

Standard

Umgang mit Suizidalität

Stand: 20.05.2020
Autor: Raimund Junker
Version 1.0



Freigegeben: GF / U. Ehrhardt

INHALT

I. Einleitung

- 1.1. Definitionen
- 1.2. Risikofaktoren
- 1.3. Phasen vor dem Suizid

II. Grundsätze/ Werte

III. Ziele

IV. Personen

V. Durchführung

- 5.1. Einschätzung der Basissuizidalität: Das Screening
- 5.2. Einschätzung des akuten Suizidrisikos: Strukturiertes Gespräch über Suizidalität
- 5.3. Maßnahmen zur Verhinderung suizidaler Krisen im Vorfeld
- 5.4. Maßnahmen bei akuter Suizidgefahr
- 5.5. Maßnahmen bei erfolgtem Suizidversuch
- 5.6. Maßnahmen bei chronischer Suizidalität
- 5.7. Maßnahmen bei erfolgtem Suizid

Quellen

Anlagen:

- Anhang 1: NGASR-Skala © Psychiatrie Verlag 2015
- Anhang 2: Anleitung für die Nutzung der NGASR-Skala © Psychiatrie Verlag 2015
- Anhang 3: Arbeitshilfe für ein strukturiertes Gespräch über Suizidalität
- Anhang 4: Persönlicher Krisenplan
- Anhang 5: Protokoll von Suizidgedanken

I. Einleitung

1.1. Definitionen

- Es existieren bislang keine einheitlichen, international gebräuchliche Definitionen suizidaler Gedanken und Verhaltensweisen. Für den deutschen Sprachraum haben Wolfersdorf und Etzendorfer (2011) allgemein anerkannte Definitionen eingeführt, an denen sich dieser Standard hauptsächlich orientiert:¹

a.) Suizidalität:

- Der Begriff Suizidalität wird im Folgenden als *Oberbegriff* für Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidpläne und Suizidhandlungen verstanden:
- „Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.“²
- Die Steigerung von anfänglichen *Suizidgedanken* über konkretere *Suizidabsichten* bis hin zur *Suizidhandlung* zeichnet sich durch Zunahme von Handlungsdruck und Aktivität aus.
- Abzugrenzen vom Begriff Suizidalität sind selbstverletzende Verhaltensweisen, die ohne (bewusste) suizidale Absicht durchgeführt werden und oft dazu dienen, negative Gefühle zu reduzieren. Hier spricht man auch von *parasuizidalem* Verhalten. Der Übergang zur Suizidalität kann jedoch möglich und fließend sein.

b.) Basissuizidalität:

- Unter Basissuizidalität wird ein langfristiges, nicht an sich akutes, sondern abstraktes und potentielles Suizidrisiko verstanden. Das Vorliegen bestimmter Basisrisikofaktoren (z.B. Substanzmissbrauch) gibt Auskunft darüber, ob eine Person grundsätzlich einer Risikogruppe zuzuordnen ist, auch wenn sie nicht akut suizidal ist.

c.) Akute Suizidalität:

- Es liegt ein durch Handlungen oder Äußerungen erkennbarer (oder nicht direkt erkennbarer) Todeswunsch mit hohem Handlungsdruck und akuter Suizidgefahr vor.

d.) Chronische Suizidalität:

- Zu diesem Begriff gibt es bislang nur unscharfe Definitionen. In unserer Arbeit mit chronisch psychisch belasteten Menschen haben wir es jedoch immer wieder mit dem Phänomen der chronischen Suizidalität zu tun.
- Wir verstehen unter diesem Begriff eine über einen langen Zeitraum (z.B. über Monate oder Jahre) immer wieder auftretende, anhaltende Suizidalität mit mehr oder weniger häufig auftretenden suizidalen Krisen mit oder ohne Suizidversuchen. Eine anhaltende Einstellung von Lebensverneinung mit Todeswünschen, geäußert oder verschwiegen, liegt vor. In der Regel entwickelt sich der suizidale Handlungsdruck bei chronischer Suizidalität langsamer als bei impulshaft suizidalen Handlungen.³

e.) Suizidversuch:

- Ein Suizidversuch bezeichnet ein selbst schädigendes und selbst ausgeführtes Verhalten, das die deutliche Absicht hatte, den eigenen Tod herbei zu führen (Todeswunsch) oder das Ziel verfolgte, eine Veränderung herbeizuführen (Wunsch nach Ruhe, Pause, Zuwendung), und damit den Tod als Möglichkeit in Kauf zu nehmen (Versterbensrisiko). In der Suizidforschung wird letzteres manchmal als Parasuizid bezeichnet.⁴ In beiden Fällen steht am Ende das Überleben der betroffenen Person.

f.) Suizid:

- Ebenso muss bei einem vollendeten Suizid die Absicht der betroffenen Person, den eigenen Tod herbeizuführen, gesichert sein sowie die Tatsache, dass sie den Tod selbst herbeiführte.
- Am Ende der Handlungen steht immer der Tod der betroffenen Person.

¹ vgl. Kozel 2015, S. 13 f, sowie Wolfersdorf und Etzendorfer 2011, S. 24 ff, sowie Teissmann/ Dorrman 2014, S. 3

² Kozel 2015, S. 14 (nach Wolfersdorf und Etzendorfer 2011).

³ Vgl. Eink und Haltenhof 2006, S. 20.

