

Auditleitfaden

Zertifizierungen zur baulichen Suizidprävention

Autorin: Dr.-Ing. Nadine Glasow

Stand: 20.01.2020



**WERNER FELBER
INSTITUT**

für Suizidprävention und
interdisziplinäre Forschung im
Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

1	WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND DES ZERTIFIZIERUNGSVERFAHRENS	1
1.1	HISTORIE	1
1.2	KONZEPTIONELLER ANSATZ	1
1.2.1	<i>Methodenrestriktion</i>	1
1.2.2	<i>Einfluss der Atmosphäre</i>	3
2	ÜBER DEN AUDITLEITFADEN	4
2.1	ZIELE	4
2.2	ERGÄNZENDE WERKZEUGE ZUM AUDITLEITFADEN	4
2.2.1	<i>Vorlage Auditdokumentation</i>	4
2.2.2	<i>Bewertungssystem für Bauelemente</i>	4
3	ORGANISATION DER ZERTIFIZIERUNGEN	6
3.1	BETEILIGTE INSTITUTIONEN UND MAßNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG	6
3.1.1	<i>Kopplung der Zertifizierung an die Kliniksuiziddatenbank</i>	6
3.1.2	<i>Fachliches Expertengremium</i>	6
3.1.3	<i>Sachliche Prüfstelle</i>	7
3.1.4	<i>DIN EN ISO / IEC 17065</i>	7
3.2	KOSTEN EINER ZERTIFIZIERUNG	7
3.3	BERATUNGSLEISTUNGEN VOR EINER ZERTIFIZIERUNG	7
3.4	LAUFZEIT DES ZERTIFIZIERUNGSPROZESSES	7
3.5	ZERTIFIZIERUNGSPRÄDIKATE	8
4	PROZESSBESCHREIBUNG: VORBEREITUNG EINER ZERTIFIZIERUNG	8
4.1	KONTAKTAUFNAHME UND VERTRAGSABSCHLUSS	8
4.2	ERFORDERLICHE ZUARBEITEN DES KUNDEN	9
4.3	INHALTLICHE UND ORGANISATORISCHE VORARBEITEN	9
5	PROZESSBESCHREIBUNG: DURCHFÜHRUNG ERSTZERTIFIZIERUNGSAUDIT	10
5.1	GRUNDSÄTZLICHES	10
5.2	DURCHFÜHRUNG DER ERÖFFNUNGSBESPRECHUNG	10
5.3	ERSTELLUNG STURZPRÄVENTIONSPROTOKOLL	11
5.4	BEWERTUNG VON STATIONEN (EXKLUSIVE STURZPRÄVENTION)	11
5.5	ANALYSE AUßERSTATIONÄRER BEREICHE	12
5.6	ANALYSE DER FREIBEREICHES	12
5.7	FESTSTELLUNG DES GESAMTERGEBNISSES DES AUDITS	13
5.8	ATMOSPHÄRISCHER ENTWURF	13
5.9	MITARBEITERSCHULUNG UND ERGEBNISPRÄSENTATION	13
6	ÜBERWACHUNGS- UND REZERTIFIZIERUNGSAUDITS	14
6.1	ÜBERWACHUNGSAUDIT	14
6.2	REZERTIFIZIERUNGSAUDIT	14

1 Wissenschaftlicher Hintergrund des Zertifizierungsverfahrens

1.1 Historie

Das Zertifizierungsverfahren wurde von Frau Dr.-Ing. Nadine Glasow mit Unterstützung der *Arbeitsgruppe „Bauwerke und Umwelt“ des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes für Deutschland (NaSPro)* entwickelt. Ziel der Zertifizierungen ist es, Kliniken eine möglichst umfassende Analyse der baulichen Gegebenheiten im Hinblick auf die Suizidprävention zu bieten und praxisnahe Empfehlungen zur Optimierung auszusprechen. Neben restriktiven Aspekten werden auch atmosphärische Belange berücksichtigt.

Im Rahmen eines BMG-Forschungsprojektes „Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken“ (11/2017 – 10/2020) am *Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e.V. (WFI)* wurde das Zertifizierungsverfahren unter Leitung von Frau Dr.-Ing. Nadine Glasow in seinen Prozessen optimiert, getestet, evaluiert und in Bezug auf Verständlichkeit und Praxisnutzen angepasst.

1.2 Konzeptioneller Ansatz

1.2.1 Methodenrestriktion

Zalsman und Kollegen (2016)¹ haben in einer Gruppe von 18 Suizidpräventionsexperten aus 13 europäischen Ländern einen umfassenden Literaturreview zur Wirksamkeit von Suizidpräventionsmaßnahmen erarbeitet. Zunächst wurden 1.797 Studien identifiziert und überprüft. In die Studie eingeschlossen wurden schließlich 164 Publikationen. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass bislang lediglich für zwei Suizidpräventionsansätze die Wirksamkeit mit hoher Evidenz nachgewiesen werden konnte: die Methodenrestriktion sowie die Behandlung von Depressionen. Ebenfalls nachweislich wirksam sind Präventionsprogramme in Schulen sowie eine lückenlose Behandlungskette.

