

Kliniksuzid im psychiatrisch- psychotherapeutischen Fachkrankenhaus Übersicht und Konsequenzen

**Wolfersdorf Manfred
und AG „Suizidalität und Psychiatrisches
Krankenhaus“**

Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ausgangssituation



Man kann in der Psychiatrie auch sterben

**Psychische Krankheiten können auch
solche zum Tode sein**

**Therapiefehler und Betreuungsfehler
können tödlich sein**

Suizidprävention braucht Verantwortung und Freiraum

Ausgangssituation (1)

Eine absolute Suizidprävention gibt es nicht, auch nicht unter optimalen

**Therapie-, Betreuungs- und
Kontrollbedingungen**

Auch der Patient hat eine Verantwortung, nämlich seine Not deutlich werden zu lassen

Patienten-/Kliniksuizid * Was waren/sind die Fragestellungen ?

- **Bestandsaufnahme ausgehend vom Vorhalt älterer Psychiater, es gebe eine Zunahme der Suizide schizophrener Kranker in unseren Kliniken**
- **Suizide psychisch Kranker unter spezifischen Behandlungsbedingungen**
- **Auswirkungen moderner Behandlungs- und Betreuungsbedingungen in der Psychiatrie und Psychotherapie: erhöhte Freiheitsgrade, „forcierte Rehabilitation“, schwierigere Patienten, offene Behandlung, kurze Verweildauern, partnerschaftliche, nicht-paternalistische Patient-Therapeut-Beziehung, empowerment von Patienten etc**

Patienten-/Kliniksuiizid * Fragestellungen



- **Suizidales Verhalten und andere „Psycho-Fächer“**
- **Suizidmortalität im nicht-psychiatrischen Versorgungsfeld**
- **Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus**

Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ „Gründung“



- **gegründet 21. Mai 1979 von M. Wolfersdorf, G. Hole und R. Vogel als Zusammenarbeit von 4 damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (Weissenau, Günzburg, Emmendingen, Reichenau)**

➤ **Ziele**

- 1. Untersuchung der Suizide psychisch Kranker während stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung**
- 2. Definition und Beschreibung von spezifischen Risikogruppen für Suizid(versuch) im Psychiatrischen Krankenhaus**

- 3. Entwicklung gemeinsamer Benennungen von suizidalen Verhalten**
- 4. Entwicklung von Empfehlungen zum Umgang mit Suizidalität**
- 5. Angebot von Fortbildung in Suizidologie**
- 6. Verbesserung der Zusammenarbeit mit Gerichten, Staatsanwaltschaften in Suizidfragen**

- 
- 7. Reduzierung der Suizidraten im PKH**
 - 8. Besseres Umgehen mit Suizidalität (Prä-, Peri- und Postvention)**
 - 9. Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen
z. B. Zunahmeerscheinungen**

Suizidalität meint Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von

Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.

Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma)

Patientensuizid / Kliniksuiizid * Definition

**Patienten- / Kliniksuiizid ist die
Selbsttötung eines Menschen mit dem
Status „Patient“ bzw. „Patient in einer
medizinischen Behandlungseinheit“
(Klinik, Tagesklinik, Rehabilitation)**

Patientensuzid(versuch)

= Selbsttötung(Versuch) eines Menschen mit dem Status „Patient“, d. h. im medizinischen-psychozialen Versorgungssystem

Dazu gehören alle Patienten in somatischer und/oder psychischer Behandlung, in ambulanter (teil-)stationärer Therapie und Rehabilitation oder/und in Beratungs- und Betreuungssituationen. Überall dort, wo Menschen in Not Hilfe suchen, besteht eine „gewisse“ Garantenpflicht

Kliniksuzid(versuch)

= Selbsttötung(Versuch) eines Menschen im Status des (teil-)stationären Patienten in einer medizinischen Behandlungs- oder/und Rehabilitationssituation

Überwiegend wird unter Patienten- bzw. Kliniksuzid die Selbsttötung eines psychisch kranken Menschen verstanden. Allerdings gilt dies auch für Menschen mit körperlichen Erkrankungen und/oder in psychosozialen Notsituationen.

