



SUIZIDAL UND
SÜCHTIG –
EIN **DOPPELTES**
TABU?

Suizidalität und Suizidprävention
bei Suchterkrankungen

19.-21. September 2014

42. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft
für Suizidprävention

Grüßwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich möchte Sie als Vorsitzender der DGS herzlich zu der 42. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention einladen, die vom 19. bis 21. September 2014 in Köln stattfinden wird. Gastgeber ist in diesem Jahr die LVR-Klinik Köln, mit der ärztlichen Direktorin Frau Professor Gouzoulis-Mayfrank, der ich für die Gastfreundschaft danken möchte. Die Vorbereitungsgruppe wird von unserem Vorstandsmitglied Frau Professor Barbara Schneider angeführt, Chefärztin der dortigen Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen. Das Tagungsthema in diesem Jahr lautet: »Suizidal und süchtig – ein doppeltes Tabu? Suizidalität und Suizidprävention bei Suchterkrankungen«. Damit wird nicht nur ein sehr aktuelles Thema aufgenommen, sondern auch eines, das in der psychosozialen Versorgung eine hohe Bedeutung hat. So zeigen epidemiologische Untersuchungen, dass alleine etwa 4% der deutschen Bevölkerung alkoholabhängig sind. Suchtkranke Menschen stellen bekanntlich eine wichtige und zahlenmäßig sehr bedeutende Risikogruppe für Suizidhandlungen dar und stellen damit Aufgaben an die Suizidprävention. Suchterkrankungen können auch als so genannte Komorbidität bei Vorliegen verschiedener anderer psychischer Erkrankungen die Behandlung komplizieren und das Suizidrisiko erhöhen. Darüber hinaus spielen Suchtmittel bei vielen Suizidhandlungen eine komplizierende und gefährliche Rolle, die unsere besondere Aufmerksamkeit verdient. Dabei sind neben Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, die hierzulande zahlenmäßig an erster Stelle stehen, der Konsum von illegalen Drogen und

abhängigkeitserzeugenden Medikamenten zu beachten. Ebenso sind Fragen von Sucht und von damit einhergehender Suizidalität bei Nikotin inzwischen in breiter Diskussion wie bei Glücksspiel und auch beim Umgang mit Medien. Es ergibt sich daraus ein weites Themenfeld, das die Veranstalter sehr breit abzudecken versuchen. Ich möchte hier den Dank für die Vorbereitungsarbeit, die Organisation und das Aufgreifen dieses wichtigen Themas ganz ausdrücklich aussprechen. Man könnte sogar fragen, ob das Tabu, das im Titel benannt ist, auch in der Suizidprävention überprüft werden muss, immerhin ist es in der jahrzehntelangen Geschichte der DGS-Herbsttagungen die erste Tagung, die sich diesem Thema explizit widmet. Zwar war die wissenschaftliche Frühjahrstagung in Schloss Reisenburg 1993, vor mehr als 20 Jahren, diesem Thema gewidmet, der lange Zeitraum seit dieser Tagung, das unterschiedliche Format der inzwischen traditionellen Herbsttagungen und die bedeutenden Entwicklungen in Suchtbehandlung wie -forschung legen die hier angebotene Auseinandersetzung mit den aktuellen Diskussionen an der Schnittstelle von Sucht und Suizidalität nahe und sind daher sehr willkommen. Sie können in Köln Experten zu diesen Fragen hören, können in Diskussion treten, und hoffentlich Anregungen bekommen, die für die tägliche Arbeit hilfreich sind. Ich wünsche Ihnen ein anregendes Wochenende in Köln.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
Vorsitzender der DGS

INHALT

Unterkunft	6
Gesellschaftsabend	7
Anmeldung	8 -9

Programm

• Freitag	11
• Samstag	12
• Sonntag	12

Abstracts

• Vorträge	14-21
• Workshops	22-27
• Referenten	28-29

Wir bedanken uns bei den Sponsoren des wissenschaftlichen Teils des Programms. Die Sponsoren werden bei der Veranstaltung bekanntgemacht.

ANKÜNDIGUNG

43. DGS-HERBST-TAGUNG, gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS)

Termin: 2.- 4. Oktober 2015
Ort: Hall in Tirol
Arbeitstitel: "Zwang zum Leben? Die Rolle der klinischen Behandlung."

Kontakt: Fr. Brigitte Durda
 Landeskrankenhaus Hall in Tirol
 Milser Straße 10
 A-6060 Hall in Tirol
 brigitte.durda@tilak.at



Liebe Tagungsgäste,

als Oberbürgermeister freue ich mich, dass die Stadt Köln gastgebende Stadt für die 42. Jahrestagung der DGS, der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, ist. Denn nach wie vor ist die Suizidprävention ein drängendes Thema. Deutschlandweit gibt es jährlich etwa 10.000 Suizide, darüber hinaus eine hohe Dunkelziffer an Suizidversuchen. In unserer Stadt Köln sind jährlich über 100 Suizidfälle zu verzeichnen.

Das Thema der diesjährigen Tagung lautet „Suizidal und süchtig – ein doppeltes Tabu? Suizidalität und Suchtprävention bei Suchterkrankungen“. Sucht und suizidales Verhalten zeigen Parallelen auf. Beide sind Grenzsituationen menschlichen Verhaltens. Und bei beiden stellt sich im besonderen Maße die Frage nach dem Sinn des Lebens und nach der Freiheit des Menschen. Dies sind vielleicht auch Gründe, warum bei diesen Problematiken der präventive wie der therapeutische Zugang zu den Betroffenen so schwierig ist.

Sucht und suizidales Verhalten können sich auch gegenseitig bedingen. So kann eine Suchterkrankung das Risiko eines suizidalen Verhaltens erhöhen. Ebenso können Phasen suizidaler Gefährdung das Entstehen einer Suchtproblematik begünstigen.

Grußwort

Daher ist es zu begrüßen, dass diese beiden Themen Suizidalität und Sucht im Zusammenhang betrachtet und differenziert beleuchtet werden, um die Hilfsangebote für die Betroffenen entsprechend auszurichten und die Prävention zu verbessern.

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ich wünsche Ihnen, dass diese Tagung zu Ihrer Bereicherung und zu einer Erweiterung Ihres Könnens beiträgt - sowohl durch die interessanten Vorträge, die praxisorientierten Workshops als auch durch den Austausch mit anderen Menschen, die sich zu diesem Thema wissenschaftlich, professionell und ehrenamtlich engagieren. Nutzen Sie aber auch in Zeiten der Muße die reichhaltigen kulturellen und kulinarischen Angebote Kölns und lernen Sie die zahlreichen historischen Sehenswürdigkeiten kennen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Domstadt Köln am Rhein.

Ihr

Jürgen Roters
 Oberbürgermeister der Stadt Köln

AUT VIAM INVENIAM AUT FACIAM!

ENTWEDER ICH FINDE EINEN
WEG ODER ICH BAUE EINEN.

(HANNIBALS REAKTION AUF DIE MITTEILUNG, MAN KÖNNE
DIE ALPEN NICHT MIT ELEFANTEN ÜBERWINDEN)

ÜBERNACHTUNG // Köln

Die Übernachtungen sind nicht im Tagungsbeitrag enthalten und selbst zu buchen. In Köln finden parallel viele unterschiedliche Veranstaltungen und Messen statt. Wir empfehlen die rechtzeitige Reservierung der Unterbringung.

Ganz in der Nähe der LVR-Klinik Köln finden Sie folgendes Hotel:

Hotel Servatius Köln,
Servatiusstraße 73
51109 Köln
Tel.: 0221 890030

Bitte geben Sie bei der Buchung an, dass Sie zu der Veranstaltung in der LVR-Klinik Köln kommen.

Auch die Touristeninformation der Stadt Köln gibt Auskünfte.

Touristeninformation der Stadt Köln
Tel.: 0221 346 430
www.koelntourismus.de

Hier erhalten Sie auch umfangreiche Informationen zu den Veranstaltungsangeboten und Sehenswürdigkeiten der Stadt Köln.

GESELLSCHAFTSABEND AM SAMSTAG, 20.09.2014 IM BRAUHAUS GAFFEL AM DOM DA GEHT DER KÖLNER ZU FUSS HIN.

Das Brau- und Wirtshaus »Gaffel am Dom« befindet sich im altherwürdigen und denkmalgeschützten Deichmannhaus auf der nördlichen Seite des Kölner Doms direkt an der Kölner Altstadt. Das »Gaffel am Dom« ist ein Brauhaus typisch rheinischer Prägung: Bürgerlich, deftig, behaglich und, wie es dem Rheinländer so eigen ist, positiv, heiter, mit viel Sonne im Herzen. Erleben Sie einen stimmungsvollen Abend im Herzen von Köln. Genießen Sie gutes traditionelles Essen und Trinken, knüpfen Sie in entspannter Atmosphäre neue Kontakte, führen Sie anregende Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen.

