommt dabei den niedrighschwelligten Hilfesystemen eine besonders große Bedeutung zu. Diese sind in Schleswig-Holstein bewusst kommunal diversifiziert aufgestellt, um die lokalen Bedarfe besser abbilden zu können.

Als präventiv auf einen Rückgang von Suizidalität und Suiziden wirkend sind grundsätzlich alle Maßnahmen zu betrachten, die Risikofaktoren für die Entwicklung von Suizidalität senken. Von besonderer Bedeutung ist auch die Schärfung des Bewusstseins durch Aufklärung der Öffentlichkeit und die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten sowie eine verbesserte Identifikation vulnerabler Gruppen.

## 6. Quellen

AGUS e.V. - für Suizidtrauernde bundesweit. <https://agus-selbsthilfe.de/> (zuletzt aufgerufen am 27.11.2023).

Ajdacic-Gross V & Gadola E & Rössler W (2006). Möglichkeiten der Suizidprävention. *Managed Care* 1/2006. <https://www.rosenfluh.ch/media/managed-care/2006/01/Moeglichkeiten-der-Suizidpraevention.pdf> (zuletzt abgerufen am 20.11.2023).

Andriessen, K. (2006). Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics? *The European Journal of Public Health*, 16(4), 445-445.

Bertolote JM & Fleischmann A (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002,1, S. 181–185. PMID: PMC1489848.

Bertolote JM. & Fleischmann A & De Leo D & Wasserman D (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 147-155.

Bernal M et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 27-34.

Brieger P & Menzel S & Hamann J (2022). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 65(1), 25-29. doi: 10.1007/s00103-021-03464-0.

Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2022). Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie. <https://bptk.de/pressemitteilungen/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Canetto SS & Sakinofsky I (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.

Carballo JJ et al. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 759-776.

Dreier M & Liebherz S & Härter M (2022). Suizidalität. *psychenet – Netz psychische Gesundheit* (2022). <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/suizidalitaet.html> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Eckert O et al. (2019). Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 62, 1493-1499 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03055-0> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Forkmann T et al. (2012). Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(5), 401-405.

Förster K (2009). 'Erweiterter Suizid'. *Der Nervenarzt*, 80(9).

Glasow N (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Logos-Verlag, Berlin.

Glasow N & universalRAUM (Hrsg.) (2012). *Evidenzbasiertes Planungshandbuch EPH Psychiatrie*. Reihe: EPH. Band 1. 1. Auflage, Dresden.

Haan P & Hammerschmid A & Lindner R & Schmieder J. (2019). Todesfälle durch Suizid, Alkohol und Drogen sinken deutlich bei Männern und Frauen in Ost- und Westdeutschland, DIW Wochenbericht, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 86, Iss. 7/8, pp. 99-105.

Helbich M & Plener P L & Hartung S & Blüml V (2017). Spatiotemporal suicide risk in Germany: A longitudinal study 2007–11. *Scientific reports*, 7(1), 7673.

Heuchemer P (2016). Inklusion selbst in die Hand nehmen. Mehr Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen durch Selbsthilfe in seelischen Krisen. 1. Auflage. Herausgeber: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Kontaktstellen für Information und Beratung im Bereich Selbsthilfe (KIBIS). [www.selbsthilfe-sh.info](http://www.selbsthilfe-sh.info) (zuletzt abgerufen am 27.11.2023).

Kivelitz L & Watzke B & Schulz H & Märter M & Melchior H (2015). Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis* 2015. 42(08) S. 424-429. DOI: 10.1055/s-0034-1370306.

Liem M (2010). Homicide followed by suicide: A review. *Aggression and violent behavior*, 15(3), 153-161.

Malinke S (2023). Moderate Wartezeit auf Psychotherapie. *Ersatzkassemagazin*, 4. Ausgabe 2023. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2023-04/analyse-wartezeiten-psychotherapie.html> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Nock M K & Borges G & Bromet E J & Alonso J & Angermeyer M & Beautrais A & Williams D (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 98-105.

