

Suizidalität

Ute Lewitzka, Susanne Knappe

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen. Helfende Berufe werden im Laufe ihrer Tätigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit mit diesem Thema konfrontiert. Der folgende Beitrag möchte über Suizidalität im Rahmen psychischer Erkrankungen informieren, Wissen über Entstehung und Prävention, aber vor allem Handlungsempfehlungen für Klinik und Praxis vermitteln und so zu einem sicheren Umgang mit diesem Thema beitragen.

Einführung

Zu Beginn unserer beruflichen Entwicklung in den psychiatrischen/psychologisch-psychotherapeutischen Fächern wissen wir rational um die Möglichkeit eines katastrophalen Ausgangs bei der Betreuung suizidaler Patienten und sind dennoch oft unvorbereitet, wenn es passiert.

Wie sich auch Angehörige und Hinterbliebene fragen, warum so etwas passiert ist, ob sie etwas übersehen/überhört haben, ob sie anders hätten reagieren sollen, so fragen auch wir uns, ob wir in der Behandlung eines Patienten etwas anders hätten machen müssen. Und genau wie Angehörige erleben wir Trauer, Wut und Scham.

Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen können im Umgang mit suizidalen Patienten Handlungsempfehlungen bereitstellen und Handlungssicherheit geben.

Epidemiologie

Suizide gehören zum Menschsein dazu. Historisch wurden Suizide unterschiedlich betrachtet und bewertet sowie ethisch von Philosophen diskutiert [1]. Weltweit nehmen sich ca. 800 000 Menschen pro Jahr das Leben. In Deutschland starben 2019 9041 Menschen durch Suizid, zum Vergleich wurden im selben Jahr 3059 Verkehrstote registriert. Es wird geschätzt, dass auf jeden Suizid etwa 10–20 Suizidversuche kommen. Etwa 40% der Menschen, die durch einen Suizid sterben, haben einen Suizidversuch in der Vorgeschichte. In der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen gehört der Suizid zu der zweithäufigsten Todesursache. Statistisch gesehen werden die meisten Suizidversuche von eher jüngeren Frauen verübt, während ältere Männer die meisten Suizide verüben. In Deutschland steigt die Suizidrate mit zunehmendem Lebensalter an. Weltweit wurden im Jahr 2016 die höchsten Suizidraten in Litauen und Russland erfasst. Während in den meisten Ländern der Welt die Suizidraten sinken, steigen sie v. a. in Nordamerika seit einigen Jahren wieder an. Abhängig von der Region und der Verfügbarkeit von Suizidmitteln unterscheiden sich die verwendeten Methoden in den einzelnen Ländern.

In Deutschland geschehen die meisten Suizide mittels Strangulation, in asiatischen Ländern durch Pestizide/Chemikalien/Gas, in den USA durch Schusswaffen [2, 3]. Historisch gesehen weist Mitteldeutschland (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) die höchsten Raten innerhalb von Deutschland auf, eine zufriedenstellende Erklärung gibt es dafür nicht. Im Jahr 2018 lag die Suizidrate in Sachsen-Anhalt bei 15,4, in Sachsen bei 15,2 und in Thüringen bei 14,4 je 100 000 Einwohner [4].

Ursachen

Suizidalität ist ein multifaktorielles Geschehen. Verschiedene Modelle beschreiben die Entwicklung suizidalen Verhaltens selbst (z. B. Ringel, Pöldinger) bzw. versuchen, die zugrunde liegenden psychologischen/sozialen/biologischen Einflussfaktoren zu bestimmen.

All diese Modelle können sich bis heute nur einer Erklärung, warum Menschen mit der Entwicklung suizidaler Gedanken/suizidalen Verhaltens reagieren, annähern.

Die jüngeren Forschungen beschäftigen sich mit der Weiterentwicklung der verschiedenen Modelle und machen z. B. auf neuere „Ideation-to-Action-Theories“ aufmerksam [5].

► **Tab. 1** Übersicht Risiko- und Schutzfaktoren.

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidversuche in der Vorgeschichte, Suizide in der Familie ▪ Suizid/Suizidversuch im nahen Umfeld ▪ ältere Männer (für Suizid), jüngere Frauen (für Suizidversuch) ▪ psychische Erkrankungen (insbesondere affektive Störungen), Persönlichkeitsmerkmale wie leichte Kränkbarkeit, erhöhte Impulsivität ▪ Schlafstörungen ▪ Missbrauch/Abhängigkeit (Alkohol/Drogen) ▪ Entlassung aus stationärer Therapie ▪ schwere körperliche Erkrankungen (insbesondere Schmerzsyndrome) ▪ Missbrauchserfahrungen, Erleben von Krieg/Flucht/Trauma ▪ belastende Lebensereignisse (Trennung, Verlust des Arbeitsplatzes, Insolvenz, Inhaftierung, Obdachlosigkeit, Jahrestage), Arbeitsunfähigkeit bzw. Pensionierung ▪ Einsamkeit, soziale Isolation ▪ Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen (LBTQ, Migranten usw.) ▪ neurobiologische Vulnerabilität (z. B. serotonerges Defizit, Störungen der HPA-Achse) ▪ Jahreszeit (Frühsommer) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstvertrauen bzw. gute Selbstwertregulation ▪ soziale Kompetenzen ▪ soziale Integration/tragende Beziehungen ▪ soziale Unterstützung ▪ religiöse Bindung ▪ Problemlösestrategien (inkl. Hilfesuchverhalten) ▪ berufliche Perspektiven/sinnstiftende Tätigkeiten

Insbesondere die biologische Forschung hat in den letzten beiden Jahrzehnten große Fortschritte erzielt und entdeckte neben der ursprünglichen Serotoninhypothese der Suizidalität zahlreiche weitere putative biologische Marker, die in der Entwicklung suizidalen Verhaltens bedeutsam sind. Eine noch immer aktuelle Zusammenfassung des Wissensstands liefern z. B. van Heeringen u. Mann in ihrem Review von 2014 [6].

All diese Erkenntnisse führen zu einem besseren Verständnis von Risiko-, aber auch Schutzfaktoren (► Tab. 1) und liefern uns somit Rüstzeug für die Einschätzung im Umgang mit Patienten.

Risikofaktoren

Die Evidenz für individuelle, gesellschaftliche, interpersonelle Risikofaktoren ist in den letzten Jahren immer größer geworden. Zu den individuellen Faktoren werden neben psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen auch Lebensereignisse (z. B. Arbeitsplatzverlust) sowie familiäre Belastungen gezählt. Auf der Beziehungsebene stellen Beziehungskonflikte bzw. fehlende soziale Integration mit einem daraus entstehenden Gefühl von Isolation und Einsamkeit eine wichtige Rolle dar.

Zu den gesellschaftlich bedingten Risikofaktoren zählen neben dem Auftreten von Krisen/Kriegen/Naturkatastrophen und dem Umgang mit Gewalt/Diskriminierung/Stigma auch die Kultur der Medienberichterstattung (etwa über Suizide prominenter Personen) sowie der Umgang mit Suizidmethoden und deren Verfügbarkeit.

Nach Wolfersdorf [7] weisen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suizidversuchen in der Vorgeschichte ein erhöhtes Risiko auf. Ferner sind ältere Menschen, insbesondere Männer mit körperlichen Erkrankungen und geringer sozialer Einbettung, gefährdet. Aber auch junge Menschen in Entwicklungskrisen, mit der Erfahrung von Mobbing /Cybermobbing bzw. weiteren interaktionellen Problemen (zur Familie, Schule, Ausbildung) weisen ein erhöhtes Risiko auf.