Gaffel am Dom
KÖLSCHES BRAU- UND WIRTSHAUS

Ausstellung

Suizid – keine Trauer wie jede andere

Die Ausstellung „Suizid – keine Trauer wie jede andere“ gibt auf über 20 Großtafeln Informationen zur Todesursache Suizid, erläutert die Besonderheiten und Erschwernisse für Hinterbliebene nach einer Selbsttötung und zeigt Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige auf. Mit der Wanderausstellung gibt die Selbsthilfeorganisation „AGUS ev. – Angehörige nach Suizid“ Informationen über Selbsttötungen und die schwere Trauer danach für alle, die sich aus beruflichen oder persönlichen Gründen mit dem Tabuthema Suizid auseinandersetzen.

Führung: Samstag 13:30 Uhr,
Elisabeth Brockmann,
AGUS Selbsthilfe e.V.

Die Ausstellung ist zu sehen im Gebäude R (Suchtfachambulanz), LVR Klinik Köln



ANMELDUNG

Zur Anmeldung nutzen Sie bitte beiliegendes Anmeldeformular.
Bitte per Mail oder Fax an:

Mail: dgstagung.2014@lvr.de
Fax: 0221 - 8993486

INFORMATIONEN:

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen,
LVR- Klinik Köln
Sekretariat: Tel.: 0221 8993 401

Die Zertifizierung der Tagung ist bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.

Beitrag für den Gesellschaftsabend im Brauhaus Gaffel am Dom: 35,00 €. Die Zahl der Plätze ist begrenzt, bitte bei der Anmeldung Teilnahme angeben.

Bitte überweisen Sie die Beiträge auf das Konto der

LVR-KLINIK KÖLN
IBAN: DE41 3705 0198 0002 9827 18
BIC: COLSDE33
BANK: STADTSPARKASSE KÖLN BONN

Kennwort: 42. Jahrestagung DGS,
LVR-Klinik Köln mit der Angabe
Ihres Namens

In der Tagungsgebühr sind Pausenimbiss und die Pausengetränke enthalten. Am Tag der Veranstaltung melden Sie sich bitte im Tagungsbüro Gebäude H an.

FAXANMELDUNG 0221 8993 486

LVR-KLINIK KÖLN
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln

Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln

Auskunft erteilt:
KARL SCHNEIDER
Tel.: 0211 8993 299

BIRGIT WEISEL, KERSTIN SCHIFFER
Tel.: 0221 8993 401
Fax: 0221 8993 486

E-Mail: dgstagung.2014@lvr.de

ANMELDUNG ZUR 42. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SUIZIDPRÄVENTION SUIZIDAL UND SÜCHTIG – EIN DOPPELTES TABU? 19.09. BIS 21.09.2014 IN DER LVR-KLINIK KÖLN

Ich melde mich verbindlich für die DGS-Tagung 2014 in Köln an und überweise den Tagungsbeitrag auf das unten aufgeführte Konto.

Ich möchte teilnehmen

<input type="checkbox"/> an der gesamten Tagung:	bis 31.07.2014	ab 01.08.2014
Vollbeitrag	■ 135,00 €	■ 150,00 €
DGS-Mitglieder	■ 120,00 €	■ 130,00 €
Studenten/Auszubildende	■ 70,00 €	■ 75,00 €

<input type="checkbox"/> an einzelnen Tagen:	Freitag	Samstag	Sonntag
Vollbeitrag	■ 40,00 €	■ 100,00 €	■ 40,00 €
DGS-Mitglieder	■ 30,00 €	■ 90,00 €	■ 30,00 €
Studenten/Auszubildende	■ 20,00 €	■ 50,00 €	■ 20,00 €

am Gesellschaftsabend (35,00 €)

Ich möchte an folgenden Workshops teilnehmen:

Sa-Vormittag: Nr. alternativ Nr.

Sa-Nachmittag: Nr. alternativ Nr.

!! Die Anzahl der Teilnehmer/innen der Workshops ist begrenzt!

Bei Stornierung werden 30% des überwiesenen Beitrags als Bearbeitungsgebühr einbehalten.

Name, Vorname, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Beruf

E-Mail / Tel.

Datum Unterschrift

!! **HINWEIS:** Die Zertifizierung der Tagung ist bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.

Bankverbindung: LVR-Klinik Köln, Stadtparkasse Köln Bonn, IBAN: DE41 3705 0198 0002 9827 18,
BIC: COLSDE33; Verwendungszweck: 42. DGS-Tagung LVR-Klinik Köln

Wir bitten um Ihre
**ANMELDUNG
UND DIE BE-
GLEICHUNG DER
TAGUNGSGEBÜHR**
möglichst bis zum
11.09.2014

LVR-KLINIK KÖLN

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN

FACHKRANKENHAUS
FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE



PROGRAMM

VORTRÄGE // WORKSHOPS

VORTRÄGE Freitag, 19.09.2014

- 14:00** Tagungsbüro // *Anmeldung*
15:00 Eröffnung und Grußworte
- Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache, Ministerium für Gesundheit, Emazipation, Pflege und Alter des Landes NRW
 - Bürgermeister der Stadt Köln Hans-Werner Bartsch
 - Ärztliche Direktorin LVR-Klinik Köln, Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
 - Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
 - Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf, Referat Suizidologie DGPPN

Moderation: Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer

- 16:00** Was kann die Epidemiologie zur Suizidprävention beitragen?
Prof. Dr. Armin Schmidtke

16:30 **Pause**

- 17:00** Suchtmittelkonsum und Suchtprävention // Prof. Dr. Elisabeth Pott
17:30 Suchterkrankungen und Suizidalität // Prof. Dr. Barbara Schneider

Come-Together

- ab 19:00** Mitgliederversammlung DGS e.V.

VORTRÄGE Samstag, 20.09.2014

- 8:00** Meeting der Mitglieder „AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens“
PD Dr. Reinhard Lindner
- ab 8:30** Tagungsbüro
Moderation: Prof. Dr. Armin Schmidtke, Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf
- 9:30** Was ist ein Tabu? // Prof. Dr. Hartmut Kraft
- 10:00** Schuld, Scham, Stigma und Sucht: eine tabuisierte Viererbeziehung
Dr. Robert Stracke
- 10:30** Tabu und Suizidalität // Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf
- 11:00 Pause**
- Moderation: PD Dr. Peter Häussermann, Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig
- 11:30** Affektive Störungen, Sucht und Suizidalität // Dr. Ute Lewitzka
- 12:00** Suizidalität bei Achse I- und Achse II-Komorbidität
Prof. Dr. Martin Driessen
- 12:30** Jenseits von Depression und posttraumatischer Belastungsstörung:
Gibt es psychosoziale Risikofaktoren für den Suizid?
Evidenz aus bevölkerungsbasierten Studien
Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig
- 13:00-14:30 Mittagspause**
- 13:30** Führung durch die AGUS-Ausstellung // Dipl.-Soz. Päd. Elisabeth Brockmann
- 13:00** Meeting der Mitglieder des Referates Suizidologie der DGPPN //
-14:00 Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf, Prof. Dr. Barbara Schneider
- Moderation: Prof. Dr. Martin Driessen, Prof. Dr. Tilman Wetterling
- 14:30** Narzisstische Liebe und Suizidalität // Assoc. Prof. PD Dr. Nestor Kapusta
- 15:00** Suizidalität bei Alkoholkrankungen // Prof. Dr. Tilman Wetterling
- 15:30 Pause**
- Moderation: Prof. Dr. Thomas Bronisch, Prof. Dr. Ulrich Preuß
- 16:00** Sucht, Genetik und Suizidversuche // Prof. Dr. Ulrich Preuß
- 16:30** Genetik, impulsiv-aggressives Verhalten als Risikofaktor für Sucht und Suizidalität
PD Dr. Ina Giegling
- 17:00** Fremd- und eigenaggressives Verhalten – Ergebnisse aus der Bildgebung
Dr. David Prvulovic

VORTRÄGE Sonntag, 21.09.2014

- Moderation: Dipl. Psych. Sabine Fink, Dr. med. Ute Lewitzka
- 09:00** Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie an der Schnittstelle
von Sucht und Suizidalität // Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
- 09:30** Psychotherapeutische Behandlung suizidaler, süchtiger Männer
PD Dr. Reinhard Lindner
- 10:00** (Suchtkranke) Bürger - Suchtmittelgebrauch und Suizidalität
aus Sicht der Polizei // Dipl. Psych. Sabine Fink
- 10:30 Pause**
- Moderation: Prof. Dr. Barbara Schneider, Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
- 11:00** Glücksspielsucht und Suizidalität: Die Prävalenz von
Suizidversuchen bei pathologischen Spielern in einer Österreichweiten
Behandlungsstichprobe // Prof. Dr. Friedrich Wurst
- 11:30** Der Selbstmord in der Kunst - der Suizid in der
darstellenden Kunst // Prof. Dr. Thomas Bronisch