Suizide in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern im 19. Jahrhundert – Beispiele (Wolfersdorf 1989)



Autor/Erscheinungsjahr	Untersuchter Patienten Zeitraum N	Suizide N	Suizidrate auf 100 000 Pat.
Damerow (1985) Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Halle	1845 - 1963 2269	14	617
Löwenhardt (1867) Heilanstalt Sachsenburg	1830 - 1866 5076	22	433
Fröhlich (1875) Irrenanstalt Leubus	1830 - 1873 5638	30	532

Suizide in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern im 19. Jahrhundert – Beispiele (Wolfersdorf 1989) (1)



Autor/Erscheinungsjahr	Untersuchter Patienten Zeitraum N	Suizide N	Suizidrate auf 100 000 Pat.
Mülberger (1887) Großherzog. Irrenanstalt Heppenheim	1876 - 1884 1270	3	236
Edel (1891) Private Psychiatr. Anstalt Charlottenburg, Berlin	1885 - 1889 1185	4	338

Suizide in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern im 19. Jahrhundert – Beispiele (Wolfersdorf 1989) (2)



Autor/Erscheinungsjahr	Untersuchter Patienten Zeitraum N	Suizide N	Suizidrate auf 100 000 Pat.
Hasse (1885) Herzogl. Heil- und Pflege- anstalt Königsutter	1866 - 1882 4089	10	245
Pelman (1886) Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg	1876 - 1885 3691	14	379

Kliniksuzide in VA Neuropsychiatric Hospitals (USA) 1950 – 1980 (nach Farberow and Williams 1982, dtsh. Übs.)

Jahre	Suizide Ngesamt	Mittl. Anzahl Suizide pro Jahre	Mittl. jährl. Kranken- hausbelegung	Suizidrate (auf 100 000 pro Jahr)
1950 – 52	73	24	48314	49,7
1953 – 55	74	25	51160	48,9
1956 – 58	245	82	53205	154,1
1959 – 61	230	77	52729	146,0
1962 – 64	254	85	53749	158,1
1965 – 67	287	96	49502	193,9
1968 – 70	275	92	35046	262,5
1971 – 72 ¹⁾	128	64	24589	260,3
1973 – 75	300	100	26977	370,7
1976 – 78	309	103	33485	307,6
1979 – 80	194	97	29682	326,8

1) = 2-Jahres-Periode

Zunehmende Suicide psychiatrischer Klinikpatienten

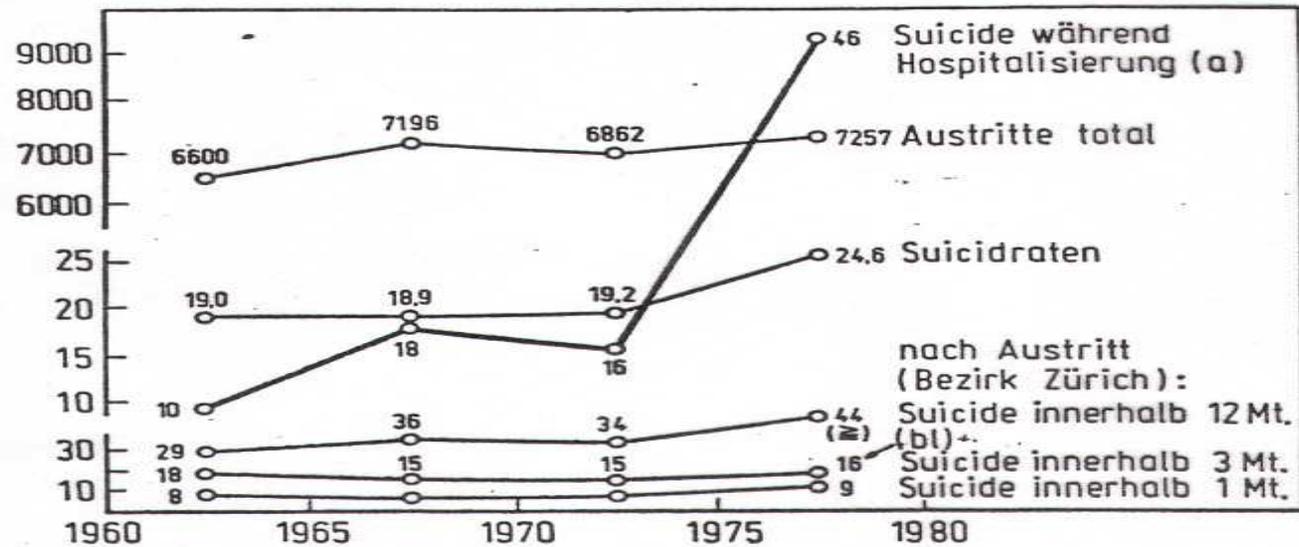


Abb.:
Entwicklung nach Lustren der Suicide während der Hospitalisierung,
aller Klinikaustritte, der Suicidraten im Kanton Zürich und der Suicide
nach der Klinikentlassung (nach ERNST et al 1980)