Hinsichtlich der globalen Entwicklung von Kriegen und Krisen in verschiedenen Ländern, den daraus resultierenden Traumatisierungen und Flüchtlingsbewegungen ist insbesondere auch auf diese Gruppe von Menschen zu achten. Körperliche Erkrankungen selbst, hier v. a. Erkrankungen mit infauster Prognose und Schmerzsyndromen erhöhen das Risiko und werden Mediziner in den nächsten Jahren v. a. hinsichtlich der Entwicklung der zu erwartenden Gesetzgebung des ärztlich assistierten Suizids beschäftigen [8].

Merke

Trotz zahlreicher Forschungen über die Rolle und den Vorhersagewert von Risikofaktoren für die Abschätzung des Suizidrisikos bleibt weiterhin ein stattgehabter Suizidversuch in der Vorgeschichte der stärkste Prädiktor [9].

Studien zeigen, dass zwischen 7% und 13% der Menschen, die einen Suizidversuch durchgeführt haben, später durch Suizid verstarben. Etwa 5–11% der in einem Krankenhaus behandelten Suizidversuchspatienten sterben später durch einen Suizid [10].

Bestimmte Berufsgruppen weisen ein erhöhtes Risiko für Suizide auf. Hier wurden in den letzten Jahren neuere Studien über die Suizidgefährdung von medizinischem Personal berichtet. Bestätigt wurden die Ergebnisse älterer Studien, die neben den Anästhesisten insbesondere für Psychiater ein erhöhtes Risiko zeigen konnten [11]. Eine kanadische Arbeit [12] untersuchte Suizidalität unter Pflegekräften und fand hier bei den mehrheitlich weiblichen Pflegekräften, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, häufiger Suizidgedanken und Suizidversuche, wobei hier Zusammenhänge zu den Jahren der Berufserfahrung, dem Alter, der Region u. a. Faktoren gezeigt werden konnten.

Schutzfaktoren

Zu den am besten untersuchten, schützenden Faktoren zählt neben einer guten und stabilen sozialen Bindung (Familie, Freunde) die Fähigkeit, mit auftretenden Problemen adäquat umzugehen (Coping-Strategien). Die Resilienzforschung weist viele Überschneidungen zu psychologischen Konstrukten (z. B. positive Selbstwirksamkeit, gelingende Bewältigung von lebensbezogenen Belastungen, innere Kontrollüberzeugungen usw.), die als Schutzfaktoren angesehen werden können, auf [13].

Eine religiöse bzw. spirituelle Bindung ist in den meisten Studien als Schutzfaktor benannt worden. Eine religiöse Bindung ist jedoch unter verschiedenen Aspekten zu betrachten: einerseits kann sie aufgrund von Gruppenzugehörigkeit und Zusammenhalt sowie den Glauben selbst schützende Effekte haben, andererseits kann die moralische Bewertung mancher Glaubensüberzeugungen die Inanspruchnahme von Hilfen erschweren.

Das rechtzeitige Erkennen sowie adäquate Behandeln psychischer Erkrankungen stellt einen weiteren wichtigen Schutzfaktor dar. Hier ist ein besonderes Augenmerk im geriatrischen Bereich vonnöten, da beispielsweise Depressionen im höheren Lebensalter andere klinische Merkmale aufweisen können. Suizidprävention. Noch immer existieren in der Bevölkerung, aber auch in der Fachwelt, Mythen zum Thema Suizidalität. Ein wichtiges Ziel aller präventiven Maßnahmen ist es, über diese Annahmen aufzuklären und Wissen zu vermitteln.

ZUSATZINFO

Mythen

- **Wer vom Suizid redet, wird sich nicht das Leben nehmen.**
Es gibt Untersuchungen, die gezeigt haben, dass bis zu 75% der Menschen, die durch Suizid gestorben sind, dies vorher in irgendeiner Weise angekündigt haben. Dies kann natürlich indirekt geschehen, sodass es wichtig ist, genau hinzuhören und nachzufragen.
- **Wer eine Suizidgefährdung anspricht, löst einen Suizid erst aus.**
Richtig ist: Das Risiko, dass eine Person einen Suizid durchführt, wenn man sie darauf anspricht, erhöht sich nicht. Suizidale Menschen erfahren im Gegenteil eher eine Entlastung, wenn man sich auf ein solches Gespräch einlassen kann, allein schon dadurch, dass der Betroffene in seinem Leiden wertfrei angenommen zu wird.

- ***Für Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, kann man nichts tun.***
Diese Meinung findet sich auch in helfenden Berufen. Richtig ist, dass suizidale Zuspitzungen vorübergehend und meist von kürzerer Dauer sind. Das heißt, dass Menschen, die in dieser Zeit ihre Suizidgedanken nicht umsetzen, dieselbe Situation später anders bewerten und der Suizid nicht mehr der richtige Ausweg scheint. Auch aus den Studien zur Methodenrestriktion ist bekannt, dass die Einschränkung der Verfügbarkeit einer Methode dann in den meisten Fällen nicht zur Wahl einer anderen Methode führt.
- ***Menschen, die sich suizidieren, sind schwach oder besonders mutig.***
Menschen, die durch Suizid sterben wollen, befinden sich in einem Zustand größter innerer seelischer Not. Das Weiterleben scheint unerträglich. Es geht also nicht um Mut oder Schwachheit, sondern um einen unerträglichen Leidensdruck.
- ***Alle Menschen, die suizidal sind, sind auch psychisch krank.***
Studien bestätigen den großen Teil an Menschen, die zum Zeitpunkt des Suizids an einer psychischen Erkrankung litten. Dennoch ist aus Untersuchungen, v. a. mit Angehörigen
- *bzw. auch im Rahmen von psychologischen Autopsiestudien klar, dass nicht alle Menschen psychisch krank sind, wenn sie sich das Leben nehmen wollen. Insbesondere Lebenskrisen können Suizidalität auslösen, ohne dass die diagnostischen Merkmale für eine psychische Erkrankung erfüllt sind.*
- ***Wer Suizidgedanken hat, möchte unbedingt sterben.***
Die meisten Suizidentschlossenen weisen bis zum Zeitpunkt der Umsetzung der Suizidgedanken eine Ambivalenz bezüglich des Sterbens bzw. Weiterlebens aus. Befragt man Menschen, die einen solchen Versuch nur durch Zufall überlebt haben (also eigentlich hätten sterben müssen), berichten diese z. B. davon, dass sie eigentlich leben wollten, aber so (mit diesem Schmerz) nicht mehr weiterleben konnten.
- ***Suizide geschehen aus einer Entscheidungs- und Handlungsfreiheit.***
Die wohl kontroverseste Aussage. Auf einer abstrakttheoretischen bzw. philosophisch ethischen Ebene gibt es den „freien“ Suizid. Im Alltag, der Klinik der Versorgung, weisen alle Menschen Belastungen und/oder Erkrankungen auf. Deren Entscheidung zu sterben ist also nicht frei.

In einem Konsensuspapier einer europäischen Arbeitsgruppe wurden verschiedene Präventionsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Evidenz untersucht [14]. Insbesondere für die Methodenrestriktion als Public-Health-Ansatz sowie die Verbesserung der Behandlung psychischer Erkrankungen (v. a. der Depression) als gesundheitspolitischer Ansatz konnte eine profunde Evidenz gezeigt werden.

Primäre Suizidprävention

Primäre Prävention bezieht sich auf alle Maßnahmen, die die Vermeidung der Entstehung von Suizidalität, insbesondere von Suizidversuchen oder Suiziden, zum Ziel haben. Hierzu können v. a. gesellschaftlich-politische, aber auch ethisch-moralische Entwicklungen gezählt werden. Die Veränderungen von Wertesystemen, z. B. bei der Bewertung einer ungewollten Schwangerschaft, Homosexualität usw., entlasten das Individuum und ermöglichen, in der Gesellschaft als gleichberechtigte und akzeptierte Person leben zu können.