⁴ vgl. Wolfersdorf und Etzendorfer 2011, S. 25

1.2. Risikofaktoren⁵

a.) Suizidversuche in der Vergangenheit:

- Im ersten Jahr nach einem Suizidversuch ist das Risiko 100-fach erhöht. Ein früherer Suizidversuch ist der *wichtigste* Risikofaktor.
- Besondere Aufmerksamkeit ist geboten, wenn das Misslingen eines Suizidversuches vom Betroffenen im Nachhinein bedauert wird.

b.) psychische Erkrankungen:

- Suizide sind sechsmal häufiger als bei Menschen ohne psychische Erkrankungen⁶
- Vor allem affektive Störungen (Depressionen).
- Schizophrenien: Suizidrate 4-10 %. Besondere Risikofaktoren sind hier:
 - o Männer unter 45 Jahren
 - o kürzliche Klinikentlassung
 - o imperative Stimmen
 - o soziale Belastungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Substanzstörungen aller Art, vor allem jedoch Alkoholismus (Suizidrate 7 %). Alkohol beeinträchtigt die kognitiven Fähigkeiten, senkt die Belastbarkeit und die Hemmschwelle, erhöht die Aggressivität und fördert den Übergang vom Suizidgedanken zur Suizidhandlung.

c.) Hoffnungslosigkeit:

- Bei starker, anhaltender Hoffnungslosigkeit ist das Suizidrisiko 11fach erhöht.

d.) Demographische Faktoren:

- Männliches Geschlecht (2-8mal häufigere Suizide bei Männern als bei Frauen).⁷
- Höheres Alter (das Suizidrisiko steigt mit höherem Alter an).⁸
- Arbeitslosigkeit und niedriger gesellschaftlicher und ökonomischer Status.
- Soziale Isolation.

e.) Sonstige Faktoren:

- Chronische Schmerzen und Krankheiten.
- Schwere Schlafstörungen.
- Kognitive Defizite.
- Missbrauchserfahrungen.
- Tatsächliche oder befürchtete Verluste von Bezugspersonen.
- Kränkungen oder Zurückweisungen.
- Zeiten körperlicher, psychischer, sozialer Veränderungen (z.B. Pubertät, Pensionierung).
- (chronische) Überforderungen und Belastungen (z.B. privat und/oder beruflich).
- Mit Stress verbundene Lebensereignisse.
- Furchtlosigkeit vor Tod und Sterben.
- Entwurzlungen wie Migration, Umzug, Umsiedlung.
- Nachahmungssuizide: "Werther"-Effekt.

1.3. Phasen vor dem Suizid

a) Rapsusartige Suizidhandlungen (Impulshandlungen)

- Suizidale Krisen können in sehr unterschiedlichem Tempo ablaufen. Die impulshaften, rapsusartigen Suizidhandlungen stellen das größte Problem dar, da sie keine erkennbare Vorlaufzeit mit möglichen Hinweisen und Appellen haben.
- Der Dauer von der Suizididee über den Entschluss bis hin zur SuizidAusführung kann wenige Stunden oder sogar Minuten betragen. Derartige Impulshandlungen ermöglichen kaum Interventionen im Vorfeld oder eine Rettung bei einer harten Methode (z.B. Sprung

⁵ vgl. Kozel 2015, S. 29 ff, und Teissmann/ Dorrman 2014, S. 10 ff

⁶ vgl. Kozel 2015, S. 19.

⁷ vgl. Kozel 2015, S. 17.

⁸ vgl. Teissmann/ Dorrman 2014, S. 10.

vom Balkon).⁹ Es handelt sich hierbei meistens um eine affektiv überschießende Reaktion auf eine akute psychosoziale Krise.

- Häufiger jedoch entwickelt sich Suizidalität über einen längeren Zeitraum, z.B. in der Regel bei depressiven Erkrankungen.
- Neben dem zeitlichen Aspekt spielen die individuellen Risikofaktoren und deren besondere Kombination eine große Rolle, ob eine anfängliche Suizididee tatsächlich in einer suizidalen Handlung mündet.

b.) Phasen nach Pöldinger 1968:

- Das von Walter Pöldinger (1968) beschriebene Modell zur Beschreibung präsuizidaler Phasen wird am häufigsten herangezogen:¹⁰

1. Stadium: Erwägung:

- Ein möglicher Suizid als Problemlösung wird in Erwägung gezogen. Es findet eine "Einengung" im Erleben der eigenen Person und der Umwelt statt ("Präsuizidales Syndrom" nach Erwin Ringel [1953]). Eigene Ressourcen sind eingeschränkt oder gehen verloren, das Erleben ist auf pessimistische Sichtweisen verengt.

2. Stadium: Ambivalenz:

- Für und Wider eines möglichen Suizids wird abgewogen. Es ist mit direkten und/oder indirekten Suizidankündigungen im sozialen Umfeld zu rechnen („Hilferufe“), die oftmals verschlüsselt und nicht immer erkennbar sind. Hier ist jeder Hinweis ernst zu nehmen!