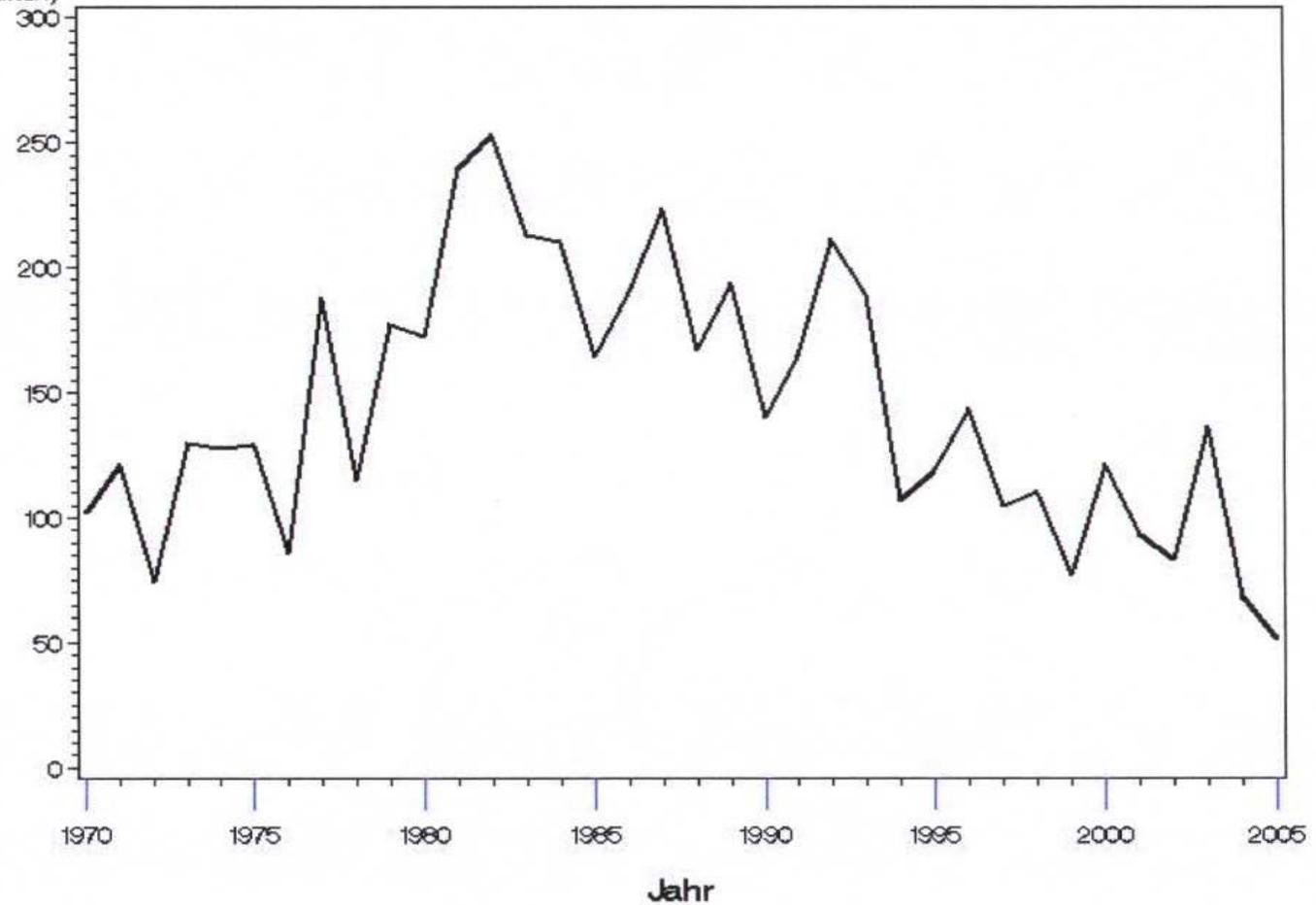
Patientensuizidraten (Suizide auf 100 000 Aufnahmen pro Jahr) 1970 – 2005 in 14 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie in Baden-Württemberg und Bayern

Jahr	Anzahl KPP	SR	Jahr	Anzahl KPP	SR
1970	4	102	1980	7	172
1971	5	121	1981	8	239
1972	5	74	1982	8	253
1973	5	130	1983	8	213
1974	5	128	1984	8	210
1975	5	129	1985	8	164
1976	6	86	1986	8	190
1977	6	187	1987	8	223
1978	6	115	1988	8	167
1979	6	177	1989	8	193