Zu den primären Maßnahmen zählt die Methodenrestriktion von Suizidmitteln, etwa durch den erschwerten Zugang von Waffen [15] und Pestiziden [16], durch die Verkleinerung der Packungsgrößen von verschiedenen Arzneimitteln [17], durch die Sicherung von Bauwerken [18]. Eine besondere Rolle nimmt hierbei die Sicherung von potenziellen Suizidmitteln in Krankenhäusern, v. a. psychiatrischen Kliniken, ein. Hier existieren Besonderheiten, die baulich berücksichtigt werden sollten, um Orte und Möglichkeiten mit Aufforderungscharakter

zu vermeiden [19]. Angesichts von etwa jährlich 700–800 in Deutschland auftretenden Kliniksuziden sollte beim Neu- bzw. Umbau von stationären Einrichtungen (hier insbesondere von psychiatrischen Kliniken) die bauliche Suizidprävention berücksichtigt werden.

Die Fort- und Weiterbildung von Fachleuten und Gatekeepern sowie die Aufklärung der Bevölkerung ist ebenfalls der primären Präventionsarbeit zuzuordnen. Hierbei sind insbesondere die Schulung und Aufklärung im Kinder- und Jugendbereich als wichtige Baustein aufzuführen und sollten in Lehrplänen bundesweit fest verankert werden [20]. Verschiedene Schulpräventionsprogramme zeigten nachweisbare Effekte auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche.

Die Aufklärung von Hausärzten zum Erkennen und Behandeln von Depressionen zeigte in mehreren Studien einen signifikanten Effekt auf die Suizidrate [21]. Einen wichtigen Einfluss auf die Prävention oder Nachahmung von Suiziden spielt die Medienberichterstattung (z. B. Zeitung, Film). Abhängig von der Art und Weise, wie über Suizide, insbesondere von Personen des öffentlichen Lebens, berichtet wird, kann es zu einer Zunahme von Suiziden (Werther-Effekt) kommen.

Berichten Medien darüber, wie ein suizidaler Mensch eine (suizidale) Krise durchgestanden und überwunden hat, v. a. über die Art der Hilfe, die möglich war, wirkt sich dieser Bericht schützend aus (Papageno-Effekt) [22]. Beide Effekte sind in einer Vielzahl von Publikationen gut untersucht und können sogar in der heutigen Zeit für die veränderten Medienkonsummöglichkeiten (z. B. über Streamingdienste) gezeigt werden [23].

Sekundäre Suizidprävention

Zu den Maßnahmen sekundärer Präventionsmöglichkeiten gehören neben der Verhinderung von erneuten Suizidversuchen auch Prozesse der Früherkennung von Krisen und die Überweisung von Menschen in Krisen in eine adäquate Begleitung bzw., wenn notwendig, Behandlung. Hier kann auf eine lange Geschichte verwiesen werden, wurde doch z. B. die erste Telefonseelsorge 1895 in London eingerichtet. Ebenfalls in London richtete die Heilsarmee 1906 eine Stelle zur „Selbstmordbekämpfung“ ein. Hierzu kann auch die Einrichtung spezifischer institutionalisierter Hilfsmöglichkeiten (z. B. Krisendienste) gezählt werden, wie sie 1948 von Erwin Ringel erstmalig in Europa mit dem Wiener Selbstmordverhütungszentrum initiiert wurde. Diesem gingen bereits 1927 von der Wiener Polizei entwickelte Maßnahmen für Menschen nach einem Suizidversuch voraus [24]. Ziel sekundärer Präventionsmaßnahmen ist der Aufschub von Suizidhandlungen. Durch das Aufzeigen von Lebensalternativen soll eine Umsetzung von suizidalen Impulsen verhindert werden. Eine wichtige Rolle nehmen hier auch alle anonymen Angebote, wie z. B. die Telefonseelsorge oder U25 ein. Für einige Betroffene ist die Anonymität die erste Möglichkeit, über die eigene Situation und die empfundene Belastung zu sprechen bzw. zu schreiben. Dies kann zu einer ersten Entlastung des Betroffenen beitragen.

Tertiäre Suizidprävention

Die tertiäre Suizidprävention umfasst die konsequente und langfristige Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch. Dabei sind Prozesse zwischen den Schnittstellen Notfallaufnahme, Psychiatrie, ambulante psychiatrische respektive psychotherapeutische Versorgung sowie den nicht medizinischen Settings von Interesse. Mit diesen Maßnahmen soll einer erneuten Suizidhandlung vorgebeugt werden. Einen besonderen Stellenwert nimmt hierbei die poststationäre Suizidprävention ein. Das Risiko für einen Suizid ist in den ersten 3 Monaten nach der Entlassung am höchsten, bleibt jedoch oft für mehrere Jahre erhöht [25]. Ein noch laufendes, vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Projekt (FKZ ZMV I 1 – 2517 FSB135) untersucht derzeit in einer prospektiven multizentrischen Studie, ob die Etablierung eines festen Kontaktangebots Suizidalität nach der Entlassung senken kann. Hierzu wird bereits während der stationären Behandlung Kontakt mit den Patienten aufgenommen und über den

Zeitraum von 18 Monaten ein kontinuierlicher Kontakt (ohne Eingreifen in die üblichen Behandlungssettings) zu einer Person (Studienpersonal) eingerichtet. In diesen Kontakten werden das Auftreten suizidaler Gedanken, Krisen sowie weitere Faktoren erfragt [26]. Erste Eindrücke der Studie zeigen, dass die Mehrheit der Patienten genau von diesem konkreten Ansprechen profitiert und v. a. die Möglichkeit der Vermittlung (zwischen Station/Behandler/anderen Angeboten und/oder vorher bestimmten Vertrauenspersonen) als unterstützend empfindet.

Weiterhin der tertiären Prävention zuzuordnen sind alle Maßnahmen der Postvention, hier definiert als die Nachbetreuung von mit einem Suizid konfrontierten Hinterbliebenen und Berufsgruppen. Angehörige um Suizid haben mit erheblichen emotionalen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten bei der Trauerbewältigung zu kämpfen, was das Risiko für psychische Erkrankungen wie z. B. Anpassungsstörungen und auch einer verstärkten eigenen Suizidalität erhöht [27]. Hier konnten verschiedene Arbeiten zeigen, dass insbesondere Angehörige, deren Trauerprozess schwierig oder verlängert war („complicated grief“), mit einer erhöhten eigenen Suizidalität reagierten, und zwar unabhängig von eventuell vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen oder auch aktuellen Komorbiditäten einer



Depression oder posttraumatischen Belastungsstörung. Familienangehörige weisen in Untersuchungen häufiger und stärker als bei anderen Todesursachen Schuld und Schamgefühle auf, erleben eine stärkere Stigmatisierung und erhalten weniger soziale Unterstützung.

Die WHO postuliert, dass etwa 6–23 Personen nach einem Suizid unmittelbar betroffen sind [6]. Neuere Daten gehen von einer höheren Anzahl von bis zu 135 Menschen aus, da auch Personen mit größerer Distanz zu dem Verstorbenen betroffen sein können [28]. Es ist gut vorstellbar, dass in verschiedenen Fällen durchaus eine sehr große Gruppe von Menschen sehr stark involviert sein kann, z. B. beim Auftreten eines

Schülersuizids. Nicht zu vergessen die unzähligen Helfer, die von Berufs wegen außerhalb einer Klinik mit einem Suizid konfrontiert sind (z. B. Rettungskräfte, Notärzte, Polizei/Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaft, Beerdigungsinstitut, Kriseninterventionsteams usw.).