Verabschiedung mit Podiumsdiskussion

WORKSHOPS Samstag, 20.09.2014

- 9:30 – 12:30 Uhr**
- WS 3 Motivierende Gesprächsführung – eine Einführung // Dr. Thomas Kuhlmann
WS 6 ... hat sich das Leben genommen.“ – Was sage ich den Angehörigen?
Dipl. Soz. Päd. Elisabeth Brockmann
- WS 23 EPA Workshop Suizidrisikobewertung (EPA Itinerant CME Course)
Assoc. Prof. PD Dr. Nestor Kapusta, Prof. Dr. Dan Rujescu,
Prof. Dr. Marco Sarchiapone
- WS 9 Umgang mit chronischer Suizidalität // PD Dr. Thomas Reisch
WS 21 Fremd- und Selbstbestimmung bei suizidalem Verhalten und Autonomie am
Lebensende
Prof. Dr. Hans-Ludwig Wedler, Prof. Dr. Barbara Schneider
- WS 16 Suizidalität und Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen in der ambulanten
therapeutischen und beratenden Arbeit
Dipl. Psych. Janina Heinrichs, Dipl. Soz. Michael Witte
- WS 12 Suizidgefahr – ein komplexes pflegerisches Handlungsfeld
Bruno Hemkendreis
- WS 14 Umgang mit Suizidalität im Konsildienst und im ambulanten Setting
Prof. Dr. Burkhard Jabs
- 9:30 – 11:00 Uhr**
- WS 5 Behandlungskonzepte bei Doppeldiagnose Sucht und Psychose
Prof. Dr. Markus Banger
- 11:00 – 12:30 Uhr**
- WS 22 Komorbidität Sucht und Trauma
Dr. (c) Laycen Chuey-Ferrer, Günter Mainusch
- 14:00 – 15:30 Uhr**
- WS 1 Umgang mit suizidalen Anruferinnen und Anrufern und E-Mailanfragen
Dipl. Psych. Georg Fiedler, Dipl. Psych. Jürgen Schramm
- WS 2 Sucht im Alter // PD Dr. Peter Häussermann
- WS 8 Umgang mit Suizidalität bei forensischen Patienten // Dr. Christian Prüter-Schwarte
- WS 10 Neue neurobiologische Erkenntnisse zu Sucht und Suizidalität
Prof. Dr. Dan Rujescu
- WS 11 Auswirkungen ökonomischer Bedingungen auf suizidales Verhalten
Dr. Sylvia Schaller
- WS 13 Aktuelle Leitlinien zur Substitution // Dr. Konrad Isernhagen
- WS 18 Bewältigung von Suiziden im beruflichen Kontext // Dr. Franciska Illes
- 14:00 – 16:15 Uhr**
- WS 15 Partnerschaftsprobleme und -krisen bei Suchterkrankungen -
Risiken und Hilfen // Prof. Dr. Michael Klein
- 15:00 – 16:30 Uhr**
- WS 17 Rechtliche Aspekte und Suizidalität - Besonderheiten im ärztlichen Behandlungsvertrag
bei der Behandlung von Suizidalität // Daniela Hery
- WS 19 Erkennen akuter Suizidalität während der stationären Behandlung Alkoholabhängiger –
Theorie und Praxis // Dr. Peter Summa-Lehmann
- WS 20 Interventionen nach Suizidversuchen älterer Menschen // Prof. Dr. Tillmann Supprian
- WS 4 Der Aspekt der Suizidalität in der ambulanten Suchtbehandlung // Joachim Plath
- WS 7 Suizidalität und Sucht bei Angehörigen des Militärs // Flottillenarzt Dirk Preuß



ABSTRACTS VORTRÄGE // Freitag

WAS KANN DIE EPIDEMIOLOGIE ZUR SUIZIDPRÄVENTION BEITRAGEN?

Armin Schmidtke

Epidemiologie beschäftigt sich mit der Verteilung von Krankheiten, deren Vorstufen und Folgen sowie mit den Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen. Sie leitet daraus Maßnahmen zur Prävention ab und evaluiert deren Wirksamkeit. Suizidzahlen werden in Deutschland seit über 100 Jahren erfasst, ihre Auswertung dient der allgemeinen Beschreibung des Suizidrisikos, u. a. als Ausdruck der psychischen Gesundheit der Gesamtbevölkerung, einer Region und von spezifischen Gruppen. Als Risikogruppe für Suizid und suizidale Handlungen wird eine Gruppe bezeichnet, deren Suizid- oder Suizidversuchsziffer deutlich höher ist als die der Allgemeinbevölkerung bzw. einer entsprechenden Alters- und Geschlechtsvergleichsgruppe.

Im Vortrag werden empirische Befunde zur Epidemiologie von Suizidalität diskutiert, die der Prävention dienen können. In Deutschland haben sich im letzten Jahr, für das offizielle Zahlen vorliegen (2012), 7287 Männer und 2603 Frauen selbst das Leben genommen. Über die Zeit ist für die Gesamtbevölkerung ein Rückgang festzustellen, obwohl eine längere Lebenserwartung zu berücksichtigen ist. Die Ergebnisse der vorliegenden deutschen epidemiologischen Untersuchungen, die sich mit der räumlichen Verteilung von Suiziden und Korrelationen mit sozialen Variablen beschäftigen, lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass Korrelationen der Suizidhäufigkeit gefunden wurden mit Gebieten, die sich durch eine erhöhte Rate von Ein-Personen-Haushalten, der Rate von Personen pro Wohngebäude, der Rate der Geschiedenen, der Rate der strukturell unvollständigen Familien, der Rate der weiblichen Ein-Personen-Haushalte und der Rate alleinstehender Frauen, die noch andere miternähren müssen, auszeichnen. Diese spezifischen Variablen könnte man vordergründig als Indikatoren sozialer Desintegration ansehen. Das Suizidrisiko nimmt mit dem Alter vor allem für Männer deutlich zu. Alle internationalen und nationalen Untersuchungen stimmen dahingehend überein, dass eine psychische Erkrankung das Risiko suizidaler Handlungen deutlich erhöht. Die epidemiologischen Studien weisen in der letzten Zeit auch auf neue Risikogruppen, wie Personen mit Angst vor dementiellen Entwicklungen, Migrationshintergrund und Personen mit anderer sexueller Orientierung hin.

Für Suizidprävention ist wichtig, dass sich die epidemiologischen Untersuchungen in letzter Zeit in Richtung der Ermittlung präventiver Maßnahmen zu Einstellungsänderung gegenüber suizidalem Verhalten und zur Erforschung von Resilienzfaktoren und Ressourcen hinbewegen.

SUCHTMITTELKONSUM UND SUCHTPRÄVENTION

Elisabeth Pott

Am weitesten verbreitet sind in der Bevölkerung immer noch die legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak. Studienergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verbreitung gerade bei jungen Menschen werden vorgestellt. Angesichts der gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen von Suchtmittelkonsum werden moderne Ansätze der Suchtprävention in den Bereichen Tabakprävention und Alkoholprävention vorgestellt.

SUCHTERKRANKUNGEN UND SUIZIDALITÄT

Barbara Schneider

In Deutschland sind derzeit etwa 1,8 Millionen Menschen von Alkohol abhängig, mehr als 300 000 Menschen sind von illegalen Drogen und mindestens 2,3 Millionen Menschen sind von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig. Suchterkrankungen finden sich häufig bei durch Suizid Verstorbenen und gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Suizid. So ist beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit das Suizidrisiko etwa um das 10-fache, bei Drogenabhängigkeit etwa um das 20-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Daher muss Suizidalität bei Suchtkranken besonders beachtet und behandelt werden. Die Behandlung muss neben der akuten Suizidalität die Therapie der Abhängigkeitserkrankung und psychischer Begleiterkrankungen umfassen.

ABSTRACTS VORTRÄGE // Samstag

WAS IST EIN TABU?

Hartmut Kraft

Das Wort „Tabu“ wurde von dem englischen Seefahrer Sir James Cook (1728 – 1779) aus der Südsee nach England gebracht. Der neue Begriff fiel in eine „Wortschatzlücke“ und verbreitete sich in (fast?) alle Sprachen der Welt. Heutzutage verstehen wir unter einem Tabu ein Meidungsgebot, dessen Übertretung mit Ausschluss aus einer Gemeinschaft (Familie, Berufsgruppe, Partei etc.) bedroht ist. Im Vortrag werden aktuelle Erscheinungsformen und Funktionen von Tabus in unserer Gesellschaft vorgestellt.

SCHULD, SCHAM, STIGMA UND SUCHT: EINE TABUISIERTE VIERERBEZIEHUNG

Robert Stracke

Schuld und Schamgefühle stehen besonders bei der Alkoholabhängigkeit einer spezifischen Behandlung lange im Wege. Beschämungen charakterisieren oft die Biografie Süchtiger schon in frühen Kindesjahren. Ignorieren, Vernachlässigung, Demütigungen sowie im Extrem auch körperliche und sexuelle Gewalt führen zu einem Beschämtwerden und sich Schuldigfühlen, die die so entstehenden Bindungs- und Beziehungsproblematiken „emulgieren“. Süchtige Verhaltensmuster kompensieren somit dysfunktional verletzte Grundbedürfnisse und schaffen später erneut schuld- und schamhaft erlebte Situationen. Diese Folgeprobleme werden im Sinne von Selbstwertstabilisierung ebenso wie das abhängige Verhalten bagatellisiert und verdrängt. Der Süchtige wird gesellschaftlich abgewertet und stigmatisierend latent oder offen ausgegrenzt.