Patientensuizidraten (Suizide auf 100 000 Aufnahmen pro Jahr) 1970 – 2005 in 14 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie in Baden-Württemberg und Bayern

Jahr	Anzahl KPP	SR	Jahr	Anzahl KPP	SR
1990	9	140	2000	13	121
1991	9	164	2001	14	93
1992	10	211	2002	14	83
1993	10	189	2003	14	136
1994	11	107	2004	12	68
1995	11	119	2005	11	51
1996	11	143	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Mittlere SR über 35 Jahre (1970 – 2005) = 148 (Spannweite 51 – 253)</p> </div>		
1997	11	105			
1998	12	110			
1999	12	77			

Suizidrate (4–14 Kliniken)



Durchschnittliche Suizidrate in verschiedenen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie 1970 – 2003 in Bayern und Baden-Württemberg

Jahr	Anzahl der PKH	Suizidrate	(auf 100 000 Aufnahmen im Jahr)
1970	4	101.25	125.05
1971	5	121.60	
1972	5	121.20	
1973	5	162.60	
1974	5	118.60	
1975	5	131.80	160.06
1976	6	86.17	
1977	6	201.00	
1978	6	136.00	
1979	6	245.33	

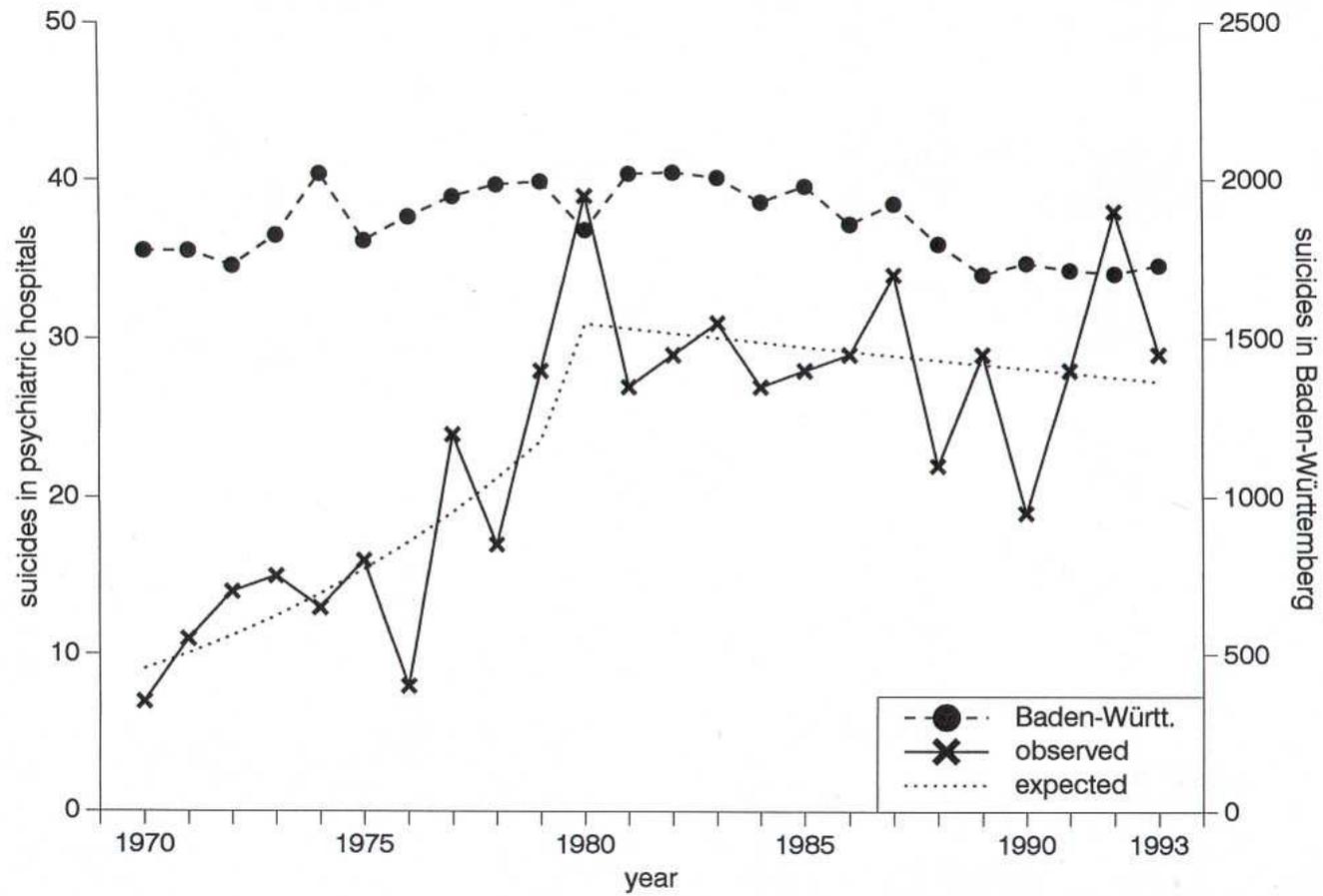
Durchschnittliche Suizidrate in verschiedenen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie 1970 – 2003 in Bayern und Baden-Württemberg (1)