3. Stadium: Entschluss:

- Die Betroffenen wirken ruhiger und weniger verzweifelt als vorher ("Ruhe vor dem Sturm"). Von außen scheint die Krise abgeflaut zu sein. Die Ambivalenz ist überwunden, der Entschluss zur suizidalen Handlung gefasst (wobei der Zeitpunkt noch nicht feststehen muss!). Ein plötzlicher Verhaltenswandel oder Verschenken von Gegenständen ist ein deutliches Warnsignal!

c.) Phasen nach Reisch 2012:

- Das "Sechs-Phasen-Modell suizidaler Krisen" nach Reisch 2012¹¹ wird mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell verbunden, das die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen beschreibt.

- Eine erhöhte Verletzbarkeit oder Anfälligkeit für eine bestimmte psychische Erkrankung kann durch belastende genetische und/oder psychosoziale Faktoren bedingt sein. Kommen belastende Lebensereignisse dazu und überschreiten eine gewisse Schwelle, kommt es zur Symptombildung. Persönliche Schutzfaktoren (z.B. Bewältigungsstrategien, soziales Netz usw.) beeinflussen die Ausprägung des Krankheitssymptoms.

1. Präsuizidale Phase:

- Es liegt eine erhöhte Verletzbarkeit vor. Persönliche Schutzfaktoren stehen im Ungleichgewicht zu belastenden Faktoren. Dies führt nicht zwangsläufig in eine suizidale Krise, erhöht aber die Wahrscheinlichkeit.

2. Mental-Pain-Phase:

- In dieser Phase werden subjektiv unerträglich empfundene Lebensereignisse als psychischer Schmerz (mental pain) empfunden. Dieses gleichzeitige Vorhandensein von äußeren und inneren Stressoren verhindert den Zugriff auf positiv Erlebtes oder positiv Erwartetes. Das Denken, Fühlen und Handeln der Person ist darauf ausgerichtet, das Leiden zu beenden.

3. Suizidhandlungsphase:

- Hierauf folgt ein dissoziativer Zustand, in der der seelische Schmerz abgespalten wird: *"Es wird vermutet, dass suizidale Handlungen überhaupt nur durch dissoziative Zustände möglich sind."*¹² Der Suizid wird "wie automatisch" vorbereitet.

⁹ Vgl. Wolfersdorf und Etzendorfer 2011, S. 66

¹⁰ vgl. Teissmann/ Dormann 2014, Wolfersdorf und Etzendorfer 2011, Eink und Haltenhof 2006.

¹¹ vgl. Kozel 2015, S. 95f.

¹² Kozel 2015, S. 96.

4. Finale Ambivalenzphase:

- Es wird unmittelbar vor dem Suizid noch einmal innegehalten. Hier kann von außen noch ein letztes Mal eingegriffen werden.

5. Finale Handlungsphase:

- Die suizidale Handlung wird vollzogen.

6. Aufwachen:

- Der dissoziative Zustand verschwindet, gleich einem „Aufwachen“, nach dem Suizidversuch.

II. Grundsätze/ Werte

- Es besteht die Bereitschaft der Mitarbeiter*innen, sich mit dem Thema Suizidalität auseinanderzusetzen.
- Die Mitarbeiter*innen erhalten Handlungssicherheit, auch hinsichtlich rechtlicher Aspekte. Gesetzliche Rahmenbedingungen sind allen Beteiligten klar.
- Einstellungen und Werte zum Thema Suizidalität können im Team offen besprochen und reflektiert werden (z.B. ethische Aspekte, Freiheit versus Sicherheit, persönliche Einstellungen zu Leben und Tod u.v.m.), ggf. mit Hilfe von Supervision.
- Ängste, Schuldgefühle, Hilflosigkeit etc. werden im Team nicht tabuisiert, sondern können offen bearbeitet werden.
- Die Grenzen des eigenen Handelns, der Einflussnahme- und Hilfemöglichkeiten werden transparent gemacht und im Team reflektiert.

III. Ziele

- *"Ziele sollten gemeinsam mit dem Patienten, der Patientin, entwickelt und formuliert werden. Sie sollten realistisch, beurteilbar und positiv sein."*¹³

Sicherheit

- Die Person begeht keinen Suizid oder Suizidversuch.
- Die Person hat möglichst keinen Zugang zu potentiell tödlichen Suizidmethoden.
- Die Person kann sich von eigenen Suizidabsichten- und -wünschen distanzieren.
- Die Person kann für einen definierten Zeitraum versprechen, sich nichts anzutun bzw. das Leben zu nehmen.
- Sicherheit und Hilfen sind gewährleistet.

Beziehung, Kommunikation, Absprachefähigkeit

- Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist gewährleistet.
- Die Person kann Vertrauen (zumindest zu einer Person) aufbauen und dadurch Sicherheit erleben.
- Zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Kontakte können wieder zugelassen, erlebt und aufrechterhalten werden.
- Die Person fühlt sich in ihrer Not gehört, verstanden und vorurteilsfrei angenommen.
- Die Person ist absprachefähig und teilt Todes- und Ruhewünsche und Suizidgedanken mit.
- Die Person teilt Suizidabsichten und konkrete Suizidpläne mit.
- Die Person kann ihre Gefühle und Gedanken äußern und meldet sich, wenn suizidale Impulse übermächtig werden.
- Die Person kann selbst Verantwortung dafür tragen, am Leben zu bleiben.
- Weitere Schritte können transparent mit der Person besprochen werden.
- Ängste der Betroffenen vor bestimmten Maßnahmen können offen besprochen werden
- Grenzen der Hilfemöglichkeiten, z.B. bei mangelnder Kooperationsbereitschaft der Betroffenen (z.B. Bagatellisierung/ Leugnung der eigenen Suizidalität aufgrund von Angst vor [Zwangs]einweisungen) können transparent und auf Augenhöhe offengelegt werden.