In der Methodenrestriktion erschwert oder verhindert man den Zugang zu Suizidmethoden. Dies führt zu einem Rückgang der Suizidraten, weil nur ein geringer Teil der Betroffenen auf andere Möglichkeiten ausweicht, wenn die ursprünglich vorgesehene Methode nicht mehr zur Verfügung steht.

Restriktion bietet nachweislich Schutz vor suizidalen Handlungen und ist zweifelsfrei erforderlich. Gleichzeitig birgt sie bei einer unverhältnismäßigen Umsetzung auch Risiken. So können sehr auffällige Sicherungsmaßnahmen Patienten auch auf eine bestimmte Suizidmethode aufmerksam machen und suggerieren, dass eine individuelle Gefährdung durch Suizidalität vorliegt. Diese Hinweisreize stehen der Prävention entgegen. Unbedachte restriktive Maßnahmen können weiterhin die

¹ Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Stigmatisierung fördern (z. B. Vergitterung von Fenstern) oder die Akzeptanz der Einrichtung und damit die Bereitschaft sich den therapeutischen Maßnahmen zu öffnen, reduzieren (z. B. Stacheldrahtsicherung von Freibereichen). Restriktive Suizidpräventionsmaßnahmen müssen daher immer auf Verhältnismäßigkeit geprüft werden. Dies ist auch insofern wichtig als, dass meist nur ein geringer Anteil der Patienten überhaupt einer suizidalen Gefährdung unterliegt.

Auch im institutionellen Kontext ist die Methodenrestriktion eine der wichtigsten Handlungsebenen der baulichen Suizidprävention. Vor allem müssen Orte mit einem Aufforderungscharakter bezüglich suizidaler Handlungen, beispielsweise große offene Treppenaugen über mehrere Geschosse, eine präsenzte Bahnstrecke in Sichtweite oder stabile Gurtbefestigungen mit Ausstiegsmöglichkeit darunter, unbedingt vermieden werden.

Es sind sowohl die eigentlichen Klinikgebäude als auch die Umgebung der Klinik relevant. »In fußläufiger Entfernung zur Einrichtung gewinnen die Suizide durch Sichlegen oder Sichwerfen vor ein sich bewegendes Objekt an Bedeutung, so dass sich nahe gelegene Bahnstrecken oder viel befahrene Straßen zu Suizidhotspots entwickeln können. [...] Darüber hinaus können auch nahegelegene Hochhäuser oder Gewässer einen Hotspotcharakter entwickeln.«²

Innerhalb psychiatrischer Kliniken sind die Strangulation (49%) sowie der Sturz in die Tiefe (23%) die häufigsten Suizidmethoden.³ Beide Methoden können durch restriktive bauliche Maßnahmen beeinflusst werden. Die Methodenrestriktion konzentriert sich daher auf die Vermeidung von Befestigungsmöglichkeiten für Strangulationsgurte ab einer Höhe von 50 cm über dem Boden. Höhere Befestigungspunkte dürfen maximal mit 20 kg belastbar sein. Die Vermeidung von Strangulationsgurten selbst in der Einrichtung ist insofern nachrangig als dass selbst persönliche Kleidungsstücke als Gurte benutzt werden können. Wichtig ist jedoch, Gurte im Raum nicht so zu inszenieren, dass ein Aufforderungscharakter entsteht (beispielsweise lange Kabel an einer stabilen Fernsehhalterung in Überkopfhöhe). Es wird eine maximale Gurtlänge von 20 cm empfohlen. Potenzielle Sprungorte sollten ab einer Fallhöhe von 6 m gesichert werden.

Eine Differenzierung in der Gestaltung zwischen Akut- und Rehabereichen ist nicht sinnvoll, da Suizide in allen Stadien der Behandlung auftreten können. Zu beachten ist jedoch, dass Räume mit einem starken Rückzugscharakter, z. B. das Bad am Patientenzimmer, Hochrisikobereiche für Patientensuizide mit langsamen Methoden (wie die Strangulation) darstellen. Die Suizidhistorie der Einrichtung ist in die Konzeption der Präventionsmaßnahmen einzubeziehen. Räumliche Elemente, welche bereits einmal für suizidale Handlungen genutzt wurden, haben im Folgenden ein höheres Risiko, erneut dafür benutzt zu werden. Man spricht vom sogenannten Copy-Cat-Effekt. Daraus ergeben sich oft individuelle Nutzungsmuster, die sich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheiden.

² Universalraum-Institut [Hrsg.] (2012): *Evidenzbasiertes Planungshandbuch EPH Psychiatrie*, Reihe EPH, Band 1, ISBN: 978-3-86780-304-5, online verfügbar: www.eph-psychiatrie.de.

³ Ruff F, Hemmer A, Bartsch C, Glasow N, Reisch T. (2017) Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen. Eine systematische Erfassung für die Schweiz zwischen 2000 und 2010, in: *Psychiatrische Praxis* 2018, 45, S. 307-313

1.2.2 Einfluss der Atmosphäre

Die zentrale Aufgabe der Architektur besteht darin, ein Umfeld zu schaffen, welchen die Therapie und damit den Genesungsprozess unterstützt. Restriktion und therapeutisches Milieu dürfen einander nicht widersprechen. Vielmehr ist die Schaffung eines positiven therapeutischen Milieus ein wichtiger Teil baulicher Suizidprävention.