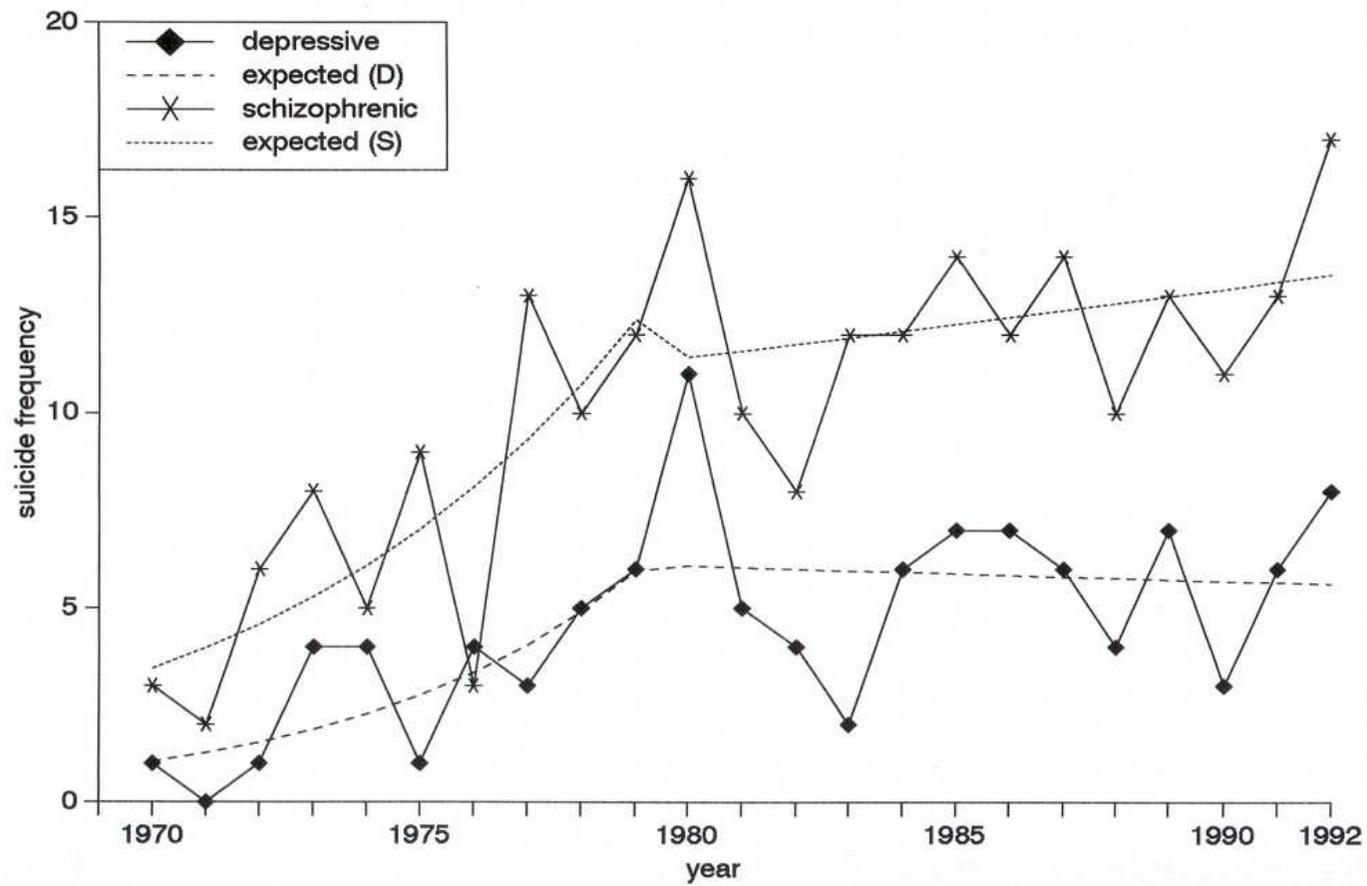
Jahr	Anzahl der PKH	Suizidrate	(auf 100 000 Aufnahmen im Jahr)
1980	7	297.43	240.00
1981	8	202.13	
1982	8	253.50	
1983	8	221.50	
1984	9	225.44	
1985	9	221.78	199.53
1986	9	233.22	
1987	9	224.00	
1988	9	160.44	
1989	9	158.22	