So sieht sich der Abhängige entweder real oder fantasiert „draußen vor der Tür“. Dieser Themenkomplex unterliegt einem gesellschaftlichen Tabu („da spricht man nicht drüber“). Suizidalität ist so auch Ausdruck einer seelischen Verzweiflung, der „die Worte fehlen“, da die Themen nicht benennbar sein dürfen. Erfolgreiche Arbeit auf Basis einer verlässlichen und wertschätzenden Therapie abhängiger Menschen stellt diese Viererbeziehung in den Fokus, um übergewachsenes Selbstwertgefühl und Zuversicht neue Verhaltensmöglichkeiten zu schaffen.

TABU UND SUIZID

Manfred Wolfersdorf

Unter einem Tabu wird ein striktes gesellschaftliches Prohibitiv verstanden, wobei archaische Tabus in der Regel religiös begründet sind und in ihrem pointierten Verbotcharakter über sonstige Standards, Konventionen und soziale Verhaltensregeln deutlich hinausgehen (Höffe 2002). Tabus sind also stillschweigend praktizierte, kulturell überformte Übereinkünfte, die Verhalten strikt, bedingungslos, universell und ubiquitär gebieten oder verbieten. Dabei bleiben, so Wikipedia 2014, Tabus als soziale Normen unausgesprochen oder werden allenfalls durch indirekte Thematisierung oder beredtes Schweigen angedeutet, insofern ist das mit Tabu Belegte jeglicher rationalen Begründung und Kritik entzogen. Tabus können sich dabei auf alles Mögliche beziehen, bekannt ist das Inzesttabu, die Tabuisierung von Fragen von Sexualität, persönlicher Schuld oder kollektiver Verantwortung.

Von einer „Endtabuisierung“ von Suizidalität im Kontext der wissenschaftlichen Erforschung von suizidalen Denkens und Verhaltens in den letzten zwei Jahrhunderten und insbesondere in den letzten 50 Jahren zu sprechen, ist wahrscheinlich zu früh. Ob es wünschenswert ist, ist eine andere Frage, denn das Selbsttötungsverbot besteht im christlichen Abendland seit Augustinus in der christlichen Ethik.

AFFEKTIVE STÖRUNGEN, SUCHT UND SUIZIDALITÄT

Ute Lewitzka

Die Behandlung von Menschen mit affektiven Störungen und Suchterkrankungen stellt eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, dies vor allem hinsichtlich des Risikos für suizidales Verhalten. Wir wissen, dass jede psychische Erkrankung für sich ein erhöhtes Risiko für Suizidalität darstellt, dies steigt, wenn Betroffene komorbide Erkrankungen aufweisen. Aktuelle Entwicklungen zeigen, dass insbesondere in den Kliniken die Anzahl der Betroffenen mit einer affektiven Symptomatik und einer komorbiden Abhängigkeit steigend ist, spezifische therapeutische Konzepte sind jedoch nicht überall etabliert und möglich. Der Vortrag soll einen Überblick über affektive Störungen und Sucht sowie suizidales Verhalten geben. Anhand eines klinischen Falls werden die möglichen therapeutischen Strategien demonstriert.

SUIZIDALITÄT BEI ACHSE I- UND ACHSE II-KOMORBIDITÄT

Martin Driessen

Klassischerweise wurden die hohen Raten für Suizide und suizidales Verhalten bei Substanzabhängigen in eine direkte Verbindung mit der Suchterkrankung selbst gebracht. Obwohl das Thema in der Forschung selten behandelt wird, weisen einige Befunde darauf hin, dass komorbide psychische Störungen den größeren Erklärungsanteil für das hohe Suizidrisiko Substanzabhängiger liefern. Neuere komplexe Modelle versuchen, die Interaktion zwischen Abhängigkeit, komorbider psychischer Störung, weiteren interagierenden Merkmalen und suizidales Verhalten abzubilden. Für die Therapie und die Suizidprävention legen die bisherigen Ergebnisse eine konsequente (Mit-)Behandlung komorbider psychischer Störungen nahe.

JENSEITS VON DEPRESSION UND POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNG: GIBT ES PSYCHOSOZIALE RISIKOFAKTOREN FÜR DEN SUIZID? EVIDENZ AUS BEVÖLKERUNGSBASIERTEN STUDIEN

Karl-Heinz Ladwig

Der Suizid ist zweifellos der bedeutsamste und finale Endpunkt einer psychischen Erkrankung. Dennoch wird er sehr selten rechtzeitig weder von konsultierten Allgemein- wie Fachärzten selten erkannt. Gleiches gilt auch für nahestehende Personen, die nicht nur den Tod des Suizidopfers ertragen müssen, sondern auch mit der Unfähigkeit, die Gefahr rechtzeitig erkannt zu haben, leben müssen. Die Mehrzahl der Daten, die sich mit Risikofaktoren für den fatalen Endpunkt suizidalen Handelns beschäftigt haben, stammen aus retrospektiven klinischen Studien. In diesem Vortrag werden wir Daten aus der prospektiven Bevölkerungsstudie MONICA KORA vorstellen, in der Menschen aus der süddeutschen Bevölkerung nach dem Zufallsprinzip eingeladen wurden, an einer medizinischen Untersuchung teilzunehmen. Mehr als 10 000 Teilnehmer, die zur Basisuntersuchung im Alter zwischen 25 - 65 Jahren waren, wurden nach einem im Durchschnitt 10-jährigen Beobachtungszeitraum nachuntersucht. Bei den zwischenzeitlich verstorbenen Teilnehmern wurden die Todesursachen ermittelt und eine Untergruppe von Personen identifiziert, deren Todesursache der Suizid war. Welche Risikofaktoren und verhaltensmäßigen Auffälligkeiten diese Personen zur Basisuntersuchung aufgewiesen haben, wird Gegenstand des Vortrages sein.

NARZISSTISCHE LIEBE UND SUIZIDALITÄT

Nestor Kapusta

Ausgehend von den Überlegungen Sigmund Freuds zur narzisstischen Objektwahl des Liebenden und modernen psychoanalytischen Theorien der psychischen Entwicklung wird beleuchtet wie sich Suizidalität aus der Differenz zwischen Objektliebe und Objektverlust formiert und als Versuch verstanden werden kann, ein narzisstisches Gleichgewicht wiederherzustellen. Daraus lassen sich Parallelen zur Sucht und Abhängigkeit, im Sinne einer Sehnsucht nach einem Objekt, das befriedigen und zur Affektregulation dienen soll, ziehen und klinische Aspekte formulieren, die im Umgang mit Liebe, Idealisierung und deren Enttäuschung im therapeutischen Prozess nützlich sein können.

SUIZIDALITÄT BEI ALKOHOLERKRANKUNGEN

Tilman Wetterling

Obwohl Alkoholismus als einer der Hauptrisikofaktoren für Suizide bekannt ist, ist die Rolle einer akuten Alkoholintoxikation bei suizidalem Verhalten bisher kaum untersucht worden. In einer Studie mit Patienten, die wegen suizidalem Verhalten stationär aufgenommen wurden, konnte gezeigt werden, dass über die Hälfte bei Aufnahme alkoholintoxikiert war. Dies war besonders bei jüngeren Patienten der Fall.

SUCHT, GENETIK UND SUIZIDVERSUCHE

Ulrich Preuß

Zahlreiche Hinweise stützen die Hypothese, dass Varianten des Serotonin-Systems signifikant suizidale Ideationen und Verhaltensweisen beeinflussen. Serotonin gilt jedoch eher als Moderator denn als Beschleuniger suizidalen Verhaltens. Die aktuelle Studie untersucht Einfluss von einer Reihe von genetischen Varianten des Serotonin- und Dopaminsystems und ihren Einfluss auf Suizidversuche in einer großen Stichprobe alkoholabhängiger (AD) Patienten. Mehr als 1800 stationäre Patienten mit DSM-IV AD

aus drei Behandlungszentren wurden berücksichtigt. Merkmale der AD und suizidalen Verhaltens wurden mit standardisierten strukturierten Interviews (CIDI, DIA-X, SSAGA) ermittelt. Alle Personen wurden für eine Reihe von Serotonin- (TPH1, 5HT2A, 5HT1A, COMT, BDNF, B, MAO-A, 5-HTT) und Dopamin- (DRD2, DAT) Genvarianten typisiert. Ergebnisse: Die Anamnese von Suizidversuchen wies eine signifikante Beziehung zu einer Reihe von Genvarianten und Haplotypen auf (5HT2A, COMT, BDNF und 5-HTT). Kein Zusammenhang konnte zu Varianten des dopaminergen Systems gefunden werden. In Regressionsanalysen wurde für andere potenziell moderierende Faktoren wie Depression und die Borderline-Persönlichkeitsstörung kontrolliert, dennoch konnte ein signifikanter Einfluss von Varianten des 5HT2A Rezeptors und des Serotonintransporters auf Suizidversuche belegt werden. Diese Studie bestätigt die bedeutende und potenziell unabhängige Rolle von Serotoninkandidatengenvarianten auf das Risiko für suizidale Verhaltensweisen bei AD Personen.