Als Ziele des atmosphärischen Gestaltens können beispielsweise benannt werden:

- Befriedigung grundlegender psychologischer Bedürfnisse der Patienten (z. B. Schutz, Aneignung, Kommunikation),
- Vermeidung von Stress (z. B. Lärm, Geruch, Schadstoffe, Enge, Zwangskontakte, zu hohe oder niedrige Reizdichte, Hitze),
- Möglichkeiten zur positiven Ablenkung (z. B. Betrachtung von Natur, Beschäftigungsmöglichkeiten, Bewegung und Sport / Aggressionsabbau) bzw. positiven physiologischen Wirkung (z. B. von Licht),
- Stärkung der Akzeptanz der Einrichtung / Compliance (z. B. durch Hochwertigkeit, Sauberkeit),
- Sichtbarkeit institutioneller Gewalt verhindern (z. B. Lagerung Fixierbett direkt in Lager am Akutraum, kein Transport über die Station),
- Unsicherheit / Ängste durch kognitive Überforderung von Patienten vermeiden (z. B. persönliche Ansprechpartner in Ankommssituationen bieten, Übersichtlichkeit der Räume, gute Leitsysteme / Orientierungsmöglichkeiten) und
- Respektvollen Umgang zwischen Patienten und Mitarbeitern fördern (z. B. offenen Tresen statt „Überwachungskanzel“).

Positive Effekte können weiterhin über die Ansprache anderer Nutzer erreicht werden, beispielsweise mittels:

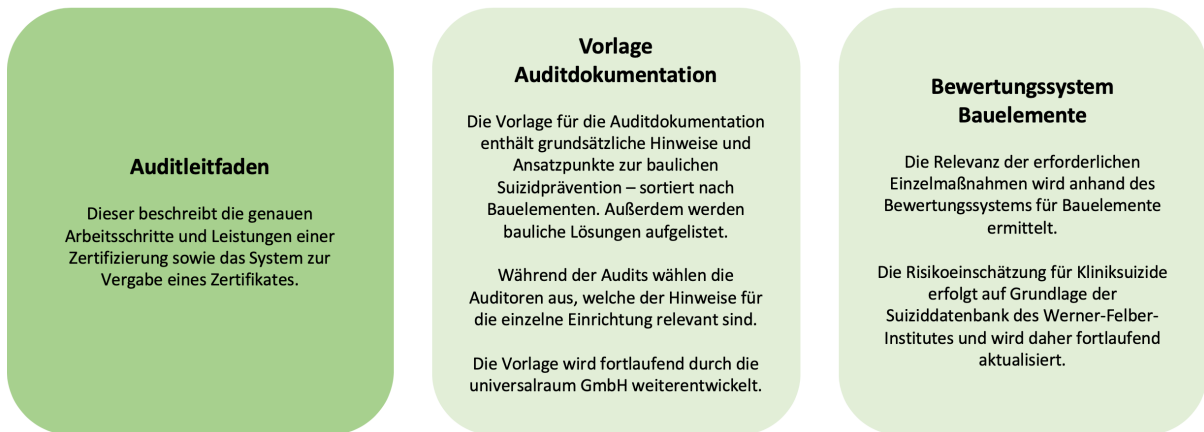
- Stressreduktion und Schonung zeitlicher Ressourcen der Mitarbeiter (z. B. gute Arbeitsbedingungen, kurze Wege, attraktive Pausenräume) oder
- Schaffung von Möglichkeiten zur emotionalen Unterstützung von Patienten durch Angehörige und Freunde (z. B. Attraktivität von Besucherräumen).

2 Über den Auditleitfaden

2.1 Ziele

Dieser Leitfaden beschreibt den Zertifizierungsprozess zur baulichen Suizidprävention. Er ist gleichzeitig als Prozessbeschreibung gültig, um eine gleichbleibend hohe Qualität, eine Vergleichbarkeit der Zertifizierungsprozesse und der Auditdokumentationen zu gewährleisten. Ziel dieses Leitfadens ist es, den Zertifizierungsprozess sowohl für Kunden, als auch für die zertifizierende Institution transparent zu gestalten.

2.2 Ergänzende Werkzeuge zum Auditleitfaden



2.2.1 Vorlage Auditdokumentation

Die einzelnen Hinweise und Erläuterungen zu den Bauelementen werden in zwei Kategorien unterteilt:

R	Restriktive Ansätze / Methodenrestriktion
Z	Zusatzinformationen zur Atmosphäre, Barrierefreiheit, Nutzungskomfort usw.

2.2.2 Bewertungssystem für Bauelemente

Die Bewertung der Bauelemente, im Sinne einer Methodenrestriktion findet über ein Ampelsystem statt. Es berücksichtigt neben der Ausführung des Elementes, wie häufig es in der Suizidstatistik als Werkzeug auftaucht und innerhalb welches Risikobereiches es verortet ist.

Bauliche Elemente werden demnach entsprechend nachfolgender Tabelle dargestellt klassifiziert.