¹³ Kozel 2015, S. 65.

Aufarbeitung, Wissen und Verstehen, zurück ins Leben finden

- Die Person kann die Ursachen, auslösenden Faktoren und Umstände ihrer suizidalen Absichten (mit Hilfe) erkennen.
- Die Person kann ihre suizidale Krise als sinnhaft verstehen und sie in ihre eigene biographische Lebensgestaltung integrieren.
- Die Person kann wieder eigene Lebensziele entwickeln, Hoffnung erleben und wieder mehr Kontrolle über das eigene Leben entwickeln.
- Die Person kann offen über ihre suizidalen Erfahrungen sprechen, ohne sich zu schämen.

Bewältigungsstrategien und Prävention

- Die Person kann an der eigenen Zielformulierung mitarbeiten.
- Die Person hat einen Krisen- und Notfallplan.
- Die Person kann Krisenbewältigungsstrategien mit Hilfe erarbeiten und anwenden.
- Die Person kann persönliche Frühwarnzeichen erkennen.
- Die Person weiß, wohin sie sich in Krisen wenden kann.

IV. Personen

- Bewohner*innen, Klient*innen und Mitarbeiter*innen der Betreuungskette Am Seelberg GmbH und des SPZ.

V. Durchführung

5.1. Einschätzung der Basissuizidalität: Das Screening

- Es gibt nur wenige deutschsprachige Instrumente zur Einschätzung der Suizidgefährdung.
- Wir haben uns für die NGASR-Skala (*Nurses' Global Assessment of Suicidal Risk Scale*) entschieden,¹⁴ da sie im deutschsprachigen Raum seit einigen Jahren erfolgreich angewendet wird.¹⁵
- Die NGASR-Skala umfasst 16 evidenzbasierte Risikofaktoren, die unterschiedlich gewichtet werden.
- Anhand des Screenings wird eine erste grobe Einschätzung der *Basissuizidalität* vorgenommen. Das systematische Erfassen der Basisrisikofaktoren gibt Auskunft darüber, ob eine Bewohner*in/ Klient*in einer Risikogruppe zuzuordnen ist.
- Die Einschätzung der Basissuizidalität erfolgt in drei Schritten:
 - 1.) Erhebung der objektiven Risikofaktoren:
 - o Die Gesamtpunktzahl der NGASR-Skala ergibt den Risikograd: 1 = kleines Risiko, 2 = mäßiges Risiko, 3 = hohes Risiko, oder 4 = sehr hohes Risiko.
 - 2.) Subjektive Einschätzung:
 - o Im Anschluss wird eine *subjektive Mitarbeiter-Einschätzung* anhand einer ebenfalls 4-stufigen Rating-Skala vorgenommen.
 - 3.) Festlegung des tatsächlichen Risikogrades und Dokumentation:
 - o Sowohl die objektive, als auch die subjektive Einschätzung werden unter Berücksichtigung des aktuellen Gesamtverlaufes zur *abschließenden Risikobeurteilung* herangezogen und der *endgültige Risikograd* festgelegt.
 - o Aus der Risikobeurteilung und den individuell erhobenen Risikofaktoren müssen Ziele und Maßnahmen (in der Begleitungsplanung) abgeleitet und dokumentiert werden.
- Die Einschätzung der Basissuizidalität mittels der NGASR-Skala ist vorzunehmen:
 - o Grundsätzlich bei *Einzug in den Seelberg/* Eintritt in die TS oder das ABW
 - o bei *Veränderungen der aktuellen Situation* bzw. der Risikofaktoren, z.B.
 - wenn sich der körperliche und/oder psychosoziale Zustand der Person krisenhaft verändert/ Belastungen hinzukommen, die das Risiko erhöhen können.

¹⁴ Mit freundlicher Genehmigung des Psychiatrie Verlages

¹⁵ vgl. Kozel 2015, S. 27 und 37.

- sobald ein Suizidrisiko durch Fremd- oder Eigeneinschätzung oder durch Hinweise anderer Art (z.B. bei beobachtbaren Veränderungen im Verhalten) vermutet wird.

5.2. Einschätzung des akuten Suizidrisikos: Strukturiertes Gespräch über Suizidalität

- „Es gibt keine bessere Möglichkeit zur Beurteilung der Suizidalität als ein Gespräch mit dem betroffenen Menschen.“¹⁶
- Sollte anhand des Screenings eine *hohe oder sehr hohe Basissuizidalität* (Risikostufe 3 oder 4) festgestellt worden sein, muss im Anschluss mittels eines vertiefenden Gespräches (strukturiertes Gespräch über Suizidalität) eine genauere Einschätzung erfolgen, ob ein *akutes, aktuelles Suizidrisiko* vorliegt, das Sofortmaßnahmen erfordert.¹⁷
- Es obliegt dem jeweiligen betreuenden Team zu entscheiden, ob dies im Einzelfall schon bei einem mäßigen Risiko (Risikostufe 2) sinnvoll ist.
- In dem Gespräch geht es darum, die Häufigkeit, Dauer und Intensität von *Suizidgedanken*, die Motivation, den Handlungsdruck und den Handlungswillen von *Suizidabsichten* sowie aktuelle *Suizidpläne* zu erfragen und einzuschätzen.
- Im Anschluss müssen zusammen mit der/dem Betroffenen weitere Schritte festgelegt werden (siehe Punkt 5.3. ff).