GENETIK, IMPULSIV-AGGRESSIVES VERHALTEN ALS RISIKOFAKTOR FÜR SUCHT UND SUIZIDALITÄT

Ina Giegling

Suizidalität ist ein häufiges Problem unserer Gesellschaft. Etwa 8% der Gesamtbevölkerung hatte im Verlauf des Lebens jemals Suizidgedanken, 2% sogar einen Suizidversuch. Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind z.B. wiederholte Suizidideen, bereits erfolgte Suizidversuche, krisenhafte Lebenssituationen, chronische Krankheiten, Suchtstörungen sowie suizidales Verhalten in der Familie. Eine der größten epidemiologischen Untersuchungen konnte zeigen, dass sich das Risiko für einen eigenen Suizidversuch um den Faktor 4,2 erhöhte, wenn die leibliche Mutter einen Suizidversuch begangen hatte, sowie um den Faktor 3,3 bei einem Suizidversuch des leiblichen Vaters. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass es eine gewisse genetische Vulnerabilität gibt. Der Vortrag wird sich vor allem auf einzelne mit Suizidalität assoziierte Gene konzentrieren und insbesondere den Fokus auf mit Sucht vergesellschaftete Persönlichkeitsfaktoren legen.

FREMD- UND EIGENAGGRESSIVES VERHALTEN – ERGEBNISSE AUS DER BILDGEBUNG

David Prvulovic

Die neurobiologischen Grundlagen eigen- und fremdaggressiven Verhaltens bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit sind bislang unzureichend verstanden. Wir untersuchten gesunde Kontrollprobanden und Patienten, die an einer Alkoholabhängigkeit leiden, mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie. Hierbei stellten wir fest, dass alkoholabhängige Patienten mit einer stärkeren Aktivität im rechten orbitofrontalen Cortex auf die Präsentation ärgerlicher Gesichtsausdrücke reagierten im Vergleich zu Kontrollprobanden und dass dies mit einer verstärkten Aggressionsinhibition einherging – insbesondere bei Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte.

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER PSYCHOTHERAPIE AN DER SCHNITTSTELLE VON SUCHT UND SUIZIDALITÄT

Elmar Etzersdorfer

Psychotherapie ist einerseits ein integrativer und unverzichtbarer Teil von Suchtbehandlungen, andererseits sind Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit in Psychotherapien ein komplizierender Faktor, gerade wenn Suizidalität bei der Symptomatik eine Rolle spielt. Daraus entsteht ein Spannungsfeld, auf das in diesem Vortrag eingegangen werden soll. Die Möglichkeiten und die Schwierigkeiten werden aus einer psychodynamischen Perspektive aufgezeigt und therapeutische Strategien im Umgang mit diesem Spannungsfeld zur Diskussion gestellt.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG SUIZIDALER, SÜCHTIGER MÄNNER

Reinhard Lindner

Viele suizidale Männer neigen zu Substanzmittelgebrauch, nicht nur im Rahmen suizidaler Handlungen. Vor dem Hintergrund einer Typologie suizidaler Männer werden vier verschiedene psychodynamische Muster eines Alkohol- und Cannabisgebrauchs vorgestellt, die der vorherrschenden Form der Objektbeziehungen entsprechen:

- Alkohol/Cannabis kann einem Rückzug von den Objekten dienen, „um zur Ruhe zu kommen“.
- Er kann dazu dienen, im Sinne einer Suche nach einem konfliktfreien Zustand einen Verlust oder eine Beziehungslosigkeit zu „behandeln“. Er dient dann als scheinbar sichereres Objekt, beruhigender und nährender als die ambivalent erlebten Liebespartnerinnen.
- Bei Affekt- und Impulskontrollstörung wird aber auch exzessiver konsumiert und die Droge dann als bedrohlich und gefährlich erlebt. Dies entspricht einer Überlassung an ein gefährliches und gewalttätiges Objekt.
- Die Droge kann aber auch der Enthemmung zum suizidalen Handeln dienen, d.h. sie wird gebraucht, weil im Erleben des Patienten allein und nüchtern „der Mut zur Tat“ fehlt. Hier wendet sich der Patient an das Objekt um Hilfe, das aber keinen Schutz sondern Zerstörung bietet.

Psychotherapeutische Implikationen dieses Verständnisses von Alkohol- und Drogengebrauch bei Suizidalität von Männern werden diskutiert.

(SUCHTKRANKE) BÜRGER – SUCHTMITTELGEBRAUCH AUS SICHT DER POLIZEI

Sabine Fink

Der Umgang mit Personen unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss sowie suizidalen Menschen ist polizeilicher Alltag. Viele Einsatzsituationen entstehen durch Personen, die psychisch krank oder gestört sind, sich in einer psychischen Krise befinden, alkoholisiert oder unter Drogeneinfluss stehen. Alarmierungen wegen häuslicher Gewalt oder Streitereien, Suizidandrohungen u.a. lösen Polizeieinsätze aus. Bei jedem Polizeieinsatz, insbesondere bei Suchtmittelgebrauch und Suizidalität, ist mit einer psychischen Ausnahmesituation des polizeilichen Gegenübers zu rechnen. Eine Vielzahl dieser Menschen muss wegen erheblicher Gefährdung der öffentlichen Sicherheit (ohne oder nach Suizidversuch) bzw. Selbst- und Fremdgefährdung stationär eingeliefert werden. Für Polizisten sind dies potenziell schwierige und risikoreiche Einsätze. Der Vortrag soll aus Sicht der Polizei Suchtmittelgebrauch bzw. Suchtmittelmissbrauch und Suizidalität beleuchten.

GLÜCKSPIELSUCHT UND SUIZIDALITÄT DIE PRÄVALENZ VON SUIZIDVERSUCHEN BEI PATHOLOGISCHEN SPIELERN IN EINER ÖSTERREICH – WEITEN BEHANDLUNGSGRUPPE

Friedrich Wurst, Natasha Thon

Unter Mitarbeit von: Preuss UW, Pölzleitner A, Quantschnig B, Scholz H., Kühberger A, Bischof A, Rumpf HJ und der Österreichischen Gesellschaft zur Erforschung nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten

Hintergrund: Für pathologisches Spielen (PG) wird eine 12 Monatsprävalenz von bis zu 0,66% berichtet. Vielfältige finanzielle, berufliche und familiäre Konsequenzen können zu Hoffnungslosigkeit, suizidalen Gedanken und Verhalten führen. Studien zeigen Raten für Suizidversuche bei pathologischen Spielern zwischen 4 und 40% und für suizidale Gedanken zwischen 12 und 92%. Ziel dieser Studie ist die Erhebung der Prävalenzzahlen für Suizidversuche bei PG und die Erläuterung der Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne Suizidversuch in einer Österreich weiten Behandlungsgruppe. Methode: Zwischen 2002 und 2011 wurden von den Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft zur Erforschung nicht-stoffgebundener Abhängigkeiten 862 Fragebögen von pathologischen Spielern, welche sich in ambulanter oder stationärer Behandlung in Österreich befanden, erhoben. Ergebnisse: 1) Von allen pathologischen Spielern berichteten 9,7% von einem Suizidversuch in ihrer Vorgeschichte. 2) Die Gruppe der Patienten mit einem Suizidversuch (SAH) litten signifikant häufiger an einer komorbiden psychischen Störung und waren häufiger in vorangegangener stationärer Behandlung. 3) Die SAH Patienten berichteten von einer längeren Abstinenzphase in ihrer PG Karriere. Diskussion: Einer von 10 pathologischen Spielern berichtete von einem Suizidversuch in der Vorgeschichte. Dies zeigt eine hohe Relevanz der Suizidalität bei pathologischen Spielern. Signifikante Unterschiede zwischen den Patienten mit Suizidversuch und ohne wurden gefunden. Eine Regressionsanalyse konnte jedoch nur 15% der Varianz erklären, sodass kein spezifischer Risikofaktor beschrieben werden konnte. Schlussfolgernd muss bei jedem pathologischen Spieler von möglichen suizidalen Gedanken, Verhalten und Suizidversuchen ausgegangen werden.

DER SELBSTMORD IN DER KUNST – DER SUIZID IN DER DARSTELLENDE KUNST

Thomas Bromisch

Die Darstellung des Selbstmordes in der bildenden Kunst spiegelt soziale, kulturelle, religiöse und philosophische Haltungen zum Selbstmord wider. In jedem Kunstwerk steckt der Zeitgeist seiner Epoche. Hinter diesen mehr gesellschaftlichen Aspekten des Kunstwerkes findet sich zumeist auch eine persönliche Bedeutung für den Künstler und eine eigene Einstellung zum Selbstmord. Eigene lebensgeschichtliche Erfahrungen, die Haltung zum Selbstmord in der Ursprungsfamilie sowie das allgemeine soziale Umfeld und dessen Einstellung zum Selbstmord prägen nicht selten die Darstellung des Selbstmordes im bildnerischen Werk. Motive und Interessen des Künstlers gehen aber auch über das eigentliche Thema des Selbstmordes hinaus. Die Darstellung der Selbstmorde wird nach Themen und historischen Epochen, beginnend mit der Antike und der Bibel, endend mit der Kunst nach 1945 gegliedert. Epochen übergreifend werden einzelne Themen abgehandelt, die immer wieder in der Geschichte und Kunst auftauchen, z. B. der Selbstmord des Ajax oder der Selbstmord der Lucretia, wobei Beispiele von mehreren Bildern gegeben werden.