Ampelsystem zur Bewertung der Bauelemente nach statistischer Relevanz für die Methodenrestriktion	
● ○ ○ ○ ○ ○	Suizide nicht möglich
● ● ○ ○ ○ ○	Suizide nicht möglich, Zusatzinformationen beachten!
○ ● ○ ○ ○ ○	Suizide sind möglich, jedoch wenig wahrscheinlich

	Suizide sind möglich
	Suizide sind möglich, hohes Risiko
	Suizide sind möglich, höchstes Risiko

Die Risikobewertung hängt unter anderem auch vom Rückzugscharakter des Raumes ab, in dem sich das Element befindet. Es werden vier Kategorien unterschieden:

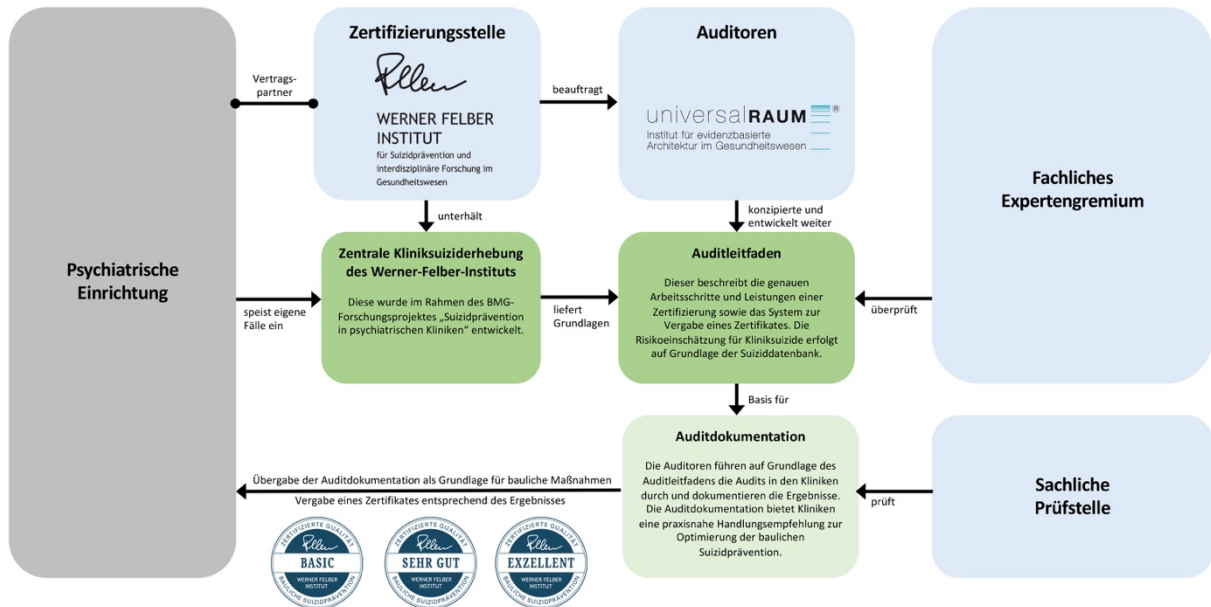
Rückzugsbewertung von Räumen	
Rückzug A	Patienten haben grundsätzlich keinen Zugang zum Raum (z. B. Personalaufenthalt, verschlossene Lagerräume).
Rückzug B	Patienten haben nur in der Gruppe (gemeinsam mit Mitpatienten) oder in Begleitung von Personal Zutritt zum Raum. Sie sind nie allein im Raum bzw. müssen immer damit rechnen, dass jederzeit jemand hinzukommt (z. B. Therapieraum, Flur).
Rückzug C	Patienten können im Raum zeitweise allein sein ohne dass unmittelbar mit anderen Personen zu rechnen ist (z. B. Aufenthalt, Raucherraum, offener Sportraum).
Rückzug D	Patienten sind im Raum regelmäßig allein und müssen nicht zwangsläufig mit Störungen rechnen (z. B. Patientenzimmer, Bäder).

Atmosphärische Aspekte der Räumlichkeiten werden mit nachfolgendem System bewertet:

Ampelsystem zur Bewertung atmosphärischer Belange	
	Atmosphärische Aspekte sehr gut umgesetzt
	Atmosphärische Aspekte überwiegend umgesetzt
	Atmosphärische Aspekte mangelhaft umgesetzt
	Atmosphärische Aspekte unzureichend umgesetzt

3 Organisation der Zertifizierungen

3.1 Beteiligte Institutionen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung



3.1.1 Kopplung der Zertifizierung an die Kliniksuziddatenbank

Das Werner-Felber-Institut hat im Rahmen eines BMG-Forschungsprojektes eine interdisziplinäre Erhebung von Kliniksuziden in Deutschland etabliert. Die Daten werden für den Zertifizierungsprozess genutzt, um immer genauere Prognosen für die Nutzung von Bauelementen für suizidale Handlungen zu erstellen. Auf Grundlage der Kliniksuziddaten werden die einzelnen Bauelemente entsprechend ihrer Relevanz für die bauliche Prävention bewertet und in ein Ampelsystem eingeordnet.

3.1.2 Fachliches Expertengremium

Einmal jährlich lädt das Werner-Felber-Institut zu einer Expertensitzung ein, in der die Grundlagen und die Vorgehensweise des Zertifizierungsverfahrens vorgestellt und mit Suizidexperten mit Klinik-erfahrung diskutiert werden.