a.) Gesprächsvorbereitung:

- *"Von zentraler Bedeutung ist an dieser Stelle der Hinweis, dass jede Sorge, durch das Ansprechen von möglichen Suizidgedanken werde ein Handlungsimpuls gesetzt, unbegründet ist. Dadurch wird niemand auf die Idee gebracht, Suizid zu begehen. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall."*¹⁸
- Achten Sie auf Ihre eigenen Gefühle, Gedanken und Einstellungen zum Thema "Suizid".
- Sprechen Sie im Vorfeld mit Kolleg*innen und überlegen Sie, wo Sie sich Hilfe holen können.
- Nicht jeder Suizid ist vermeidbar. Gehen Sie auch von der Möglichkeit aus, dass die/der Betreffende sich das Leben nimmt.
- Bereiten Sie sich auf das Gespräch vor. Nehmen Sie sich genügend Zeit und Ruhe und wählen Sie einen ruhigen, angemessenen Ort aus.
- Wie gut kennen Sie die Bewohner*in/ Klient*in?
- Drücken Sie Ihr Interesse an dem Problem und Ihr Verständnis für die krisenhafte Situation aus.
- Die Fragen sollten eher allgemein beginnen und dann im Laufe des Gespräch detaillierter werden.

b.) Beziehung aufbauen:

- Eine solide, tragfähige Beziehung ist das wichtigste Element für ein Gespräch mit einem suizidalen Menschen. Vertrauen ist hierfür Grundlage: Nicht immer werden suizidale Gedanken offen mitgeteilt, z.B. aus Scham oder Angst vor Konsequenzen.
- Das Gespräch sollte behutsam und individuell ausgerichtet an der aktuellen Situation sowie der psychischen Grundproblematik (z.B. Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, Wahnerleben, Depressivität etc.) Ihrer Klient*in/ Bewohner*in erfolgen.
- Es sollte validierend kommuniziert werden (achtsam, Gefühle des anderen beschreibend, selbstreflektiert, interessiert, Echtheit zeigend, Gesagtes zusammenfassend und bestätigend).
- Hierzu ist förderlich:
 - Ausreichend Raum geben und das Gefühl geben, dass man Interesse an dem Problem hat.

¹⁶ Eink und Haltenhof 2006, S. 59.

¹⁷ vgl. Kozel 2015, S. 36.

¹⁸ Kozel 2015, S. 39.

- Das Gefühl geben, dass die/der Betreffende einen Verbündeten an der Seite hat, auf den sie sich verlassen kann.
- Wertfrei zuhören und das Gefühl vermitteln, dass man verstanden hat.
- Eigene Positionen sollten als solche klar benannt werden (Ich-Botschaften).
- Sprechen Sie Suizidgedanken und -absichten direkt und offen an. Die Betreffende wird sich umso mehr verstanden fühlen.
- Man sollte vermeiden: Argumentieren, belehren, dramatisieren, bagatellisieren, verallgemeinern, ausfragen, analysieren, trösten oder bemitleiden.

c.) Das Gespräch einleiten und anhand der Arbeitshilfe durchführen.¹⁹

- Die diesem Standard angehängte Arbeitshilfe mit Beispielfragen (nach Kozel 2015) umfasst folgende Bereiche:

Suizidgedanken:

- Es kann ein passives Beschäftigen mit Ruhe- und Todeswünschen vorliegen (passive Suizidalität) oder ein andauerndes Vorhandensein von Suizidgedanken, die als schlimm und übermächtig empfunden werden (erhöhter Handlungsdruck):
 - Stellen Sie zunächst Fragen nach "*passiver Suizidalität*", nach diffusen Ruhe- und Todeswünschen.
 - Stellen Sie im weiteren Verlauf des Gespräches Fragen, die auf einen *höheren Handlungsdruck* hinweisen können. Formulieren Sie Ihre Fragen konkreter und wählen Sie aktive Verben, die Handlungen bezeichnen (z.B. „dem Leben ein Ende setzen“).
 - Fragen Sie anschließend nach *Häufigkeit, Dauer und Intensität* der Gedanken und danach, wie *mächtig* sich diese Gedanken aufdrängen.

Suizidabsichten:

- Suizidgedanken haben sich zu einer *deutlichen Absicht*, sich das Leben zu nehmen, gesteigert:
 - Stellen Sie Fragen nach der *konkreten Absicht* bzw. dem *Wunsch*, sich das Leben zu nehmen sowie dem *Druck* und dem *Handlungswillen*.

Suizidpläne:

- Eine konkrete Methode, zu der ein direkter Zugang besteht, wurde ausgewählt und der Suizid damit bereits in Gedanken durchgespielt:
 - Fragen Sie danach, ob bereits eine *bestimmte Methode, ein Ort, ein Zeitpunkt* ausgewählt sowie gedankliche und/oder konkrete Vorbereitungen getroffen wurden.