► Abb. 1 verdeutlicht die verschiedenen Ebenen der involvierten Personen. Hierbei ist auch für die Mitarbeiter in psychiatrischen/psychotherapeutischen/psychosomatischen Einrichtungen das Risiko, im Laufe ihres Berufslebens einen Patienten durch Suizid zu verlieren, sehr hoch. Bei den Mitarbeitern können Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten, insbesondere, wenn bereits ein längerer Kontakt bestand, im Vorfeld suizidale Äußerungen vorhanden waren oder es sich um einen jüngeren Patienten handelt. Erschwerend hinzukommt, dass der Suizid häufig als nicht natürlicher Tod und damit als vermeidbar angesehen wird. Mögliche Folgen eines Suizids für ein therapeutisches Team können sich nach Schmidte u. Schaller [29] in sekundärer/stellvertretender Traumatisierung zeigen. Hierbei scheinen Aspekte wie die eigene Zufriedenheit mit den therapeutischen Aktivitäten eines Behandlers sowie die Fähigkeit, sich vom Leiden eines Patienten distanzieren zu können, eine Rolle zu spielen. Jüngere Kollegen weisen stärkere Reaktionen auf als Kollegen mit längerer Berufserfahrung, hierbei spielt jedoch auch die individuelle Vulnerabilität der Person eine Rolle.

Nach Wurst u. Mitarb. [30] ist eine Vielzahl von verschiedenen Reaktionen in einem Team möglich:

- Schuldgefühle,
- wiederholtes Nachdenken über vorhergehende Abläufe,
- Erklärungsversuche bis hin zur Verleugnung,
- das Erleben von Depersonalisation.

Auch Personenkreise, die eigentlich keinen Bezug zum Betroffenen haben, können in extremer Weise mit einem Suizid belastet sein, hier sind Lokführer und andere Menschen, die mit den Auswirkungen v. a. von gewaltvollen Suiziden konfrontiert sind, zu nennen.

Suizidalität in Klinik und Praxis

Suizidalität begegnet uns häufig im beruflichen Alltag. Einerseits kann eine suizidale Krise oder ein stattgehabter Suizidversuch ein Aufnahmegrund in ambulante oder stationäre Behandlung bedeuten, andererseits kann es auch bei vorher nicht suizidalen Patienten im Verlauf der Behandlung/Therapie zum erstmaligen Auftreten suizidaler Gedanken/suizidaler Verhaltensweisen kommen. Das „Worst-Case-Szenario“ für die meisten psychiatrisch/psychotherapeutisch tätigen Mitarbeiter ist der Suizid eines Patienten während der Behandlung.

Es ist für Ärzte und Therapeuten immer schwierig zu entscheiden, bis zu welchem Ausmaß an Suizidalität sie bereit sind, diese mitzutragen und keine (stärker) einschneidenden Maßnahmen (wie eine stationäre Behandlung oder die Verlegung auf eine geschützte Station) zu empfehlen. Hierbei ist es wichtig, als Arzt oder Therapeut im Laufe seiner beruflichen Entwicklung auch immer wieder die eigene Haltung zum Thema Suizid zu reflektieren, trägt diese doch maßgeblich dazu bei, wie der Arzt/Therapeut dann mit dem Betroffenen umgehen. Aus Sicht der Autorinnen gibt es hier kein „Richtig“ oder „Falsch“. Einige Kollegen werden den Suizid aus verschiedensten Gründen (z. B. durch eine religiöse Bindung) ablehnen und andere Kollegen, für die die Autonomie eines Patienten die höchste Priorität hat, werden vielleicht in einigen Situationen die Suizidalität eines Betroffenen eher annehmen. Diese innere Einstellung beeinflusst in der Praxis zu eher restriktiverem/beschützendem oder eher großzügigem Umgang mit den Patienten, was nicht bedeutet, dass der Arzt oder Therapeut mit einer eher großzügigen Einstellung nicht genauso sorgsam und beschützend wirken kann. Unabhängig von der eigenen Haltung (die sich auch durchaus verändern kann) ist das Wissen über die Einschätzung von Suizidalität (inkl. Risiko- und Schutzfaktoren) sowie die daraus resultierenden Konsequenzen Grundlage für den Umgang mit suizidalen Patienten.

Hierbei kann es durchaus auftreten, dass Ärzte/Therapeuten sich in einer Einschätzung irren oder aber sich der Zustand eines Patienten innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums dramatisch ändern kann. Wichtig hierbei ist die wohlüberlegte Dokumentation der zu diesem Zeitpunkt getroffenen Entscheidung: Warum habe ich mich als Arzt/Therapeut entschieden, den Patienten z. B. wieder in den Ausgang zu lassen oder was begründet meine Entscheidung, eine Einweisung vorzunehmen?

Über die rechtlichen Voraussetzungsbedingungen einer Einweisung bzw. auch Behandlung gegen den erklärten Willen eines Betroffenen wird auf weiterführende Literatur verwiesen. Hierbei müssen die immer wieder erfolgenden Änderungen der juristischen Voraussetzungen (z. B. veränderte Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer) beachtet werden.

Risiko-Assessment

Eine deutschlandweit durchgeführte Online-Befragung (unveröffentlichte Daten) aller psychiatrischen Kliniken hat gezeigt, dass in den wenigsten Einrichtungen eine Standardisierung des Suizidrisiko-Assessments etabliert ist. In den meisten Kliniken existieren

unterschiedliche Vorgehensweisen der Ersterfassung bei der Aufnahme bzw. auch der erneuten Evaluation im Verlauf.

Die Einführung eines Standards, analog z. B. zur Erfassung des Sturzrisikos, weist Vor- und Nachteile auf. Zu den Vorteilen gehören u. a.:

- die Vereinheitlichung des Einschätzungsprozesses,
- die Erfassung von Fakten, die auch im interdisziplinären Team zur Diskussionsgrundlage für Entscheidungen herangezogen werden können,
- die Strukturierung, Beschreibung und Begründung von Konsequenzen,
- die Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls v. a. der unerfahreneren Kollegen,
- die Vorbeugung von Informationsverlusten.

Auch die systematische und wiederholte Erfassung von Risikofaktoren (wie sie viele validierte Skalen enthalten) sagt im Einzelfall nichts über das tatsächliche Risiko eines Individuums aus. Letztlich ist der Suizid eines Patienten ein seltenes Ereignis, viele Studien konnten deshalb bisher keinen klaren Nutzen einer Standardisierung belegen [31]. Der Wert eines standardisierten Prozesses liegt also nicht in der Vorhersagemöglichkeit eines einzelnen Suizids, sondern in der Einschätzung verschiedener Faktoren, die die Grundlage bilden, Suizidalität zu erkennen und damit besser zugeschnittene Interventionen zu ermöglichen.

Nach Wolfersdorf [7] hat sich klinisch das Konzept der Basissuizidalität sowie der Suizidgefahr bewährt:

- Demnach bedeutet **Basissuizidalität** das Ausmaß der suizidalen Gefährdung unter Berücksichtigung der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten sowie der aktuellen Situation. Weisen Patienten eines der in  Tab. 1 aufgeführten Risiko-Merkmale auf, wird postuliert, dass dieser Patient einer suizidalen Handlung näher ist als andere Patienten, die diese Merkmale nicht aufweisen.
- Das Merkmal **Suizidgefahr** wird in „erhöht“ und „akut“ differenziert ( Tab. 2). Hierbei sollte das Vorliegen einer erhöhten Gefahr zu einer häufigeren Kontaktaufnahme durch das therapeutische Team führen, bei einer akuten Suizidgefahr sind stärkere Schutzmaßnahmen (wie 1:1-Betreuung, Medikation u. a.) notwendig.