Einladungen werden versandt an:

- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS): AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens
- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
- Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP)

Ziele:

- Fachlich wissenschaftlicher Austausch zur regelmäßigen Optimierung des Verfahrens
- Abstimmung der baulichen Empfehlungen mit erfahrenen Klinikern

3.1.3 Sachliche Prüfstelle

Die sachliche Prüfstelle darf keinerlei geschäftliche oder persönliche Beziehungen zum Werner-Felber-Institut, zur universalraum GmbH, den Auditoren, der zu zertifizierenden Einrichtung oder deren Konkurrenzunternehmen unterhalten. Ihre Aufgabe ist, die Unabhängigkeit der Prüfung und Zertifikatsvergabe zu überwachen.

Die Prüfung einer Zertifizierungsdokumentation erfolgt auf Grundlage dieses Auditleitfadens und muss umfassen:

- Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit (Wurden alle erforderlichen Leistungen erbracht und dokumentiert?)
- Wurde das Zertifikat entsprechend der Vorgaben dieses Auditleitfadens vergeben?

3.1.4 DIN EN ISO / IEC 17065

Das Verfahren entspricht den Anforderungen der DIN EN ISO/IEC 17065 „Konformitätsbewertung – Anforderungen an Stellen, die Produkte, Prozesse und Dienstleistungen zertifizieren“.

3.2 Kosten einer Zertifizierung

Die Kosten setzen sich aus den Audit- und den Lizenzgebühren zusammen. Die Auditgebühren richten sich nach dem Aufwand, also der Anzahl der zu zertifizierenden Stationen bzw. Bereiche. Die Lizenzgebühr wird an das Werner-Felber-Institut entrichtet und fließt in die Unterhaltung der zentralen Kliniksuizidrecherche ein. Kliniken wird vorab ein individuelles und unverbindliches Angebot erstellt.

3.3 Beratungsleistungen vor einer Zertifizierung

Kliniken können im Vorfeld einer Zertifizierung Beratungsleistungen zur baulichen Suizidprävention durch die universalraum GmbH in Anspruch nehmen. Der zeitliche Abstand zwischen Beratung und Zertifizierungsaudit muss mindestens 18 Monate betragen.

3.4 Laufzeit des Zertifizierungsprozesses

Der Zertifizierungsprozess läuft über einen Zeitraum von drei Jahren. Zu Beginn wird das Erstzertifizierungsaudit durchgeführt und entsprechend des ersten Ergebnisses ein Zertifikat vergeben. Nach 1,5 Jahren ist ein Überwachungsaudit erforderlich, da innerhalb dieses Zeitraumes im Regelfall bauliche Umbauten erfolgen. Wird im Überwachungsaudit ein abweichendes Ergebnis festgestellt, wird das Zertifikat entsprechend angepasst.

Nach Ablauf der drei Jahre kann eine Rezertifizierung erfolgen.

3.5 Zertifizierungsprädikate

Entsprechend der Umsetzung der Maßnahmen werden drei Prädikate des Zertifikates vergeben:



Vergabekriterien für die Zertifikate	
BASIC	Restriktion: Keine Elemente mit ○○○●●
	Atmosphäre: Durchgängige Bewertung mindestens 🌸🌸🌸🌸
SEHR GUT	Restriktion: Keine Elemente mit ○○○●○
	Atmosphäre: Durchgängige Bewertung mindestens 🌸🌸🌸🌸
EXZELLENT	Restriktion: Keine Elemente mit ○○○●○○
	Atmosphäre: Durchgängige Bewertung 🌸🌸🌸🌸

4 Prozessbeschreibung: Vorbereitung einer Zertifizierung

4.1 Kontaktaufnahme und Vertragsabschluss

- 1) Der Kunde übermittelt folgende Angaben an das Werner-Felber-Institut:
 - Welche Bereiche (Stationen, Tagesklinik, Therapiebereich, Freibereich) sollen zertifiziert werden?
 - Gibt es Bereiche, die sich baulich ähneln (z. B. baugleiche Stationen)?
- 2) Das WFI übermittelt diese Angaben an die universalraum GmbH. Diese erstellt einen Ablaufplan für die Audits. (Ermittlung der erforderlichen Audittage für Erstzertifizierung, Überwachungsaudit und Rezertifizierung)
- 3) Das WFI erstellt auf dieser Grundlage ein unverbindliches Angebot.
- 4) Wird das Angebot durch den Kunden bestätigt, erfolgt der Vertragsabschluss zwischen WFI und dem Kunden. Dieser enthält unter anderem die Verpflichtung des Kunden, mögliche Reparaturanforderungen nach der Zertifizierung (durch Belastungsproben von Bauteilen) zu übernehmen.
- 5) Das WFI beauftragt die universalraum GmbH mit der Durchführung der Audits.

4.2 Erforderliche Zuarbeiten des Kunden

Nach Vertragsabschluss fragt die universalraum GmbH beim Kunden die erforderlichen Unterlagen und Angaben ab:

- 1) Angaben zur erfolgten Kliniksuiziden und Suizidversuchen: Die Daten können durch Beteiligung an der zentralen Kliniksuiziderhebung des WFI oder mittels Fragebogen übermittelt werden.
- 2) Digitale Grundrisse der zu zertifizierenden Bereiche (PDF, JPG, DWG)
- 3) Liste der Ansprechpartner für die Auditoren in der Klinik (z. B. Stationsleitung)

Nach Erhalt der Unterlagen vereinbart die universalraum GmbH mit dem Kunden einen Termin für die Durchführung des Audits.