Durchschnittliche Suizidrate in verschiedenen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie 1970 – 2003 in Bayern und Baden-Württemberg (2)

Jahr	Anzahl der PKH	Suizidrate	(auf 100 000 Aufnahmen im Jahr)
1990	10	183.20	189.29
1991	10	196.80	
1992	11	222.81	
1993	11	228.81	
1994	12	114.83	
1995	11	131.18	115.66
1996	11	138.36	
1997	11	135.18	
1998	12	100.83	
1999	12	72.75	
2000	12	140.58	121.67
2001	13	105.84	
2002	11	109.72	
2003	11	130.54	

BEZIRKSKRANKENHAUS
BAYREUTH





***Patientensuizid –Zunahmetrend nach Geschlecht, Diagnose und Aufnahmezahl
1970 - 1983 (Wolfersdorf 1989)***

Patienten mit Schizophrenien 1970 – 1982 (n=106)

Männer_{Schizo} (n=64)	Trendanalyse Kendall tau	Spearman rho $p \leq .01^{**}$ $p \leq .01^{**}$
Frauen_{Schizo} (n=42)	Trendanalyse Kendall tau	Spearman rho $p \leq .05^*$ $p \leq .03^*$
gesamt_{Schizo} (n=106)	Trendanalyse Kendall tau	Spearman rho $p \leq .01^{**}$ $p \leq .01^{**}$

***Patientensuizid –Zunahmetrend nach Geschlecht, Diagnose und Aufnahmezahl
1970 - 1983 (Wolfersdorf 1989) (1)***

**Patienten mit Schizophrenie 1970 – 1982 (n=106: Anzahl
der Aufnahmen)**

**Aufnahmen <3 Trendanalyse Spearman rho $p \leq .05^*$
(n=21) Kendall tau nicht sign.**

Aufnahmen ≥ 3 Trendanalyse Spearman rho $p = .01^{}$
(n=85) Kendall tau $p = .01^{**}$**

***= sign. 5%-, **= sign. 1%-Niveau**

**Patientensuizid –Zunahmetrend nach Geschlecht, Diagnose und Aufnahmezahl
1970 - 1983 (Wolfersdorf 1989) (2)**

Patienten mit Depressionen 1970 - 1983 (n=51)

Männer_D (n=23)	Trendanalyse Kendall tau	Spearman rho nicht sign. nicht sign.
Frauen_D (n=28)	Trendanalyse Kendall tau	Spearman rho $p \leq .04^*$ $p \leq .05^*$
gesamt_D (n=51)	Trendanalyse Kendall tau	Spearman rho $p \leq .03^*$ $p \leq .02^*$

Suizide und Suizidraten in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Kliniksuzid-Verbundstudie III 1970 – 2005)

Verlauf Suizide (S) über 36 Jahre 1970 – 2005 in 4 Kliniken (Weissenau, Winnenden, Reichenau und Emmendingen) sowie Verlauf Suizidrate (SR), auf 100 000 Aufnahmen, in allen beteiligten Kliniken (4 – 14 Kliniken)

Spearman Rangkorrelation (n = 36 Jahre) (Prob > [r] under 40: Rho = 0)

	S-Mittel	S-Wei	S-Winn	S-Rei	S-Emm	SR
	↓	↓	↓	↓	↓	alle
Jahr	0.323	- 0.044	0.420	0.278	0.193	- 0.263
p-Wert	0.05*	0.79	0.01**	0.09	0.25	0.12

Die Korrelation mit dem Jahr zeigt für Mittelwert, Winnenden, Reichenau und Emmendingen eine Zunahme (Beispiel: S-Winn r = 0,42; p = .01; Jahreszahl und Suizide steigen an), für Weissenau ein Abnahme, ebenso für die Suizidrate über alle Kliniken, aber nicht signifikant (sign. Zunahme bei Mittelwert sowie S-Winn)

Suizide (S) und Suizidraten(SR) (KSV-III 1970 – 2005; Suizidrate SR alle Kliniken n = 4 – 14 Spearman Rangkorrelationen