Suizidales Verhalten in der Vergangenheit:

- Das Risiko ist erheblich erhöht, wenn es in der Vergangenheit Suizidversuche gab, wenn der letzte Suizidversuch noch nicht lange her ist und wenn dieser nicht bedauert wird:
 - Stellen Sie konkrete Fragen zu früheren Suizidversuchen.

Aktuelles Befinden:

- Je höher das Gefühl von Hoffnungslosigkeit, desto höher ist das Suizidrisiko:
 - Stellen Sie Fragen nach dem Ausmaß von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und dem Gefühl von Ausweg- und Hilflosigkeit.

Zugang zu Suizidmethoden:

- Fragen Sie danach, ob ein leichter Zugang zur Suizidmethode besteht (Waffen, Medikamente, Gift, Örtlichkeiten).

Protektive Faktoren:

- Welche subjektiven Gründe hat die Betreffende, um am Leben zu bleiben?
 - Stellen Sie Fragen nach Faktoren, die jemanden vor dem Suizid schützen können, was ihn davon abhält, Suizid zu begehen.
 - Fragen Sie nach den individuellen Gründen, am Leben zu bleiben, nach möglichen Lebenszielen und ob noch ein Sinn im Leben gesehen wird.

¹⁹ s. Anhang zu diesem Standard, und vgl. auch Kozel 2015, S. 41-46.

d.) Begründete Risikobeurteilung und Dokumentation.

- Im Anschluss an das vertiefende Gespräch über Suizidalität wird eine Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos vorgenommen.
- Die Einschätzung muss begründet werden. Für die Darstellung der Gründe der Risikobeurteilung sollten die Ergebnisse des strukturierten Gespräches sowie der aktuelle Gesamtverlauf und Verhaltensbeobachtungen herangezogen werden.
- Die Begründung sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen müssen aus der Dokumentation (Berichtsblatt und Begleitungsplanung) ersichtlich hervorgehen.

Fallbeispiel:

- o Bei einer Bewohnerin ergibt sich nach dem Screening mit der NGASR-Skala aufgrund der Risikofaktoren die Stufe 3 (hohes Risiko der Basissuizidalität). Die Mitarbeiterin beurteilt das Risiko subjektiv ebenfalls als „hoch“, da die Bewohnerin in letzter Zeit kognitiv abzubauen scheint, aktuell introvertiert und abwesend erlebt wird und neben anderen Risikofaktoren ein früherer Suizidversuch bekannt ist.
- o Es folgt im Anschluss ein offenes Gespräch über Suizidalität, um eine vertiefte Einschätzung des akuten Suizidrisikos vorzunehmen.
- o Die Bewohnerin ist über das Gespräch sehr erleichtert, berichtet über ihre aktuellen Probleme, dass sie zurzeit keinen Besuch von Angehörigen erhält und feststellt, dass ihr Gedächtnis sehr nachlässt und sie darunter leidet. Konkrete Suizidabsichten- und pläne verneint sie glaubhaft.
- o Der Kontakt zu den Angehörigen konnte taggleich hergestellt werden. Gedächtnishilfen wurden besprochen. Regelmäßige Entlastungsgespräche wurden vereinbart. Der Psychiater wurde nach dem Gespräch zur weiteren Diagnostik informiert.
- o Ergebnis: Die Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos konnte auf Stufe 2 (mäßiges Risiko) heruntergestuft werden. Einschätzung, Begründung der Einschätzung und Maßnahmen wurden dokumentiert.
- *„Eine Sicherheit, dass jede suizidale Handlung vorher erkannt und verhindert werden kann, gibt es nicht. (...) Eine Pflegefachperson sollte aber nachweisen können, dass sie eine professionelle Einschätzung nach dem aktuellen Stand des Wissens vorgenommen hat.“²⁰*

5.3. Maßnahmen zur Verhinderung suizidaler Krisen im Vorfeld

- Unmittelbar nach erfolgter Risikoeinschätzung müssen Maßnahmen zur Suizidprävention – möglichst zusammen mit der betreffenden Person- festgelegt und in der Begleitungsplanung festgehalten werden.
- Bei der sogenannten Primärprävention geht es vor allem darum, *im Vorfeld suizidale Krisen zu verhindern* (und damit mögliche suizidale Handlungen).²¹
- Ist z.B. aufgrund akuter Belastungen mit einer Krise zu rechnen?
- Welche Schutzfaktoren besitzt die Person und kann sie diese aktivieren?
- Die Risiken hinsichtlich des jeweiligen psychiatrischen Krankheitsbildes berücksichtigen, z.B. Depression (z.B. ausgeprägte Hoffnungslosigkeit), Schizophrenie (z.B. imperative Stimmen), Persönlichkeitsstörung (z.B. selbstverletzendes Verhalten), Substanzmissbrauch (z.B. Verringerung der Hemmschwelle in Folge von Konsum). Hier ggf. über den Psychiater die aktuelle Medikation überprüfen und ggf. anpassen lassen (z.B. antidepressiv, antipsychotisch, angstlösend etc.).
- Substanz-Rückfallprophylaxe durchführen, Teilnahme an Suchtgruppen.
- Umgebungs- und Milieufaktoren beachten: Ein strukturiertes, warmes Milieu mit positiv wirkenden Sozialkontakten herstellen.
- Eine therapeutische Beziehung aufbauen, in der die Betreffende Vertrauen fassen kann und sich verstanden fühlt.
- Suizidgedanken ernst nehmen und auf eventuelle Vorbereitungen zum Suizid achten.