4.3 Inhaltliche und organisatorische Vorarbeiten

Die universalraum GmbH führt auf Grundlage der Zuarbeiten des Kunden folgende Vorarbeiten durch:

- 1) Sichtung, Analyse und Aufbereitung der Grundrisse: Anlegen farbiger Flächen zur Kennzeichnung der Risikobereiche für suizidale Handlungen gemäß nachfolgender Aufstellung:

Hochrisikoräume (Rückzug D)	Räume Rückzug B
<ul style="list-style-type: none"> Patientenzimmer Akuträume Zentrale Nassräume - frei zugänglich 	<ul style="list-style-type: none"> Dienstzimmer Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht Stationsbad - Patienten nie ohne Aufsicht
Räume Rückzug C	Räume Rückzug A
<ul style="list-style-type: none"> Aufenthaltsbereiche Nebenräume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft) Freibereiche 	<ul style="list-style-type: none"> Für Patienten unzugängliche Räume

- 2) Sichtung der in die Datenbank und / oder aus der Beantwortung des beigefügten Fragebogens übermittelten Kliniksuizide: Markierung genutzter Räume im Grundriss, Angabe von Art des Vorkommnisses (Versuch oder Suizid), Jahr, Methode
- 3) Vorbereitung Sturzprotokoll: Erstellung der Übersichtspläne mit Terrassen, Balkonen und Treppen
- 4) Vorbereitung der Auditmappe: u. a. Einpflegen der aufbereiteten Grundrisse, Übersichtspläne

5 Prozessbeschreibung: Durchführung Erstzertifizierungsaudit

5.1 Grundsätzliches

- Die Durchführung der Audits erfolgt durch mindestens zwei durch die universalraum GmbH ausgebildete Auditoren (Vieraugenprinzip).
- Kunden werden gebeten, die Mitarbeiter des Hauses über die Beauftragung und Durchführung einer Zertifizierung zu informieren. (Ablaufplan)
- Es wird empfohlen, das Thema „Bauliche Suizidprävention“ gegenüber den Patienten nicht zu erwähnen (möglicher Hinweisreiz). Die Auditoren werden bei Rückfragen darüber Auskunft geben, dass es sich um eine allgemeine Begehung zur Architektur handelt.
- Die Analyse der Stationen beginnt im Regelfall mit der Begutachtung eines möglichst typischen Patientenzimmers der Station. Dieses muss den Auditoren für einen Zeitraum von 1-3 Stunden zur Verfügung stehen. Während der Analyse werden unter anderem Befestigungsmöglichkeiten für Gurte getestet. Um Hinweisreize zu suizidalen Handlungen zu vermeiden, sollte der Raum in dieser Zeit für Patienten nicht zugänglich sein.
- Während der Analyse der Patientenzimmer und -bäder (Hochrisikobereiche) werden u. U. Belastungstests an Bauelementen vorgenommen, beispielsweise an Duschtrennungen oder Fenstersicherungen. Es wird empfohlen etwaige Schäden möglichst umgehend wieder zu beheben, um Hinweisreize zu vermeiden.
- Kunden werden gebeten, den Auditoren einen Raum zum Arbeiten zur Verfügung zu stellen.
- Für die Rundgänge über die Stationen, insbesondere die Begehungen der Patientenzimmer, wird die Begleitung der Auditoren durch einen Mitarbeiter des Hauses erbeten. (Eindringen in die Privatsphäre der Patienten)

5.2 Durchführung der Eröffnungsbesprechung

Der Kunde entscheidet über den Teilnehmerkreis der Eröffnungsbesprechung zum Audit. Es wird die Anwesenheit von der Geschäftsführung, der ärztlichen Leitung des Kunden, einem Mitarbeiter der Bauabteilung sowie von Vertretern der einzelnen Bereiche (Stationen, Therapiebereiche, Ambulanzen usw.) empfohlen.

Die Eröffnungsbesprechung umfasst folgende Punkte:

- Vorstellung der Auditoren und der grundsätzlichen Vorgehensweise
- Information über Ziel und Zweck und Geltungsbereich der Zertifizierung
- Vorstellung und Bestätigung des Auditplans
- Erläuterung der durchzuführenden Belastungstest, nochmalige Information über mögliche bauliche Schäden und die Verpflichtung des Kunden, diese zu übernehmen
- Falls noch nicht geschehen, wird den Auditoren eine Liste mit den Ansprechpartnern (inkl. deren Kontaktdaten) auf den einzelnen Stationen / Bereiche übergeben
- Ggfs. Status von Auditfeststellungen aus vorangegangenen Audits

5.3 Erstellung Sturzpräventionsprotokoll

Im Sturzpräventionsprotokoll werden alle potenziellen Möglichkeiten zum Sturz in die Tiefe dokumentiert und bewertet. Dazu gehören Fenster, Treppen sowie Balkone und Terrassen. Die Analyse erfolgt stationsübergreifend.