Es lassen sich gewisse Themenschwerpunkte herauschälen, die auch den einzelnen historischen und Kunst-Epochen zuzuordnen sind. Zunächst wird auf die Gemeinsamkeiten der Suiziddarstellungen in den einzelnen Epochen eingegangen. In einem nächsten Schritt wird versucht, die individuellen Einflüsse der Künstler auf die Art ihrer Bearbeitung des Themas „Selbstmord“ zu beschreiben. Den Abschluss bildet ein Ausblick auf weitere Studien zu diesem Thema.

ABSTRACTS WORKSHOPS //

WS1 Umgang mit suizidalen Anruferinnen und Anrufern und E-Mailanfragen

Georg Fiedler, Jürgen Schramm

In dem Workshop werden die Vor- und Nachteile von face-to-face versus Telefon versus E-Mail aufgezeigt und anhand von Fallvignetten Wege zum Verstehen der jeweiligen Kommunikationen aufgezeigt.

WS 2 Sucht im Alter

Peter Häussermann

In den letzten 20 Jahren ist es nahezu zu einer Verdopplung der Anzahl Älterer mit Suchtproblemen gekommen. Die häufig bestehende Multimorbidität und Polypharmazie älterer Menschen stellen bei Suchtpatienten eine zusätzliche medizinische Herausforderung in der Behandlung dar. Durch die bessere medizinische Versorgung nimmt die Zahl der Early-Onset-Abhängigen im höheren Lebensalter zu. Die Gruppe der Late-Onset-Suchtmittelabhängigen stellt den Behandler vor einige Geriatrietypische Probleme. Im Rahmen des Workshops soll die Rolle von Alkohol und Benzodiazepinen im Alter beleuchtet werden. Die besonderen Hindernisse auf dem Weg zur Abstinenz im Alter werden genauso wie die Besonderheiten in der Behandlung beschrieben. Letztlich scheint auch eine bessere Vernetzung der Alten- und Suchtkrankenhilfe von besonderer Bedeutung zu sein.

WS 3 Motivierende Gesprächsführung – eine Einführung

Thomas Kuhlmann

Motivierende Gesprächsführung (MI Motivational Interviewing) ist definitionsgemäß ein personenzentrierter Beratungsansatz, um das grundsätzliche Problem der Ambivalenz gegenüber Veränderung anzusprechen auch mit dem Ziel die Veränderungsabsicht des Klienten zu fördern und diesen auf dem Weg hin zu praktischer Veränderung zu unterstützen. Entscheidend sind eine von Empathie, Respekt und Zieloffenheit, nicht jedoch Ziellosigkeit geprägte therapeutische Haltung, ein spezifischer Kommunikationsstil und Respekt vor Autonomie und subjektiver Perspektive des Patienten. Der Workshop umfasst eine Einführung in das theoretische Konzept und praktische Übungen.

WS 4 Der Aspekt der Suizidalität in der ambulanten Suchtbehandlung

Joachim Plath

Nach einer Einführung zur Statistik und Behandlung bei akuter Suizidalität und Krisenintervention werden Fallvorstellungen, insbesondere auch von den Teilnehmern, gewünscht und besprochen.

WS 5 Behandlungskonzepte bei Doppeldiagnose Sucht und Psychose

Markus Banger

Im ersten Teil des Workshops werden in einem Impulsreferat die Probleme der diagnostischen Zuordnung bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung und einer komorbiden psychotischen Störung dargestellt. Danach wird in der Gruppe versucht, Qualitätsmerkmale für eine valide Diagnostik bei Komorbidität zu erarbeiten. Im zweiten Teil des Workshops wird in einem weiteren Impulsreferat die Salutogenese der Pathogenese gegenübergestellt und es werden Gedanken zur spezifischen Förderung der Salutogenese bei Patienten mit Sucht und Psychose entwickelt.

WS 6 „... hat sich das Leben genommen.“ – Was sage ich den Angehörigen?

Elisabeth Brockmann

Ein Patient, ein Klient hat sich das Leben genommen. Jeder wünscht sich, es möge ihn nie treffen. Für Behandler und Berater ist dies eine erhebliche Erschütterung. Das bevorstehende Zusammentreffen mit den Angehörigen kann eine weitere Belastung mit sich bringen. Der Workshop beschäftigt sich mit der Frage, ob bzw. wann Gespräche mit Hinterbliebenen geführt werden sollten, welche Inhalte sinnvoll sind und was Hinterbliebene als hilfreich empfinden. Erfahrungen aus der Praxis können eingebracht werden.

WS 7 Suizidalität und Sucht bei Angehörigen des Militärs

Dirk Preuß

In dem Workshop sollen die aktuellen Zahlen zur Suizidalität in der Bundeswehr sowie deren Entwicklung in den letzten Jahre beleuchtet und in den Vergleich zur gesellschaftlichen Entwicklung gesetzt werden. Außerdem sollen Besonderheiten zur Suizidalität in den Streitkräften beleuchtet werden.

WS 8 Umgang mit Suizidalität bei forensischen Patienten

Christian Prüter-Schwarte

Die Begriffe „Störungen der Impulskontrolle“, „psychische Erkrankung“, „Inhaftierung“ und auch „männliches Geschlecht“ sind zum Einen geeignet, forensische Patienten zu beschreiben, zum Anderen finden sich diese Faktoren auch vermehrt bei suizidalen Menschen. Geht man von dieser Prämisse aus, müssen alle Patienten im Maßregelvollzug als zumindest basissuizidal betrachtet werden. Besondere Situationen wie Abschluss der Hauptverhandlungen oder fehlgeschlagene Lockerungsversuche stellen dabei besondere Krisensituationen da. Die Arbeitsgruppe soll einen Überblick über diese Aspekte geben und sich möglicher Prävention widmen.

WS 9 Umgang mit chronischer Suizidalität

Thomas Reisch

Chronische oder häufig wiederkehrende Suizidalität stellt eine grosse, längerdauernde und oft den Therapeuten auch zermürende therapeutische Herausforderung dar. Der Workshop ist auf die Praxis ausgerichtet, im Kurs werden Grundhaltungen in der Herangehensweise an diese Patienten sowie konkrete Strategien und Tools vermittelt. Der Kurs richtet sich an klinisch oder praktisch Arbeitende, welche mit dieser Klientel zu tun haben. Die Inhalte sind angelehnt an die Dialektisch Behaviorale Therapie nach Linehan (DBT) aber auch andere Elemente werden einbezogen.

WS 10 Neue Neurobiologische Erkenntnisse zu Sucht und Suizidalität

Dan Rujescu

Suizidales Verhalten ist ein sehr häufig vorkommendes Phänomen weltweit. In Deutschland wird die Zahl der Suizide auf ca. 11.000 geschätzt; die Zahl der Suizidversuche liegt mit ca. 150.000 geschätzten pro Jahr deutlich höher. Das Risiko für suizidales Verhalten wird durch komplexe Wechselwirkungen verursacht. Neben soziokulturellen Faktoren, Traumata, psychiatrischen Störungen, Persönlichkeitsfaktoren und einer genetischen Vulnerabilität haben insbesondere Patienten mit Suchterkrankungen ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten. Neurobiologische Erkenntnisse deuten darauf hin, dass suizidalem Verhalten und Sucht einige ähnliche Risikoprofile zugrunde liegen könnten. Zum Beispiel haben sich sowohl bei Patienten mit suizidalem Verhalten als auch bei Patienten mit Suchtstörungen erniedrigte Serotoninabbauprodukte gezeigt. Dan Rujescu wird auf mögliche neue neurobiologische Ursachen von suizidalem Verhalten und Sucht eingehen und insbesondere deren Interaktion beleuchten.

WS 11 Auswirkungen ökonomischer Bedingungen auf suizidales Verhalten

Sylvia Schaller

In diesem Workshop sollen zunächst die wesentlichen bisher aus der Literatur bekannten Risikofaktoren für den Zusammenhang Suizid und ökonomische Bedingungen dargestellt werden. Vertiefend sollen folgende Bereiche intensiver betrachtet und Maßnahmen zur Suizidprävention diskutiert werden: Arbeitslosigkeit, Beruf und Mobbing.