- Dekade 7 (1970 – 1979) (n = 10 Jahre)**

	S-Mittel	S-Wei	S-Winn	S-Rei	S-Emm	SR-alle
Jahr	0.725	0.363	0.162	0.291	0.685	0.454
p-Wert	0.01**	0.30	0.65	0.41	0.02**	0.18

- Dekade 8 (1980 – 1989) (n = 10 Jahre)**

	S-Mittel	S-Wei	S-Winn	S-Rei	S-Emm	SR-alle
Jahr	- 0.074	0.326	0.568	- 0.331	- 0.395	- 0.333
p-Wert	0.83	0.35	0.08	0.34	0.25	0.34

- Dekade 9 (1990 – 1999) (n = 10 Jahre)**

	S-Mittel	S-Wei	S-Winn	S-Rei	S-Emm	SR-alle
Jahr	- 0.042	- 0.383	- 0.683	0.102	0.467	- 0.709
p-Wert	0.90	0.27	0.02*	0.77	0.17	0.02*

- Zeitabschnitt 10 (2000 – 2005) (n = 6 Jahre)**

	S-Mittel	S-Wei	S-Winn	S-Rei	S-Emm	SR-alle
Jahr	- 0.086	- 0.470	0.289	0.142	- 0.478	- 0.657
p-Wert	0.86	0.34	0.57*	0.78	0.33	0.15

Patientensuizid und Diagnosen * Vergleich verschiedener Zeitabschnitte der Kliniksuzidverbundstudie (KSV) der AG „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“

- **Diagnosen**

KSV-I	1970 – 1989 (n = 442 Suizide)
KSV-II	1990 – 1999 (n = 442 Suizide)
KSV-III	2000 – 2005 (n = 216 Suizide)

ICD-9 Diagnosen	KSV-I ICD-9 (n=442)		KSV-II ICD-9 (n=442)		KSV-III ICD-10 Diagnosen(n=216)		
	290 – 294	7		0		F1	8
295	226	(51%)	227	(51%)	F2	77	(36%) ↓
296	89	(20%)	111	(25%)	F3	98	(45%) ↑
297	12		0				
298	9		0				

**Patientensuizid und Diagnosen * Vergleich verschiedener Zeitabschnitte der
Klinikuizidverbundstudie (KSV) der AG „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ (2)**

300 (300.4)	34	(23)	41	F4	18
301	12		0	F6	11
303/304 (303)	25	(21)	10		
308/309/311 (309.1/2)	13	(7)	22	sonstige	4
317 – 319	3		0		
sonstige	12		15		
keine Angabe	--		16		

[Depression insgesamt (ICD-9: 296, 298, 300.4, 309.1/2 n = 124 (28%) (KSV-I)]

Patientensuizide in 15 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 2000 – 2005 (KSV-III der „AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“)

Diagnosen (Hauptdiagnosen nach ICD-10)

Jahr/ Diagnosegruppen	gesamt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	n							
F1	8 (4%)	1	3	2	1	0	0	1
F2	77 (36%)	23 (50%)	15 (48%)	6 (19%)	13 (36%)	8 (31%)	8 (28%)	4 (24%)
F3	98 (45%)	15 (33%)	7 (23%)	18 (56%)	15 (42%)	15 (58%)	18 (64%)	10 (59%)
F4	18 (8%)	4	2	5	2	2	1	2
F6	11 (5%)	2	3	1	3	1	1	0
F 0, 5, 7 – 9	4 (2%)	1	1	0	2	0	0	0
gesamt	216	46	31	32	36	26	28	17

[Anteil F3 über alle 7 Jahre beträgt 45,4% (98 von n gesamt = 216), Anteil F2 beträgt 35,6%]

TABELLE : Kliniksuzide 2000 – 2007 (KSV III)
*** Suizid fand statt während**

(Kliniksuzide = 249)	Anzahl	%
• Wochenendbeurlaubungen	48	19
• Regulärem Ausgang	93	37
• Außerstationärer Therapie	4	2
• Unerlaubter Entfernung von Station	42	17
• Sonstigem	62	25
	249	100

[häufigste Suizidmethode ist Erhängen, gefolgt von Sturz vor Zug bzw. Sturz aus der Höhe]

(Wolfersdorf M, Vogl R, AG Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus: Kliniksuzide 2000 – 2007. Unveröffentlichte Daten Stand Nov. 2008)

Patientensuizid-Studie KSV I / II „Risiko-Psycho-pathologie“ (Wolfersdorf et al 2002, Neher & Wolfersdorf 1999)