Fenster haben über die Sturzgefahr hinaus auch Einfluss auf das Milieu (z. B. bezüglich Raumluftqualität oder Stigmatisierung) und ist auch für Strangulationen relevant. Diese Aspekte werden im Sinne der einfachen Handhabung der Auditmappe ebenfalls in diesem Kapitel behandelt.

Pro relevanter Fensterlösung werden folgende Arbeitsschritte ausgeführt:

- 1) Fotodokumentation der Fensterfront (Gesamteindruck)
- 2) Auswahl zutreffender Hinweise zur Atmosphäre aus der Liste der Auditdokumentation
- 3) Feststellung Gesamtbewertung der Atmosphäre
- 4) Fotodokumentation aller relevanten Fensterelemente (Strangulationsmöglichkeiten)
- 5) Aufnahme und Dokumentation relevanter Maße (Strangulationsmöglichkeiten)
- 6) Auswahl zutreffender Hinweise zur suizidpräventiven Gestaltung (Strangulationsmöglichkeiten) aus der Liste der Auditdokumentation
- 7) Feststellung Risikobewertung für die Fensterelemente (Strangulationsrisiko)
- 8) Fotodokumentation der Sprungmöglichkeit
- 9) Aufnahme und Dokumentation relevanter Maße für Sprungsuizide
- 10) Feststellung Risikobewertung für Stürze

Bewertung von Treppen

- 1) Fotodokumentation der Treppe
- 2) Auswahl zutreffender Hinweise zur Treppengestaltung aus der Liste der Auditdokumentation
- 3) Feststellung Gesamtbewertung der Treppe (Risiko für Sprungsuizide)
- 4) Eintragung aller Ergebnisse in den Übersichtsplan Treppen

Bewertung von Terrassen, Balkonen, Loggien

- 1) Fotodokumentation der Terrassen, Balkone, Loggien
- 2) Auswahl zutreffender Hinweise zur Gestaltung aus der Liste der Auditdokumentation
- 3) Feststellung Gesamtbewertung der Terrassen, Balkone, Loggien (Risiko für Sprungsuizide)
- 4) Eintragung aller Ergebnisse in den Übersichtsplan Terrassen, Balkone, Loggien

5.4 Bewertung von Stationen (exklusive Sturzprävention)

Die Analyse von Stationen erfolgt auf der Grundlage der Analyse eines typischen Patientenzimmers (sogenanntes Musterzimmer), in dem alle relevanten Bauelemente analysiert und bewertet werden. Dafür muss der Raum den Auditoren für 1-3 Stunden zur Verfügung stehen.

Bei einem Stationsrundgang werden anschließend alle *zusätzlich* auftretenden Elemente dokumentiert und ebenfalls bewertet. Baugleiche oder sehr ähnliche Stationen können sinnvollerweise in einer Dokumentation zusammengefasst werden, um Redundanzen zu vermeiden.

Pro Musterzimmer ist durchzuführen:

- 1) Fotodokumentation der Raumatmosphäre des Patientenzimmers inkl. Bad
- 2) Auswahl zutreffender Hinweise zur Raumatmosphäre aus der Liste der Auditdokumentation
- 3) Feststellung Gesamtbewertung der Raumatmosphäre
- 4) Fotodokumentation aller relevanten Bauelemente des Patientenzimmers und des dazugehörigen Bades
- 5) Prüfung von Belastungsgrenzen ausgewählter Befestigungspunkte für Strangulationsgurte
- 6) Aufnahme und Dokumentation relevanter Maße
- 7) Auswahl zutreffender Hinweise zur suizidpräventiven Gestaltung (Methodenrestriktion) aus der Liste der Auditdokumentation
- 8) Feststellung Risikobewertung für jedes Bauelement

Pro Station ist durchzuführen:

- 1) Fotodokumentation der Stationsatmosphäre
- 2) Auswahl zutreffender Hinweise zur Stationsatmosphäre aus der Liste der Auditdokumentation (z. B. bezüglich Therapeutisches Milieu, Beleuchtung, Belüftung, Orientierung)
- 3) Feststellung Gesamtbewertung der Stationsatmosphäre
- 4) Rundgang über die Station mit einem Mitarbeiter. Hier müssen alle patientenzugänglichen Räume begangen und gesichtet werden.
- 5) Fotodokumentation von allen zusätzlichen relevanten Bauelementen
- 6) Prüfung von Belastungsgrenzen ausgewählter Befestigungspunkte für Strangulationsgurte
- 7) Aufnahme und Dokumentation relevanter Maße
- 8) Auswahl zutreffender Hinweise zur suizidpräventiven Gestaltung (Methodenrestriktion) aus der Liste der Auditdokumentation
- 9) Feststellung Risikobewertung für jedes Bauelement

5.5 Analyse außerstationärer Bereiche

Kliniksuzide erfolgen fast ausschließlich auf den Stationen, können jedoch auch in außerstationären Bereichen nicht ausgeschlossen werden. Die Prüfung dieser Räumlichkeiten erfolgt wie folgt:

- 1) Begehung der Räume
- 2) Fotodokumentation beispielhafter Raumsituationen / Bauelemente mit Relevanz
- 3) Feststellung Risikobewertung für die Bauelemente
- 4) Zuordnung der Beispiele zu den Erläuterungen in der Auditdokumentation