► **Tab. 2** Merkmale zur Einschätzung des Suizidrisikos [7].

Suizidrisiko	Merkmale
Basissuizidalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ anamnestisch: suizidale Krisen, Suizidversuche ▪ erhöhte Impulsivität/Aggressivität ▪ Suizide in der Familiengeschichte ▪ Risikogruppe (Vorliegen psychischer Erkrankung, bestimmte Berufsgruppen usw.) ▪ Menschen mit geprägter Hilflosigkeitseinstellung
erhöhte Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konkrete Todeswünsche bzw. konkrete Suizidideen (v. a. wenn Zeitpläne vorhanden sind) ▪ Patient, der nicht glaubwürdig wirkt oder der alle Angaben dazu ablehnt ▪ Bekanntwerden suizidaler Äußerungen durch andere Personen ▪ suizidverstärkende Psychopathologie: Kränkungerleben, Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Verlassenheit, Pseudoaltruismus, quälende Unruhe (Akathisie), Schlafstörungen ▪ Hoffnungslosigkeit ▪ rezidivierende psychiatrische Krankheitsepisoden ▪ Erleben von absolut erscheinender Auswegs- und Perspektivlosigkeit ▪ Komorbidität, v. a. schmerzhafte, stark einschränkende Erkrankungen mit infauster Prognose
akute Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient kündigt konkrete Suizidabsicht an ▪ Suizidhandlung bereits geplant und vorbereitet, nach abgebrochenen/unterbrochenen Suizidversuch ▪ psychotisch motivierte Suizidaufforderung (Halluzinationen), Wahn (depressiver) ▪ hoher Handlungsdruck durch subjektiv nicht mehr aushaltbaren psychischen Schmerz ▪ Patient ist nicht mehr absprachefähig (z. B. Eigen-/Fremdaggressivität bei Intoxikationen)

Letztlich ist somit eine Zuordnung zu 4 Gruppen möglich (▶Abb. 2). Hierbei gibt es keine verlässliche Vorhersagemöglichkeit, ob und wann ein Individuum Suizidalität entwickelt. Die Einordnung in eine solche Gruppe kann jedoch hilfreich sein, (therapeutische) Angebote besser auf die Bedürfnisse des Betroffenen anzupassen.

Merkmale eines Gesprächs zur Einschätzung des Suizidrisikos

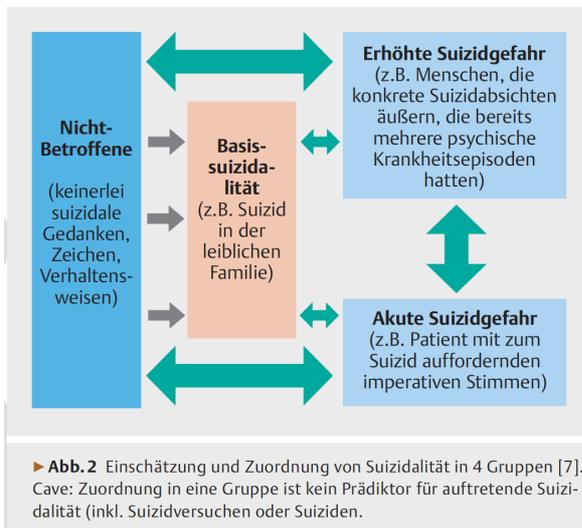
Zur Einschätzung des Risikos (bei erster Begegnung oder im Verlauf) ist ein ruhiges, vorbehaltlos-anehmendes Gespräch erforderlich.

Merke

Aus suizidologischer Sicht ist die wertfreie Annahme der (seelischen) Not, auch wenn sie für den Untersucher ggf. schwer nachvollziehbar erscheint, unabdingbar. Dies ist eine Voraussetzung, um das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu stützen und eventuelle Schuldgefühle zu mindern.

Als Beispiel sei hier eine 14-jährige Jugendliche genannt, die suizidal reagiert, da sie ihr erster Freund verlassen hat. Die (Lebens)Erfahrungen des (älteren) Untersuchers kann zur Abwertung dieser Not führen (im Wissen, dass es im Leben dieser jungen Frau noch sehr wahrscheinlich andere Beziehungen geben wird). Wenn dies im Gespräch vermittelt wird, fühlt sich das Mädchen unverstanden und es wird deutlich schwerer, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Weitere Merkmale eines solchen Gesprächs sollten neben dem vorbehaltlosen Annehmen auch eine Echtheit des Arztes/Therapeuten, ein genaues Hinhören und einführendes Verstehen, aber auch ein Aushalten sein. Ziel ist es, dem Betroffenen eine emotionale Wärme anzubieten, ohne demjenigen eigene Erfahrungen/Meinungen/Einstellung aufzudrängen. Damit ist auch das zu



rasche Orientieren auf die Zukunft gemeint, dies kann in Einzelfällen eher in eine Abwehr durch den Betroffenen münden, da er sich nicht angenommen fühlt.

Der Arzt/Therapeut sollte grundsätzlich in der Lage sein, Suizidalität angstfrei zu besprechen. Allzu oft wird in der Praxis das Thema immer noch nicht regelmäßig, d. h. bei jedem Kontakt, angesprochen (eher bei bereits bekannten Patienten), oder im Falle des Vorhandenseins von z. B. passiven Lebensüberdrußgedanken nicht weiter differenzierend nachgefragt (z. B. nach Gedanken an eine Methode, wie häufig diese Gedanken auftreten, wie leicht/schwer es dem Betroffenen fällt, sich davon zu

distanzieren usw.). In vielen Patientenakten finden sich dann am Ende der Aufnahmedokumentation die Einschätzung „glaubhaft abständig von akuter Suizidalität“ oder ähnliche Formulierungen, ohne dass aus der Dokumentation hervorgeht, aufgrund welcher Aussagen des Patienten der Untersucher zu dieser Einschätzung kam. Hier kann eine gewisse Standardisierung von Fragen (z. B. mittels NSGAR [32]) durchaus hilfreich sein, sollte jedoch nicht den Verlauf des Gesprächs bestimmen.

Im Gespräch kann der Untersucher seine Sorge um den Betroffenen vermitteln, dabei dennoch die Kompetenz, in sehr schwierigen (nicht aushaltbaren) Situationen eine stellvertretende Hoffnung zu repräsentieren, vermitteln.

Neben der Anamnese und der ersten diagnostischen Einordnung der Symptome sollte der Untersucher schlussendlich zu den folgenden Aspekten genügend Informationen erhalten haben:

- **Art und Schwere der Suizidalität:** Hat der Patient Suizidgedanken (inkl. Passivem Lebensüberdruß) geäußert?
- **Akuität:** Gibt es eine konkrete Absicht (Pläne, Probehandlungen, frühere Versuche)? Wie groß ist hierbei der Handlungsdruck (festes Datum/Vorbereitung o. ä.)?
- **Distanzierungsfähigkeit:** Besteht ein Zweifel an der Glaubwürdigkeit (oder sogar Geschäftsfähigkeit, z. B. bei Desorientiertheit, Halluzinationen)? Kann er sich von Suizidideen oder -plänen überzeugend distanzieren? Ist der Patient für Hilfsangebote offen, kann sich auf eine Behandlung (ambulant/stationär/ psychotherapeutisch/ medikamentös) einlassen oder wehrt er jegliche Maßnahmen ab?
- **Risikofaktoren:** In welcher Lebenssituation befindet sich der Patient? Gibt es belastende Lebensereignisse (eigene Erkrankung/Trennung/Verschuldung/Jobverlust usw.) und falls ja, welche Bedeutung haben diese? Ist der Patient sozial integriert (welche Bezugs-/Vertrauenspersonen gibt es?)? Hat er einen Verlust/Krönkung erlitten? Ist trotz des Vorhandenseins von Lebensereignissen eine gewisse Hoffnung vorhanden oder sieht der Patient keinen Ausweg mehr?