²⁰ Kozel 2015, S. 59.

²¹ Vgl. Eink und Haltenhof 2006, S. 99.

- Verstärkte Zuwendung, Beobachtung und Aufmerksamkeit, insbesondere, wenn die Vermutung besteht, dass Suizidgedanken (z.B. aufgrund von Scham) nicht mitgeteilt oder verleugnet werden.
- Regelmäßige Entlastungsgespräche führen. Mit der/dem Betroffenen Häufigkeit, Ort und Termine absprechen.
- Die Vereinbarung schließen, dass sich die/der Betroffene bei den Mitarbeiter*innen meldet, wenn sie/er Suizidgedanken oder -absichten hat.
- Gemeinsam einen Krisenplan erstellen.
- Hilfestellung bei der Erarbeitung von Zukunftsvorstellungen und -plänen geben.
- Ressourcen fördern, z.B. externe/interne Sozialkontakte, AT's, Gruppenangebote, Hobbies fördern.
- Positive Lebensaspekte aufzeigen und eine stellvertretende Hoffnung und Zuversicht aufrechterhalten.
- Trauer begleiten und zulassen.
- Einheitliches Vorgehen im Team.
- Externes Hilfenetzwerk mit einbeziehen: Betreuer, Psychiater, ambulante Angebote
- Kollegiale Beratung einholen (Psychiatriekonferenz, Begleitungsplanungssitzung, Arztvisite, AT-Gespräch etc.).

5.4. Maßnahmen bei akuter Suizidgefahr

- Sollte eine akute suizidale Krise mit einem akuten Suizidrisiko auftreten (festgestellt z.B. mittels eines Gespräches über Suizidalität), sind *Sofortmaßnahmen zur Verhinderung suizidaler Handlungen* (Sekundärprävention) zu ergreifen.
- Frei angelehnt an das BELLA-Kriseninterventionskonzept²² sind folgende Schritte zu berücksichtigen:

Beziehungs- und Gesprächsaufnahme und Erfassen der Situation:

- Interesse am Problem zeigen, aufmerksam und einfühlsam zuhören.
- Zeit gewinnen und - wenn möglich - im Gespräch die Umstände/Ursachen der akuten Krise gemeinsam klären und weiteres Vorgehen entscheiden.
- Absprache- und Kommunikationsfähigkeit einschätzen, dabei psychische Grunderkrankung berücksichtigen (z.B. wahnhaft oder affektive Störungen).
- Das Risiko einer akuten, körperlichen Gefährdung einschätzen und abwenden, z.B. für den geplanten Suizid bereitgelegte Gegenstände (Messer o.ä.) entfernen.
- Die Betroffene/den Betroffenen fragen, ob sie/er einen geschützten Rahmen braucht und in die Klinik möchte. Ggf. Klinikeinweisung vorbereiten und einleiten.
- Ggf. Einweisung nach NPsychKG bei akuter Lebensgefahr, Rettungswagen rufen (112).
- Ggf. Einweisung durch Betreuer anregen lassen nach BGB.
- Siehe hierzu auch:
 - o „Vorgehenshilfe für Unterbringungen und vorläufige Einweisungen von psychisch kranken Erwachsenen in der Region Hannover“ sowie die dazugehörigen Erläuterungen. Diese sind z.B. im Präsenzordner zu finden.
 - o Anmerkung: Freiheitsentziehende Schutz- bzw. Zwangsmaßnahmen müssen sich immer am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientieren. Sicherung durch Beziehung hat - wann immer möglich und nach sorgfältiger Abwägung-Vorrang.²³
- Ggf. einen Anti-Suizid-Vertrag für einen festgelegten Zeitraum schließen:
 - o Eine stabile therapeutische Beziehung ist hierfür Voraussetzung.
 - o Diese Methode ist nicht evidenzbasiert. Es ist daher nicht belegt, dass sie Suizide verhindert²⁴ und sichert die Mitarbeiter*innen rechtlich nach erfolgtem Suizid nicht ab.

²² Vgl. Kozel (2015), S. 81ff.

²³ vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S. 80.

²⁴ vgl. Kozel 2015, S. 60 und S. 86.

- Anti-Suizidverträge sollten immer mit individuellen Krisenplänen und Bewältigungsstrategien kombiniert werden.
- *"Die Effektivität von Nonsuizid-Verträgen liegt demnach vor allem in ihrer Erarbeitung gemeinsam mit dem suizidalen Menschen und der so vertieften therapeutischen Beziehung."*²⁵
- Zur Bestimmung der Häufigkeit und Intensität von Suizidgedanken ist optional der Anhang „Protokoll von Suizidgedanken“ zu benutzen. Er ist auch ein gutes Instrument, um mit der Person ins Gespräch zu kommen.
- Gefahr für andere, z.B. Mitbewohner*innen, ausschließen.
- Individuellen Notfallplan heranziehen.

Linderung der Symptome:

- Entlastung und Beistand geben, auf die emotionale Situation der Person eingehen.
- Ggf. Bedarfsmedikation anbieten (beruhigend, angstlindernd, antidepressiv, antipsychotisch).
- Ggf. Atem- und Entspannungsübungen durchführen, ggf. an die frische Luft begleiten etc.
- Wünsche erfragen: Was ist der Person in diesem Augenblick wichtig?
- Hohe Aufmerksamkeit ist geboten.