WS 12 Suizidgefahr – ein komplexes pflegerisches Handlungsfeld

Bruno Hemkendreis

Im ersten Teil des Workshops werden pflegerische und multiprofessionelle Assessmentinstrumente zur Einschätzung von Suizidrisikofaktoren und akuter Suizidalität vorgestellt. Die „rund um die Uhr“ Präsenz der psychiatrischen Pflege im stationärem Setting verlangt im Hinblick auf Suizidgefahr besondere Anforderungen an das therapeutische Milieu der Stationen, an bauliche und organisatorische Voraussetzungen sowie an eine funktionierende berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Es soll diskutiert werden, welche fachlichen und persönlichen Qualifikationen für Intensivbetreuungsmaßnahmen wie beispielsweise konstante Einzelbetreuungen vorausgesetzt werden müssen und wie der Stand der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage diesbezüglich ist. Weitere Themen sind Risikomanagement und der Umgang mit Suizidalität in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. Im zweiten Teil sollen die psychischen Auswirkungen von Suiziden und Suizidversuchen auf die MitarbeiterInnen besprochen werden. Dabei geht es um Stärkung der Resilienzfaktoren zur Primärprävention, Peer-to-Peer-Beratung zur Sekundärprävention und Vermittlungsstrategien zeitnahe Therapie zur Tertiärprävention.

WS 13 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung

Konrad Isernhagen

Leitlinien einer Fachgesellschaft – in diesem Fall die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin – haben in einem stark juristisch reglementierten Umfeld die Schwierigkeit, dass sie sich nicht gegen geltendes Recht stellen können, auch wenn dies durch nationale und internationale Erkenntnisse/Studien nahegelegt würde. Daher bemüht sich die DGS um eine Novellierung der BtmVV. Der 116. Deutsche Ärztetag (Hannover

2013) hat ebenfalls festgestellt: „Die derzeitigen gesetzlichen Grundlagen spiegeln den aktuellen medizinischen Stand der Wissenschaft nicht wider“, und den Gesetzgeber zu entsprechenden Änderungen der BtmVV aufgefordert. Leitlinien einer Fachgesellschaft sind in diesem Prozess wichtig, können als Orientierung für gesetzgeberische Initiativen dienen und können im Streitfall eine Entscheidungshilfe darstellen.

WS 14 Umgang mit Suizidalität im Konsildienst und im ambulanten Setting

Burkhard Jabs

In diesem Workshop werden zunächst anhand epidemiologischer Daten kritische Risikofaktoren der Suizidalität vorgestellt und an Fallvignetten diskutiert. Besonderer Schwerpunkt ist die Einschätzung der Wiederholungsgefahr nach einem Suizidversuch. Die Besonderheiten des ambulanten Settings und des Konsiliar-Liaisondienstes sollen hierbei im Vordergrund stehen.

WS 15 Partnerschaftsprobleme und -krisen bei Suchterkrankungen - Risiken und Hilfen

Michael Klein

Dass Suchterkrankungen die Partnerschaftsqualität negativ beeinflussen und zu erhöhten Trennungs- und Scheidungsquoten führen, ist schon lange bekannt. Doch immer noch viel zu selten werden bei bestehenden Partnerschaften und Suchterkrankungen die Möglichkeiten paartherapeutischer Interventionen genutzt. In dem Workshop werden die wichtigsten Ergebnisse zur paarbezogenen Suchtforschung und den Chancen effektiver Interventionen vor dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer, motivierender und paarbezogener Strategien aufgezeigt und dargestellt. Bestehende Programme (wie z.B. CRAFT, BCT u.ä.) werden auf ihre Nützlichkeit hin beleuchtet. Ein wichtiges Kriterium dabei ist die stressreduzierende und krisenbewältigende Funktion dieser Programme. Dass im Umfeld von Partnerschaftskrisen auch Suizidprävention - für beide Partner - ein wichtiges Thema darstellt, soll dabei auch verdeutlicht und vertieft werden.

WS 16 Suizidalität und Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen in der ambulanten therapeutischen und beratenden Arbeit

Janina Heinrichs, Michael Witte

Jugendliche sind in ihrer adoleszenten Entwicklung notwendigen Prozessen der Selbstwerdung und Selbstfindung sowie vielfältigen Anforderungen und Unsicherheiten ausgesetzt. Es ist eine Zeit der Wandlungsfähigkeit, der Offenheit und des Ausprobierens von Neuem, u.a. auch von Suchtmitteln. Es ist aber auch eine Zeit der erhöhten Vulnerabilität und Kränkbarkeit. Geraten Jugendliche in eine bedrohliche Krise, kann diese durch einen Suchtmittelmissbrauch bedingt oder auch verstärkt werden. In dem Workshop soll der Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol, Cannabis und 'Partydrogen' und suizidale Krisen von Jugendlichen diskutiert und die Wahrnehmung bzw. Verstehen der Teilnehmenden bzgl. der Suizidalität sowie der Funktion des Suchtmittelkonsums der Jugendlichen gestärkt werden. Woran erkenne ich, ob eine ernsthafte Suizidgefährdung vorliegt? In einem weiteren Schritt werden förderliche Handlungsmöglichkeiten in der ambulanten therapeutischen und beratenden Arbeit behandelt. Soll eine mögliche suizidale Gefährdung direkt angesprochen werden? Wie muss ich handeln? Wo bekomme ich Unterstützung? Die Teilnehmenden werden eingeladen, eigene praktische Erfahrungen einzubringen und auszutauschen.

WS 17 **Rechtliche Aspekte und Suizidalität - Besonderheiten im ärztlichen Behandlungsvertrag bei der Behandlung von Suizidalität**

Daniela Hery

Inhalt des Workshops wird die Betrachtung der Besonderheiten im ärztlichen Behandlungsvertrag bei der Behandlung von Suizidalität sein. Dabei sollen die rechtlichen Besonderheiten für eine ärztliche Behandlung von Suizidalität herausgearbeitet werden, insbesondere beim Abschluss des Behandlungsvertrags - bei einwilligungsfähigen und nicht einwilligungsfähigen Patienten - sowie aus dem Behandlungsvertrag erwachsenden Pflichten für Arzt und Patient sowie gegebenenfalls für den Betreuer bzw. den Bevollmächtigten. Ein Schwerpunkt wird hierbei die Bedeutung der Compliance aus juristischer Sicht sein. Hieran anschließend werden haftungsrechtliche Besonderheiten herausgearbeitet. Dabei soll auch die Schere zwischen steigendem Kostendruck bei gleichzeitig steigenden Erwartungen an die Behandler dargestellt werden.

WS 18 **Bewältigung von Suiziden im beruflichen Kontext**

Franciska Illes

Die WHO schätzt, dass von einem Suizid sechs bis dreiundzwanzig andere Menschen mitbetroffen sind. Das sind neben Angehörigen, Freunden und Arbeitskollegen auch Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen sowie Einsatzkräfte und andere Berufsgruppen. Für alle Suizidmitbetroffenen kann ein solches Erlebnis eine belastende Erfahrung darstellen. Verschiedene Moderatorvariablen haben Einfluss auf das Erleben, hierzu zählen beispielsweise die Dauer des vorhergehenden Kontaktes und das Alter des Suizidenten. Das Erleben eines Suizid(-versuches) im beruflichen Kontext kann bei Mitarbeitern verschiedene Reaktionen auf kognitiver oder emotionaler Ebene hervorrufen, hierunter fallen zum Beispiel Schuldgefühle, Zweifel an der eigenen beruflichen Kompetenz, Angst vor Vorwürfen oder möglichen Konsequenzen oder eine gedrückte Stimmung. Informationen darüber, welche Strategien im Umgang mit solchen belastenden beruflichen Ereignissen hilfreich sein können, stehen Betroffenen häufig nicht zur Verfügung. Dabei kann gerade eine zeitnahe Unterstützung zu einer erfolgreichen Bewältigung beitragen. Verschiedene Bewältigungsstrategien können Mitarbeitern helfen, mit dem Erleben von Suiziden im beruflichen Kontext umgehen zu können und die psychische Belastungen nach einem Suizid zu verringern. Ansätze zur Bewältigung für verschiedene Betroffenengruppen werden dargestellt und diskutiert.

WS 19 **Erkennen akuter Suizidalität während der stationären Behandlung Alkoholabhängiger – Theorie und Praxis**

Peter Summa-Lehmann

Beziehungen im stationären Alltag zu Alkoholabhängigen lassen sich oft charakterisieren durch den Appell: „Bitte hört doch, was ich nicht sage, sondern plane“. In diesem Workshop wollen wir uns diese Appelle erschließen und Antworten finden.