Ist es am Ende des Gesprächs nicht möglich, diese Informationen zu erhalten, z. B. da der Patient nicht kooperativ ist oder aufgrund anderer Merkmale (z. B. Intoxikation) gar nicht in der Lage, ein Gespräch zu führen, ist eine kontinuierliche Betreuung angezeigt. Gegen eine weitere ambulante Versorgung sprechen folgende Faktoren:

- Der Patient kann sich auch nach ausführlichem Gespräch von drängenden Suizidideen bzw. Plänen nicht distanzieren oder reagiert ausgesprochen aggressiv und gereizt.
- Der Patient ist ausgesprochen hoffnungslos und lebt sozial isoliert.

Unter diesen Umständen ist eine akute stationäre Aufnahme zu empfehlen. Ist der Patient mit einer solchen nicht einverstanden, muss der Arzt/Therapeut die weiteren Schritte ohne das Einverständnis einleiten. Hierbei sind die verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu beachten. Beim Vorliegen einer akuten Gefährdung darf der Arzt/Therapeut unter der Prämisse „Gefahr in Verzug“ sofort (auch gegen den erklärten Willen) handeln. Hierzu ist der Transport in die Klinik durch den Notarzt (ggf. auch durch die Polizei) notwendig. Hilfreich erleben Betroffene, wenn sie in dieser Situation von einem Angehörigen oder Freund in die Klinik begleitet werden konnten. Abhängig von den im Gespräch erhobenen Informationen ist im Weiteren die Einleitung der therapeutischen/pflegerischen Maßnahmen vorzunehmen. Das Setting der Behandlung (ambulant/teil-/stationär) ist zu prüfen und der nächste Zeitrahmen abzustecken. Mit Einverständnis des Betroffenen sollten zu Beginn Angehörige/Vertrauenspersonen einbezogen werden (auch für weiterführende Informationen). Dies sollte grundsätzlich transparent, idealerweise im Beisein des Betroffenen geschehen. Es wird davon abgeraten, Maßnahmen oder Absprachen hinter dem Rücken des Patienten zu treffen.

Merke

Oberstes Ziel all der Maßnahmen ist das Gewinnen von Zeit.

Krisenhafte Zustände mit akuter Suizidalität sind in den meisten Fällen von vorübergehender (und eher kürzerer) Dauer. Schaffen wir es, den Menschen durch diese Zeit zu begleiten, ist mit zunehmendem Zeitabstand oft eine Neubewertung und (erneute) Lebensorientierung möglich. Abhängig von der Akuität der Symptomatik, dem Leidensdruck des Patienten ist auch die Festlegung des nächsten Zeitabschnitts zum nächsten Kontakt notwendig. Je akuter eine

Symptomatik vorliegt, desto kurzfristiger/engmaschiger müssen die Kontakte sein. Beim Vorliegen konkreter Ideen, aber noch vorhandener Absprachefähigkeit ist in der ambulanten Versorgung möglichst dafür zu sorgen, den Betroffenen nicht allein zu lassen und ein Folgekontakt noch am selben bzw. am nächsten Tag zu vereinbaren.

In der Klinik ist hier das Beobachten der Entwicklung leichter, auch deshalb wird im Alltag häufig eine stationäre Behandlung empfohlen. Das wichtigste suizidpräventive Mittel ist hierbei die für den Betroffenen mögliche Zeit (für Gespräche, gemeinsam durchgeführte Alltagsaktivitäten usw.). Hierbei ist der Individualität des Einzelnen Rechnung zu tragen: Es gibt kein „festes Schema“ oder Patentrezept.

Abhängig vom Schweregrad der psychischen Grunderkrankung steht zu Beginn oft die Begleitung (inkl. Psychoedukativer Inhalte) im Vordergrund. Hier geht es im Kontakt vor allem darum, dem Betroffenen die häufig bestehenden Ängste vor der Behandlung, z. B. in einer psychiatrischen Klinik, zu nehmen. Noch immer berichten Patienten zu Beginn einer Behandlung von ihren Vorstellungen über das, was in einer psychiatrischen Klinik passiert („Einsperren, Zwangsbehandeln“ usw.). Nicht selten bestehen auch erhebliche Sorgen bezüglich medikamentöser Therapieverfahren, sodass hier wiederholende Aufklärung notwendig ist.

Psychotherapeutische Möglichkeiten

Neben der Stützung und Begleitung kann/sollte Patienten mit vorliegender Suizidalität eine spezifische psychotherapeutische Arbeit angeboten werden. Hier können relevante Ereignisse (wie z. B. Verlusterfahrungen, Erleben von Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit, Kränkungen) thematisiert (modifiziert) werden. Darüber hinaus existieren für das Thema „Suizidalität bzw. Krise“ validierte psychotherapeutische Verfahren, wie etwa z. B. DBT, CBASP, DBT-A. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle ein eigens für Patienten nach einem Suizidversuch entwickeltes Programm „Attempted Suicide Short Intervention Program“ (ASSIP), welches bereits in mehreren Studien nicht nur deutliche Effekte, sondern sogar Kostenersparnisse gezeigt hat [33].

Pharmakologische Möglichkeiten

Medikamente und Suizidalität können unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden:

- Sie werden für Suizide/Suizidversuche verwendet (Intoxikationen gehören zu den häufig gewählten Suizidmethoden in Deutschland),
- Medikamente können Suizidalität hervorrufen bzw. verstärken,
- Medikamente können das Suizidrisiko senken.

Die medikamentöse Beeinflussung suizidalen Verhaltens, insbesondere die Rolle der Verschreibung von Antidepressiva, wird in der Fachwelt durchaus kontrovers diskutiert. Am besten belegt ist der suizidprotektive Effekt von Lithium bei affektiven Störungen [34] sowie für Clozapin bei Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien [35]. Die Daten für antidepressive Medikamente sind sehr heterogen. Bei der Bewertung der unzähligen Studien ist eine differenzierte Betrachtung (Erkrankungsalter, Design und Dauer der Studie, Indikationen, beeinflussende Variablen usw.) notwendig. Ein aktuelles Meta-Review [36] bestätigte das erhöhte Suizidrisiko einiger Antidepressiva im Kinder- und Jugendbereich. Die Arbeitsgruppe um Khan u. Mitarb. wies nach Auswertung der Studien ab 2000 verringerte Suizidraten unter verschiedenen antidepressiven Substanzen nach [37]. Wiederum zeigte eine andere Forschergruppe ein erhöhtes Risiko [38].

Die Gabe von Benzodiazepinen wird aus klinischer Erfahrung in einer akuten Krise eher befürwortet, obwohl die Evidenz für einen suizidprotektiven Effekt fehlt.

An dieser Stelle soll noch darauf hingewiesen werden, dass die Suizidforschung (insbesondere bez. des Nachweises eines Einflusses auf Endpunkte wie Suizidversuche oder Suizide) zahlreichen methodologischen Schwierigkeiten unterliegt.