OECD (2016). Die OECD in Zahlen und Fakten 2015-2016: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft, OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/factbook-2015-de> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Oexle N. & Rüscher N. (2018). Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens. *Nervenarzt* 89, 779–783 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0450-8> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Özsöz F & Luff J & Siegerstetter J (2022). Der Suizid in der Polizeilichen Kriminalstatistik Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 65(1),11-17. doi: 10.1007/s00103-021-03463-1.

Rabe-Menssen C & Ruh M & Dazer A (2019). Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. Psychotherapie Aktuell 1-2019), S. 25-34. [https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Umfragen/PTA1.2019\\_Versorgungssitutation.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Umfragen/PTA1.2019_Versorgungssitutation.pdf) (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Radeloff D et al. (2016). Suizid und Suizidalität unter adoleszenten Häftlingen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vol 44 No 1. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000394> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Ritter D & Pesch M & Lewitzka U et al. (2016). Suizidalität von Inhaftierten. Nervenarzt 87, 496-505. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0121-1> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Schelhase, T. (2022). Suizide in Deutschland: Ergebnisse der amtlichen Todesursachenstatistik. Bundesgesundheitsblatt 65, 3-10 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03470-2> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Schneider B et al. (2021). Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven. Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195.

Schneider B & Fiedler G (2021). Suizid - Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5\\_62](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_62) (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Schrijvers DL et al. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of affective disorders, 138(1-2), 19-26.

Siems A et al. (2017). Erweiterter Suizid: Postmortem-Studie am Institut für Rechtsmedizin Frankfurt am Main von 1994 bis 2014. Rechtsmedizin, 27, 175-184.

Singer S & Maier L & Paserat A et al. (2022). Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. Psychotherapeut 67, 176–184. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00551-0> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Von Schönfeld C-E & Schneider F & Schröder T & Widmann B & Botthof U & Driessen M (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. Nervenarzt 77, 830-841. <https://doi.org/10.1007/s00115-005-1946-1> (zuletzt abgerufen am 22.11.2023).

Wewetzer C & Quaschner K (2019). Suizidalität (Vol. 27). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

## 7. Anhang

Gruppe	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein</b>	170	172	175	176	180	179	173	185	196	196
<b>Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein</b>	518	553	574	593	630	652	683	725	753	780
<b>Gesamtanzahl Schleswig-Holstein</b>	688	725	749	769	810	831	856	910	949	976
<b>Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland</b>	5.310	5.486	5.740	5.675	5.761	5.931	5.827	5.765	5.782	5.624
<b>Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland</b>	18.683	19.937	20.949	21.962	23.040	24.024	25.047	26.390	27.601	28.511
<b>Gesamtanzahl Deutschland</b>	23.993	25.423	26.689	27.637	28.801	29.955	30.874	32.155	33.383	34.135

*Tabelle 10: Anzahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland und Schleswig-Holstein für die Jahre 2013-2022 (Quelle: Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung).*

Name der Klinik	Anzahl der Betten Psychiatrie	Anzahl der TK-Plätze Psychiatrie	Anzahl der Betten Psychosomatik	Anzahl der TK-Plätze Psychosomatik
Diako Fachklinik Nordfriesland	71	51	22	15
AMEOS Klinikum Kiel	23	12	0	0
Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) Kiel *1	127	52	20	20
AMEOS Klinikum Lübeck *2	72	37	0	0
AMEOS Klinikum Lübeck *3	26	0	0	0
Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) Lübeck *4	107	28	25	15
Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster	86	0	11	0
Westküstenklinikum Heide	44	49	4	15
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht *5	30	82 (+16)	1	15
Diako Fachklinik Nordfriesland *6	77	45	33	0
AMEOS Klinikum Neustadt *7	138	44	0	0
AMEOS Klinikum Heiligenhafen	190	17	7	0
Curtius-Klinik Malente	0	0	78	0
Regio Klinikum Elmshorn	91	23	19	0
Fachklinik Bokholt	19	0	0	0
AMEOS Klinikum Preetz	53	18	0	0
Schön Klinik Rendsburg	70	28	4	0
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Kropp	26	11	0	0
Helios Klinik Schleswig Fachklinik	136	20	21	0
Psychiatrisches Krankenhaus Rickling *8	400 (360+40)	122	0	0
Klinikum Itzehoe	43	31	13	15
Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus *9	198	57	31	0
Segeberger Kliniken	0	0	53	15