5.6 Analyse der Freibereiche

Kliniksuzide im Freibereich der Einrichtung sind verhältnismäßig selten, können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Die Analyse des Freibereiches erfolgt wie folgt:

- 1) Rundgang durch das Klinikgelände

- 2) Fotodokumentation potenzieller Rückzugsorte (z.B. leerstehende Häuser), Strangulationsmöglichkeiten mit besonderem Aufforderungscharakter oder in Sichtweite von Aufenthaltsbereichen sowie Sprungmöglichkeiten
- 3) Feststellung der Risikobewertung für die Orte bzw. Elemente
- 4) Zuordnung der Beispiele zu den Erläuterungen in der Auditdokumentation

5.7 Feststellung des Gesamtergebnisses des Audits

Die Auditoren überprüfen abschließend das Gesamtergebnis des Audits und legen entsprechend der Anforderungen (vgl. Absatz 3.5) das Prädikat für das zu vergebende Zertifikat fest.

5.8 Atmosphärischer Entwurf

Um die Schaffung eines antisuizidalen Milieus mit atmosphärischen Mitteln zu unterstützen, wird im Rahmen eines Erstzertifizierungsaudits ein atmosphärischer Entwurf angefertigt. Die Auswahl des konkret zu bearbeitenden Bereiches (z. B. Patientenzimmer, Aufenthaltsbereich) legt das Auditteam in einem internen Austausch fest. Für diesen Bereich werden folgende Leistungen erbracht:

- 1) Zusammenstellung der Anforderungen an den Raum bzw. Erläuterung der Raumproblematik
- 2) Darstellung eines Entwurfes für den Raum in Skizzen, kurzer textlicher Erläuterung, ggfs. Perspektive und Materialvorschlägen

5.9 Mitarbeiterschulung und Ergebnispräsentation

Nach Abschluss der Begehungen und Analysen vor Ort wird durch den Auditor ein wissenschaftlicher Vortrag zur baulichen Suizidprävention gehalten. Der Kunde bestimmt den Teilnehmerkreis. Es wird empfohlen möglichst viele Mitarbeiter und Vertreter aller Bereiche (mindestens ein Mitarbeiter jeder Station, der Therapiebereiche, Ambulanzen usw.) anwesend sein.

Inhaltlich werden folgende Punkte zu behandeln:

- Vorstellung des Zertifizierungsverfahrens (Ziel, Vorgehensweise)
- Grundlagen der baulichen Suizidprävention
- Übersichtliche Ergebnisschau für die Zertifizierung des Hauses (Benennung von Hotspots und besonders kritischen baulichen Situationen)
- Hinweise zur Anwendung der Auditmappe
- Raum für Rückfragen

Optional kann zusätzlich ein Abschlussgespräch mit der Klinikleitung geführt werden, um die Ergebnisse zu diskutieren.

Dabei kann u.a. geklärt werden:

- Benennung der Kriterien für die Erteilung des nächst höheren Zertifikates
- Vorstellung der weiteren Terminkette (Übergabe der Unterlagen an die Einrichtung, Termine für jährliche Prüftermine)

6 Überwachungs- und Rezertifizierungsaudits

6.1 Überwachungsaudit

Die Überwachungsaudits dienen der Überprüfung zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung und sind daher keine vollständigen Systemaudits. Überwachungsaudits müssen alle 1,5 Jahre durchgeführt werden. Das erste Überwachungsaudit wird innerhalb von 18 Monaten nach dem letzten Tag des vorangegangenen Audits durchgeführt.

Das Überwachungsprogramm umfasst mindestens:

- Begehung aller Räume innerhalb der zertifizierten Bereiche der Einrichtung
- Dokumentation und Bewertung von Änderungen gegenüber den Ergebnissen des vorangegangenen Audits
- Ggfs. Empfehlung für Erreichen der nächsten Zertifizierungsstufe

6.2 Rezertifizierungsaudit

Die Auditierung muss vor Ablauf der Gültigkeit des Zertifikats (Gültigkeitsdauer: 3 Jahre) durchgeführt sein, d. h. das Rezertifizierungsaudit muss mindestens 4-6 Wochen vor Ablauf des Zertifikates erfolgen.

Das Rezertifizierungsaudit baut auf den vorliegenden Unterlagen des Erst- bzw. Überwachungsaudits auf und enthält folgende Leistungen:

- Eröffnungsgespräch (vgl. Absatz 4.2)
- Überprüfung und Aktualisierung bzw. Neuerstellung Suizidpräventionsprotokoll (vgl. Absatz 4.3)
- Überprüfung und Aktualisierung bzw. Neuerstellung Bewertung der Stationen (vgl. Absatz 4.4)
- Überprüfung und Aktualisierung bzw. Neuerstellung Bewertung außerstationärer Bereiche (vgl. Absatz 4.5)
- Überprüfung und Aktualisierung bzw. Neuerstellung Bewertung der Freibereiche (vgl. Absatz 4.6)
- Erstellung eines atmosphärischen Entwurfes (vgl. Absatz 4.8)
- Mitarbeiterschulung und Ergebnispräsentation (vgl. Absatz 4.9)