Zuspitzung mit Selbstgefährdung

Für den Fall einer dramatischen Zuspitzung einer Situation (z. B. Patient klettert auf ein Fensterbrett und droht zu springen) gelten unter Beachtung des Selbstschutzes und dem sofortigen Hinzurufen von Hilfe folgende Empfehlungen (angelehnt an [39]):

- Setting klären (z. B. Ruhe bewahren, den Patienten nicht bedrängen),
- Beziehung und Kommunikation herstellen (z. B. über direkten Blickkontakt, Vertrauen aufbauen, Ja-Haltung),
- Versuch, die Einengung des Betroffenen zu erweitern sowie (z. B. Auswirkung eines Suizidwunschs klären, Ambivalenz aushalten, Umdeutung anbieten usw.),
- die unmittelbare Zukunft vorbereiten (z. B. Hilfsangebot, „Illusion der Alternativen“ usw.),
- Selbstschutz (Sie klettern nicht hinterher!).

Exkurs Kliniksuzide

Bereits weiter oben beschrieben wurden die möglichen Auswirkungen eines Patientensuizids auf das therapeutische Team. Nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“ sollten in jedem (teil)stationären, aber auch im ambulanten Setting Manuale bzw. konkrete Ablaufpläne für den Fall eines Patientensuizids entwickelt und verankert werden [40]. Dies beinhaltet auch eine regelmäßige Schulung aller Mitarbeiter über diese Prozesse.

Es muss klar sein, welche Informationsketten in einem solchen Fall von wem eingehalten werden müssen, dazu gehört neben der Information der Klinikleitung auch die Frage nach der Information der Angehörigen.

Hier sind verschiedene Möglichkeiten der Überbringung der Todesnachricht (durch die Polizei vor Ort, idealerweise in Begleitung eines Kriseninterventionsteams) festzulegen. Die in einem konkreten Ablaufplan vorliegende Struktur vermittelt Sicherheit, hilft dem

Personal, bei dieser Art von Extremereignissen adäquat zu reagieren und dient letztlich auch zur Qualitätssicherung.

Angehörige bedürfen nach einem Kliniksuzid ggf. mehrerer Gesprächsangebote. Ein solches Gespräch sollte in geschützter Atmosphäre durch die oberärztliche Leitung der jeweiligen Station und im Beisein des behandelnden Arztes durchgeführt werden. Eventuell vorgetragene Schuldzuweisungen, Vorwürfe bzw. Ärger und Wut über die Behandler sollten verstanden und angenommen werden, ohne sich dabei entwerten zu lassen. Behutsam können Erklärungen vorgebracht werden, die den Angehörigen auch als Distanzierungshilfe dienen können. Seitens der Klinik können auch Hilfsmöglichkeiten sowie weitere Informationen vorgehalten werden (z. B. über die rechtlichen Belange), außerhalb der Klinik übernimmt diese Informationsvermittlung häufig das Kriseninterventionsteam. Informieren Sie die Angehörigen über mögliche (und normale Reaktionen) und verweisen auf Hilfsangebote wie AGUS.

Das pflegerische/therapeutische Team braucht nach einem solchen Ereignis ebenfalls Gesprächsangebote (Intervision), z. B. in Form von Post-Suizid-Konferenzen. Kurzfristig dienen diese der Entlastung sowie der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Dies ist insbesondere wichtig, damit die Teammitglieder die Versorgung der Mitpatienten bzw. auch ggf. der Angehörigen fortführen können. Die oben erwähnten Manuale/Standards oder SOP (Standardized Operation Procedure) müssen in allen Bereichen sofort verfügbar sein.

Das Wissen um gewisse Besonderheiten, wie z. B., dass der Leichnam bzw. die Umgebung nicht verändert werden dürfen (abgesehen von eventuell durchgeführten Reanimationsmaßnahmen), die Information der Kriminalpolizei, die genaue Dokumentation und die

Sicherstellung von Krankenunterlagen sind nicht jedem Teammitglied sofort präsent, sodass diese schnell abrufbar sein müssen. Unmittelbar nach einem Suizid sollten alle Mitarbeiter derselben Station sowie die leitenden Personen anderer Station transparent informiert werden. Ein einheitlicher Wissensstand dient hierbei auch der Vermeidung der Entstehung von Gerüchten.

Von der Klinik-/Pflegedienstleitung bzw. vom Ärztlichen Krankenhausdirektor darf das pflegerische/therapeutische Team Unterstützung erwarten mit dem Ziel des Verstehens des Suizids. Dies ist notwendig, um ein solches Ereignis zu verarbeiten und auch betrauern zu können. Der Leiter der Einrichtung hat auch die Aufgabe, das Team vor externen Anschuldigungen zu schützen. Sollte es juristische Auseinandersetzungen geben, ist immer eine Rechtsberatung bzw. das Einschalten einer Rechtsabteilung ratsam. Für das betroffene Team sollten idealerweise mit einer externen Supervision weitere Gesprächsangebote auf dezentraler Ebene (ohne Vorgesetzte) ermöglicht werden. In vielen psychiatrischen Kliniken werden Post-Suizid-Konferenzen relativ standardisiert abgehalten [41].

Es herrscht häufig Unsicherheit darüber, inwieweit Mitpatienten derselben bzw. auch anderer Abteilungen informiert werden sollen. Aufgrund bestehender stationsübergreifender Kontakte (z. B. über Gruppenangebote) zwischen den Patienten wird hier Transparenz empfohlen. Dabei gibt es eine ausdrückliche Empfehlung, keine Details des Suizids (Methode, Auffindeort o. ä.) zu nennen. In diesen Gruppenrunden darf der Therapeut/Arzt seiner eigenen Trauer, aber auch der erlebten therapeutischen Grenze Raum geben und sollte die Gefühle der Mitpatienten zulassen können. Hierbei ist insbesondere auf bereits vorher als suizidal einzuschätzende Patienten zu achten. Besonders schweigsame Mitpatienten, Patienten desselben Zimmers oder Patienten, zu denen intensivere Kontakte bestanden, sollten im Nachgang nochmals einzeln angesprochen werden. In den folgenden Einzel- und Gruppengesprächen dieser Abteilung ist Suizidalität regelmäßig anzusprechen. Die Gabe von Bedarfsmedizin bzw. auch Schlafmitteln sollte in dieser Zeit nicht zu restriktiv geschehen.

Ob das betroffene Personal an der Beisetzung des Patienten teilnimmt, ist individuell zu klären und muss selbstverständlich mit den Angehörigen besprochen werden. Aus klinischer Sicht spricht nichts dagegen.

Ausblick

Mit dem Auftreten der Corona-Pandemie sind Entwicklungen von Risikokonstellationen zu erwarten, die neben den individuellen Faktoren wie z.B. Umgang mit Einschränkungen, medizinischen Versorgungsmöglichkeiten (hier auch die psychiatrische Versorgung) v. a. auch die ökonomischen Einflüsse beinhalten. Parallel zu allen Anstrengungen gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Bekämpfung der Folgen des Virus sollten bereits jetzt suizidpräventive Aspekte aufgenommen werden.

KERNAUSSAGEN

- Suizidprävention ist möglich! Im beruflichen Kontext sind nicht alle Suizide vermeidbar. Für alle helfenden Berufsgruppen ist es wichtig, die eigene Haltung zum Thema Suizidalität zu reflektieren.
- Verschiedene Modelle (z. B. psychologische, biologische, soziotheoretische) versuchen, die Entstehung suizidalen Verhaltens zu beschreiben, können sich diesem komplexen Geschehen jedoch nur nähern.
- Die Etablierung regelmäßiger Schulungen/Weiterbildungen in den helfenden Berufen (schichtenübergreifend) ist essenziell zur tiefen Einschätzung des Suizidrisikos notwendig.
- Die Entwicklung eines standardisierten (der jeweiligen Abteilung angepassten) Vorgehens ist für die Risikobeurteilung vorteilhaft. Hierzu gehören beispielsweise die Erfassung von Risiko und Schutzfaktoren.