Schön Klinik Bad Bramstedt	0	0	119	0
Psychiatrische Tagesklinik Kieler Fenster *10	0	35	0	0
Die Brücke Lübeck	0	37	0	0
Psychiatrische Tagesklinik Neumünster	0	35	0	0
Westküstenkliniken Brunsbüttel	0	15	0	0
Tagesklinik Ostholstein	0	18	0	0
AMEOS Klinikum Oldenburg	0	17	0	0
Regio Klinikum Pinneberg	0	23	0	0
Fachklinik Ruhleben-Freudenholm	0	24	0	0
Psychiatrische Tagesklinik Preetz	0	18	0	0
Psychiatrische Tagesklinik Plön	0	15	0	0
Schön Klinik Eckernförde	0	18	0	0
<b>Schleswig-Holstein gesamt</b>	<b>2.027</b>	<b>982</b>	<b>461</b>	<b>110</b>

*Tabelle 11: Anzahl der vollstationären Betten und tagesklinischen Betreuungsplätze je Einrichtung für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>59</sup>) (Quelle: Krankenhausplan Schleswig-Holstein).*

\*1: TK Psychiatrie Karlstal (25) und Niemannsweg (25); TK Psychosomatik Klaus-Groth-Platz ( 20); TK Gaarden: nach Fertigstellung des Neubaus in der Preetzer Straße erfolgt eine Erweiterung auf 50 Plätze (+ 10 Psych, + 15 KJP); Für die Dauer der Baumaßnahme der ZIP Kiel am Campus Niemannsweg werden 5 Planbetten Psychosomatik zum 01.01.2022 an den Standort ZIP Lübeck Campus Lübeck verlagert.

\*2: 17 TK-Plätze Psychiatrie in der Kahlhorststr. 33 (Schwerpunkt Gerontopsychiatrie), 20 weitere Plätze in der Krepeldorfer Allee.

\*3: Nur Suchttherapie.

\*4: Für die Dauer der Baumaßnahme der ZIP Kiel am Campus Niemannsweg werden 5 Planbetten Psychosomatik zum 01.01.2022 an den Standort ZIP Lübeck Campus Lübeck verlagert.

\*5: TK Psychiatrie in Schwarzenbek (16), Mölln (25), Geesthacht (26), Lauenburg (15). Eine TK Psychiatrie in Ratzeburg (16) wurde bewilligt, ist jedoch noch nicht umgesetzt.

\*6: TK Psychiatrie in Breklum (15), Husum (15) und Niebüll (15).

\*7: TK Psychiatrie in Eutin.

\*8: Zum 01.01.2024 erfolgt eine Verlagerung von 40 Planbetten des Fachbereiches Psychiatrie und Psychotherapie von der Fachklinik Ruhleben-Freudenholm an das Psychiatrische Krankenhaus Rickling. Tageskliniken Psychiatrie in Bad Segeberg (36), Norderstedt (52) und Kaltenkirchen (34).

<sup>59</sup> Vgl. hierzu LT-Drs. 20/1536.



\*<sup>9</sup>: TK Psychiatrie in Ahrensburg (18), Reinbek (21) und Bargtheide (18). Mit Inbetriebnahme der TK Bad Oldesloe wird die Platzzahl von 57 um 18 auf 75 Plätze erhöht.

\*<sup>10</sup>: Mit Fertigstellung des Neubaus werden 5 weitere TK-Plätze ausgewiesen, voraussichtlich 01/2024.