Kolleg*innen/ andere Professionelle einbeziehen/ Ansätze zur Problemlösung finden:

- Vorgesetzte*n informieren
- Kolleg*innen informieren, dem Präsenzdienst Bescheid geben.
- Kontaktaufnahme mit behandelnden Psychiater*innen.
- Betreuer*in informieren.
- Der Person helfen, das eigentliche Problem zu benennen
- Der Person helfen, sich für mögliche Lösungen zu öffnen und für eine Veränderung zu entscheiden, z.B. danach fragen, was in dieser Situation am meisten helfen könnte.
- Die Person unterstützen, sich von Suizidabsichten und -handlungen zu distanzieren. (Anmerkung: Suizidgedanken sind kein Tabu! Es geht vor allem darum, Suizidhandlungen zu verhindern).

5.5. Maßnahmen bei erfolgtem Suizidversuch

- Notversorgung der betroffenen Person.
- Rettungswagen rufen.
- Einweisung in die Klinik.
- Betreuer*in, behandelnde Psychiater*innen, Kolleg*innen informieren.
- Betreffende nicht alleine lassen, bis Hilfe vor Ort ist.
- Vorgesetzte*n informieren
- Ausführliche Dokumentation.
- Verhinderung erneuter suizidaler Handlungen durch z.B. Analyse und Aufarbeitung der Krise im Nachhinein, soweit möglich, unter Heranziehung des Hilfenetzwerkes (Betreuer*in, Psychiater*in, Angehörige etc.).

5.6. Maßnahmen bei chronischer Suizidalität

- Wiederholung der Risikoeinschätzung (Basissuizidalität und akute Suizidalität) in individuell festgelegten Abständen, z.B. vierwöchentlich.
- Klären, welche Risikofaktorenkombinationen bei der Person eine große Rolle spielen und eine akute Krise auslösen können.
- Die Ursachen wiederkehrender Krisen ergründen und Lösungsmöglichkeiten mit der Person erarbeiten.
- Ressourcen erkunden und Hilfestellung geben, diese zu nutzen.
- Regelmäßige Entlastungsgespräche führen.

²⁵ S. Kozel 2015, S. 86.

- Stabiles Beziehungsangebot aufrechterhalten, Sicherheit geben.
- Psychiatrisches Krankheitsbild beachten, z.B. Umgang mit Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, chronifizierten Depressionen o.ä.
- Auf selbstverletzendes Verhalten (z.B. Schneiden, Brennen) im Sinne einer Parasuizidalität achten, mit der Person darüber ins Gespräch gehen.
- Ggf. regelmäßiges Skill-Training unterstützen.
- Klare Absprachen und schriftliche Vereinbarungen mit der Person treffen.
- Geschlossenes Vorgehen im Team.
- Notfall- und Krisenpläne besprechen und ggf. ergänzen.
- Das Thema Eigenverantwortung (Empowerment und Recovery) mit der Person besprechen, hier Möglichkeiten und Grenzen ausloten, Ressourcen und Motivation klären.
- Die Dynamik einer möglichen Doppeldiagnose beachten, z.B. welchen Einfluss der Substanzkonsum auf das individuelle Suizidrisiko der Person hat.
- Enge Zusammenarbeit mit dem Hilfenetzwerk (Betreuer*in, Psychiater*in, ambulante Dienstleister*in etc.).
- Regelmäßige Fallbesprechungen- und/oder Supervisionen durchführen.
- Die Grenzen und Möglichkeiten von Hilfe- und Interventionsmöglichkeiten im Team besprechen.
- Gegenübertragungen und eigene Grenzen bewusst machen.

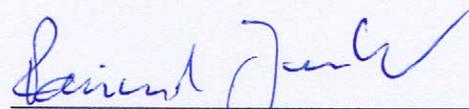
5.7. Maßnahmen bei erfolgtem Suizid

- Vorgesetzte*n informieren
- Aufarbeitung des Vorfalles im Team und mit der jeweiligen Leitung.
- Vermeiden von Selbstvorwürfen. Für die Bewältigung ist das Verstehen des Vorfalles und der Situation wichtig.
- Supervision einberufen.
- Ggf. Einzelcoaching in Anspruch nehmen.
- Außerordentliche Bewohnerrunde einberufen.
- Ggf. Angehörigen beistehen.
- Ggf. rechtliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Quellen:

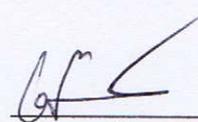
- **Kozel, Bernd:** Professionelle Pflege bei Suizidalität, Köln 2015
- **Teismann, Tobias/ Dorrman, Wolfram:** Suizidalität, Göttingen 2014
- **Rupp, Manuel: Basiswissen:** Psychiatrische Krisenintervention, Köln 2012
- **Wolfersdorf, Manfred/ Etzersdorfer, Elmar:** Suizid und Suizidprävention, Stuttgart 2011
- **Holnburger, Martin:** Pflegestandards in der Psychiatrie, München 2004
- **Eink, Michael/ Haltenhof, Horst: Basiswissen:** Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Bonn 2006

Hannover, 25.06.2020


 (Autor)

Freigabe (inklusive der Anhänge):

Hannover, 25.06.2020


 (Geschäftsführung)