- Die stärkste suizidpräventive Maßnahme ist die persönliche Begleitung des Betroffenen ohne Zeitdruck und mit einer empathischen, nicht wertenden und Halt gebenden Grundhaltung.
- Zur Behandlung der unterschiedlichen Facetten von Suizidalität steht eine Anzahl von allgemeinen z. B. pflegerischen sowie speziellen Maßnahmen (psychotherapeutische Begleitung, medikamentöse Therapie, Soziotherapie) in verschiedenen Settings zur Verfügung. Diese sollten auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein.
- Krisenhafte Zuspitzungen sind in der Regel vorübergehend und von kurzer Dauer. Zeit gewinnen hat hier oberste Priorität.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: ja, von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.); Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: ja, von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.); Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/ Gehaltsempfänger: ja, von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.); Patent/Geschäftsanteile/ Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Ute Lewitzka

PD Dr.med. habil. 1991–1999 Studium der Humanmedizin in Berlin und Dresden. Seit 2006 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Dresden. 2010–2012 Visiting Assistant Professor an der Dalhousie University in Halifax (Kanada). Leiterin der AG Suizidforschung. 2018 Mitgründerin des Werner-Felber-Instituts für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e.V.

Susanne Knappe

Prof. Dr. Studium der Psychologie in Jena. 2010 Promotion. 2016 Habilitation. Approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Diagnostik und Epidemiologie psychischer und insbesondere von Angststörungen, in der Betrachtung der familiären Transmission psychischer Störungen sowie der Versorgungsforschung, Prävention und kognitiv-behavioralen Therapie.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden
 Deutschland
 ute.lewitzka@uniklinikum-dresden.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka, Dresden.

Literatur

- [1] Macho T. Das Leben nehmen: Suizid in der Moderne. 2. Aufl. Berlin: Suhrkamp; 2017
- [2] National Institut of Mental Health. Suicide. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>. Stand: 10.02.2021
- [3] Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Suizidprävention. Eine globale Herausforderung. 2016; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf;jsessionid=819B2D11FE580A49C237171E804A4371?sequence=14>. Stand: 10.02.2021
- [4] Statista GmbH. Anzahl der Suizide in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2016 bis 2018. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/218237/umfrage/anzahl-der-suizide-in-deutschland-nach-bundeslaendern/#:~:text=Im%20Jahr%202018%20haben%20sich,Nordrhein%2DWestfalen%20mit%201.402%20Selbstt%C3%B6tungen>. Stand: 10.02.2021
- [5] Keefner TP, Stenvig T. Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories. *Res Theory Nurs Pract* 2020; 34: 389–408. doi: 10.1891/RTNP-D-19-00128
- [6] van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 63–72. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2
- [7] Wolfersdorf M, Wedler H, Bronisch T. Suizidalität: Verstehen, Vorbeugen, Behandeln. Regensburg: Roderer; 2008
- [8] Deutsches Ärzteblatt. Bundesverfassungsgericht erklärt Sterbehilfeparagrafen für nichtig. 26. Februar 2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109605/Bundesverfassungsgericht-erklaert-Sterbehilfeparagrafen-fuer-nichtig>. Stand: 10.02.2021
- [9] Hawton K, Casañas IC, Haw C et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2013; 147: 17–28. doi:10.1016/j.jad.2013.01.004
- [10] Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193–199. doi: 10.1192/bjp.181.3.193
- [11] Dutheil F, Aubert C, Bereira B et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One* 2019; 14: e0226361. doi: 10.1371/journal.pone.0226361
- [12] Stelnicki AM, Jamshidi L, Angehrn A et al. Suicidal Behaviors Among Nurses in Canada. *Ca J Nurs Res* 2020; 52: 226–236. doi: 10.1177/0844562120934237
- [13] Johnson J, Wood AM, Gooding P et al. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 563–591. doi: 10.1016/j.cpr.2010.12.007
- [14] Zalsman G, Hawton K, Wassmann D et al. European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27: 418–421. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.01.012
- [15] Reisch T, Steffen T, Habenstein A et al. Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 977–984. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12091256
- [16] Gunnell D, Fernando R, Hewagama M et al. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 1235–1242. doi: 10.1093/ije/dym164
- [17] Morgan OW, Griffiths C, Majeed A. Interrupted time-series analysis of regulations to reduce paracetamol (acetaminophen) poisoning. *PLoS Med* 2007; 4: e105. doi: 10.1371/journal.pmed.0040105
- [18] Pirkis J, Spittal MJ, Cox G et al. The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 541–548. doi: 10.1093/ije/dyt021
- [19] Glasow N. Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Berlin: Logos; 2011
- [20] Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 1536–1544. doi:10.1016/S0140-6736(14)61213-7
- [21] Henriksson S, Isacson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 159–167. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00822.x
- [22] Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 234–243. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633
- [23] Reidenberg D, Niederkrotenthaler T, Sinyour M et al. 13 Reasons Why: The Evidence Is in and Cannot Be Ignored. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 59: 1016–1018. doi: 10.1016/j.jaac.2020.01.019
- [24] Stein C. Spannungsfelder der Krisenintervention: Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2020
- [25] Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 1: 694–702
- [26] Krause TJ, Lederer A, Sauer M et al. Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, longterm, prospective observational study. *Pilot Feasibility Stud* 2020; 6: 145. doi: 10.1186/s40814-020-00685-z
- [27] Andriessen K, Kryszynska K, Hill NTM et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 49. doi: 10.1186/s12888-019-2020-z
- [28] Cerel J, Brown MM, Maple M et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six Suicide Life Threat Behav 2019; 49: 529–534. doi: 10.1111/sltb.12450
- [29] Schmidtke A, Schaller S. Postvention bei suizidalen Handlungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 2012; 13: 50–55. doi: 10.1055/s-0032-1304978
- [30] Wurst FM, Kunz I, Skipper G et al. How therapists react to patient’s suicide: findings and consequences for health care professionals’ wellbeing. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 565–570. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.05.003
- [31] Undrill G. The risks of risk assessment. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 291–297. doi: 10.1192/apt.bp.106.003160
- [32] Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practise. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 393–400. doi:10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x

- [33] Michel K, Valach L, Gysin-Maillart A. A Novel Therapy for People Who Attempt Suicide and Why We Need New Models of Suicide. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 243. doi: 10.3390/ijerph14030243
- [34] Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord* 2017; 19: 575–586. doi: 10.1111/bdi.12543
- [35] Taipale H, Tanskanen A, Mehtälä J et al. 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry* 2020; 19: 61–68. doi:10.1002/wps.20699
- [36] Boaden K, Tomlinson A, Cortese S et al. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Front Psychiatry* 2020; 11: 717. doi: 10.3389/fpsy.2020.00717
- [37] Khan A, Fahl Mar K, Gokul S et al. Decreased suicide rates in recent antidepressant clinical trials. *Psychopharmacology* 2018; 235: 1455–1462. doi: 10.1007/s00213-018-4856-1
- [38] Braun C, Bschor T, Franklin J et al. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 171–179. doi: 10.1159/000442293
- [39] Schramm J, Seidlitz H. Person droht zu springen... Talk-Down. In: Müller-Lange J. *Handbuch der Notfallseelsorge*. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2001: 116–124
- [40] Grebner M, Lehle B, Neef I et al. Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“. Empfehlung zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen. *Krankenhauspsychiatrie* 2005; 16: 51–54. doi: 10.1055/s-2005-870986
- [41] Illes F, Jendryschak A, Juckel G. Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Stuttgart: Schattauer; 2015

Bibliografie

PSYCH up2date 2021; 15: 419–432

DOI 10.1055/a-1211-7017

ISSN 2194-8895

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,

70469 Stuttgart, Germany