WS 20 **Interventionen nach Suizidversuchen älterer Menschen**

Tillmann Supprian

Suizidversuche sind einerseits medizinische Notfälle und andererseits existenzielle Lebenskrisen. Hilfsangebote für ältere Menschen nach einem Suizidversuch müssen sich an der aktuellen Lebenssituation der Betroffenen in der Phase vor dem Suizidversuch orientieren, die lebensgeschichtliche Entwicklung berücksichtigen, vielfältige soziale Komponenten und familiäre Ressourcen evaluieren und z. T. komplexe medizinische

Abwägungen und Entscheidungen umfassen. Neben medizinischen Aspekten spielen immer auch rechtliche Fragen (Unterbringung?) und ethische Abwägungen eine Rolle. Im Workshop werden folgende Schwerpunkte bearbeitet:

- Schnittstelle Akutversorgung / stationäre psychiatrische Behandlung
- Suizidversuche älterer Menschen im Konsiliardienst
- Psychiatrische Diagnostik nach Suizidversuchen
- Einschaltung von Angehörigen in das Behandlungskonzept: wann und wie?
- Umgang mit Abschiedsbriefen, Nachsorgekonzepten und Rezidivprophylaxe

WS 21 **Fremd- und Selbstbestimmung bei suizidalem Verhalten und Autonomie am Lebensende**

Barbara Schneider, Hans-Ludwig Wedler

Bei der Frage um ein präventives Eingreifen bei Suizidgefährdung steht die zunehmende Betonung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des freien Bürgers dem Argument der gesellschaftlichen Verantwortung des Lebensschutzes gegenüber. Das Recht auf Selbstbestimmung findet dort seine Grenze, wo es etwa die Rechte anderer berührt oder auch dann, wenn aufgrund von Krankheit oder fortschreitender Demenz von einer freien Selbstbestimmung nicht mehr ausgegangen werden kann. Das Recht auf Lebensschutz, das ja immer auch die Fürsorgeverpflichtung der Gesellschaft beinhaltet, kommt dort an eine Grenze, wo dem Betroffenen das Weiterleben subjektiv dauerhaft nicht mehr erstrebenswert erscheint und eine Änderung dieser Situation vernünftigerweise nicht erwartet werden kann. Bei Einschränkung oder Aufhebung der (stets individuell zu prüfenden) Selbstbestimmungsfähigkeit ist präventives Eingreifen im Sinne eines „schwachen Paternalismus“ geboten. Zum Anderen ist das Aufspüren der (möglichen) Wünsche eines Patienten unter Beachtung seiner Individualität notwendig. Diese Haltungen und daraus folgende Strategien sollen diskutiert werden.

WS 22 **Komorbidität Sucht und Trauma**

Laycen Chuey-Ferrer, Günter Mainusch

Der Zusammenhang zwischen Sucht und Traumatisierung ist durch zahlreiche Studien belegt. Dennoch galten diese Patienten lange als nur eingeschränkt erfolgreich behandelbar. Im Workshop werden Grundlagen der Diagnostik von Traumafolgestörungen, Besonderheiten bei komplexer PTBS, Komorbidität mit Sucht sowie ein Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren einschließlich EMDR vorgestellt und erläutert. Als Beispiel für die Behandlung komplex traumatisierter Suchtpatienten im stationären Rahmen wird ein strukturiertes Behandlungsprogramm auf der Basis von Klaus Grawes Konzepten vorgestellt.

WS 23 **EPA Workshop Suizidrisikobewertung (EPA Itinerant CME Course)**

Nestor Kapusta, Dan Rujescu, Marco Sarchiapone

Dieser Workshop fokussiert auf das Verständnis der Suizidrisikobewertung durch Kliniker und Forscher. Verfügbare Skalen und die neu vorgeschlagene DSM-5 Kategorie „Suicidal Behavior Disorder“ als auch unstrukturierte klinische Ansätze werden in Bezug auf die Validität und die Vorhersagekraft von zukünftigen Suiziden diskutiert. Das Ziel des Workshops ist es, den Blick auf die Möglichkeiten der Risikobewertung zu erweitern und deren Grenzen in einem Wechselspiel zwischen Klinikern und Forschern zu beschreiben.

UNSERE REFERENTINNEN UND REFERENTEN

Prof. Dr. med. Markus Banger
Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Bonn

Dipl.-Soz.Päd. Elisabeth Brockmann
Leiterin der Bundesgeschäftsstelle AGUS e.V. –
Angehörige um Suizid, Bayreuth

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
Gastprofessor, Max-Planck Institut für Psychiatrie,
München

Dr. med. (c) Laycen Chuey-Ferrer
Leitende Oberärztin, AHG Klinik Dormagen

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Krankenhaus Bielefeld

Univ.-Prof. Dr. med. Elmar Etzersdorfer
Chefarzt, Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart, Vorsitzender DGS e.V.

Dipl. Psych. Georg Fiedler
Spezialambulanz für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dipl. Psych. Sabine Fink
Psychologische Psychotherapeutin, Oberregierungsärztin, Zentraler Psychologischer Dienst der Bayerischen Polizei, München

PD Dr. rer. biol. hum. Ina Giegling
Geschäftsführerin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

PD Dr. med. Peter Häussermann
Chefarzt, Abteilung Gerontopsychiatrie, LVR-Klinik Köln

Dipl. Psych. Janina Heinrichs
Beratungsstelle neuhland, neuhland e.V., Berlin

Bruno Hemkendreis
Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatische Pflege (DFPP)
Pflegeexperte Psychiatrie im LWL Klinikum Gütersloh

Daniela Hery
Rechtsanwältin für Medizin und Strafrecht, Mainz

Dipl. Psych. Dr. phil. Franciska Illes
Psychologische Psychotherapeutin, LWL-Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin der Ruhr-Universität Bochum

Dr. med. Konrad Isernhagen
Facharzt für Allgemeinmedizin, Köln

Prof. Dr. med. Burkhard Jabs
Chefarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt, Dresden

Assoc. Prof. PD Dr. med. Nestor Kapusta
Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Dt. Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Köln

Prof. Dr. med. Hartmut Kraft
Psychoanalytiker, Köln

Dr. med. Thomas Kuhlmann
Leitender Arzt und Chefarzt, Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach
MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers)

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Karl-Heinz Ladwig
Leiter Epidemiologie II, Mental Health Research Unit, Helmholtz Zentrum München

Dr. med. Ute Lewitzka
Oberärztin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

PD Dr. med. Reinhard Lindner
Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, Medizinisch-Geriatriische Klinik, Albertinen-Haus, Hamburg

Günter K. Mainusch
Chefarzt, AHG Klinik Dormagen

Joachim Plath
Ehem. Chefarzt, Köln

Prof. Dr. med. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln

Prof. Dr. med. Ulrich Preuß
Chefarzt, Kreis Krankenhaus Prignitz gGmbH, Perleberg

Dirk Preuße
Flottillenarzt, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

Dr. med. Christian Prüter-Schwarte
Chefarzt, Abteilung Forensische Psychiatrie II, LVR-Klinik Köln

Dr. med. David Prvulovic
Oberarzt, Klinikum der Goethe-Universität, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Frankfurt

PD Dr. med. Thomas Reisch
Ärztlicher Direktor, Psychiatriezentrum Münsingen

Prof. Dr. med. Dan Rujescu
Direktor, Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Prof. Dr. Marco Sarchiapone
Professor of Psychiatry
Medicine and Health Sciences Department - University of Molise, Italy

Dipl. Psych. Dr. phil. Sylvia Schaller
Psychologische Psychotherapeutin, Mannheim

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke
Seniorprofessor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg

Prof. Dr. med. Barbara Schneider, M.Sc.
Chefärztin, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, LVR-Klinik Köln

Dipl. Psych. Jürgen Schramm
Psychologischer Psychotherapeut, Krefeld

Dr. med. Robert Stracke
Chefarzt, Fachklinik Hansenberg, Buchholz bei Hamburg

Dr. med. Peter Summa-Lehmann
FA f. Psychiatrie u. Psychotherapie, FA f. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Forensischer Psychiater, Suchtmedizin, Köln

Prof. Dr. med. Tillmann Supprian
Chefarzt, Abteilung Gerontopsychiatrie, LVR-Klinikum Düsseldorf

Mag. Natasha Thon
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Christian-Doppler Klinik, Salzburg

Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Wedler
Ehem. Ärztlicher Direktor, Stuttgart

Prof. Dr. med. Dipl. Chem. Tilman Wetterling
Chefarzt, Vivantes Klinikum Hellersdorf, Berlin

Dipl. Soz. Michael Witte
Leiter neuhland, neuhland e.V, Berlin

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf
Ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Friedrich Wurst
Vorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Christian-Doppler Klinik, Salzburg

DGS

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e.V.
Bundesweite Vereinigung für Suizidprävention und Krisenintervention
Nikolsburger Platz 6 · 10717 Berlin · Tel: 030 417 283 952
Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de · www.suizidprophylaxe.de



ANREISE

MIT ÖFFENTLICHEN VERKEHRSMITTELN:

Mit der Straßenbahn Linie 1 bis Köln-Merheim von dort aus Fußweg ca. 15 Minuten oder mit der Buslinie 158 bis aufs Klinikgelände oder mit der Straßenbahn Linie 9 bis Köln-Ostheim, Frankfurter Straße, von dort aus Fußweg ca. 15 Minuten.

MIT DEM AUTO:

A4 Richtung Olpe, Abfahrt Köln-Merheim/Brück, Abzweigung Merheim, rechts einbiegen in die Olpener Straße, nach der zweiten Ampel kurz hinter der Autobahnbrücke links abbiegen in die Servatiusstraße, erneut links abbiegen in die Wilhelm-Griesinger-Straße, unter die Autobahnbrücke durchfahren bis aufs Klinikgelände

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Straße 33
51109 Köln, Tel.: 0221 8993 – 0
www.klinik-koeln.lvr.de

Parkplätze finden Sie am Klinikeingang Wilhelm-Griesinger-Straße. Weitere Parkmöglichkeiten stehen im Parkhaus des benachbarten Klinikums der Stadt Köln zur Verfügung.