**KSV I / II Risiko-Psycho-pathologie“ und Verhaltensweisen 1, die ev. Suizidalität fördern bzw. Suizidenten und Nicht-Suizidenten trennen
Angaben aus KSV II (n = 442 Suizide 1990-1999)**

Prognose	n	%
Beurteilung des Behandlungsverlaufes Indexaufnahme vor Suizid (Therapeut)		
• Besserung	219	49,5
• Verschlechterung	49	11,1
• gleichbleibend	168	38,0
• keine Angaben	6	1,4

Patientensuizid-Studie KSV I / II „Risiko-Psychopathologie“ (1)

Prognose	n	%	
Beurteilung der Prognose (ohne Suizid, Therapeut)			
• günstig	157	35,5	
• ungünstig	95	21,5	
• keine Angaben	190	43,0	
Selbsteinschätzung der Perspektive durch Patient (sofern vorhanden!)			
• Pat. hoffnungslos	ja	195	44,1
	nein	113	25,6
	keine Angaben	134	30,3

Patientensuizid-Studie KSV I / II „Risiko-Psychopathologie“ (2)

Prognose

n

%

- Pat. glaubte an Besserung**

ja

151

34,2

nein

128

29,0

keine

163

36,8

Angaben

**Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid
(Wolfersdorf et al 2002, Neher & Wolfersdorf 1999)**



	Suizide (n=80)		Kontrollen (n=80)	
	n (kA)	%	n (kA)	%
Suizidale Krisen in Vorgeschichte				
[Chi ² = 5.107; p = .02*]	48 (7)	60	38 (0)	47
Suizidversuche in Vorgeschichte				
* kein SV	30	37	45	56
* 1 SV	12	15	23	29
* 2 SV	13	16	3	4
* ≥ 3 SV	15	19	5	6
* viele SV	1	1	4	5
kA	9	11	0	0

[Chi² = 19.038; p = .355 n. s.]

***Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (1)***

Suizide (n=80)		Kontrollen (n=80)	
n (kA)	%	n (kA)	%

*** Häufige Beschäftigung mit
Sterben und Tod in Vorgeschichte**

[Chi² = 8.45; p = .00**]	24 (13)	30	1	1
--	----------------	-----------	----------	----------

*** Suizidideen bei Aufnahme**

Pat. verneint SI

[Chi² = 7.16; p = .00**]	39 (20)	49	62	77
--	----------------	-----------	-----------	-----------

Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen (Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (2)

Suizide (n=80)		Kontrollen (n=80)	
n (kA)	%	n (kA)	%

*** Einweisung jetzt wegen Suizidversuch**

[Chi² = .41; p = .81 n. s.]

10 (1)	12	11	14
---------------	-----------	-----------	-----------

*** Suizidale Krise als Aufnahmegrund jetzt**

[Chi² = .07; p = .79 n. s.]

10 (1)	12	11	14
---------------	-----------	-----------	-----------

Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen

(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (3)

Psychopathologie letzte Woche vor Suizid versus Aufnahme bei Kontrollen (alle Vergleiche signifikante Unterschiede auf 1%- Niveau, Chi-Quadratstest)

Symptomatik	Suizide (n=80)			Kontrollen (n=80)		
	n	(kA)	%	n	(kA)	%
Ambivalenz	44	(8)	55	3	(39)	4
Grübeln	38	(3)	47	3	(42)	4
inkohärentes Denken	7	(2)	9	28	(29)	35

**Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (4)**

Symptomatik	Suizide (n=80)			Kontrollen (n=80)		
	n	(kA)	%	n	(kA)	%
Denkzerfahrenheit	10	(2)	12	24	(32)	30
Minderwertigkeits- ideen	35	(14)	44	6	(42)	7
Schuldgefühle	26	(16)	32	1	(49)	1
Beschäftigung mit Tod/ Sterben	21	(10)	26	0	(44)	0

**Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (5)**

Symptomatik	Suizide (n=80)			Kontrollen (n=80)		
	n	(kA)	%	n	(kA)	%
Krankheitseinsicht	47	(11)	59	7	(47)	9
Leidensgefühl	45	(7)	56	3	(23)	4
Sorge um Gesundheit	6	(5)	7	0	(52)	0
Sorge um soziale Situation	32	(5)	40	2	(kA)	2
Sorge um Gesundheit u. soziale Situation	7	(kA)	9	4	(kA)	5

***Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (6)***

Symptomatik	Suizide (n=80)			Kontrollen (n=80)		
	n	(kA)	%	n	(kA)	%
Zönästhesien	13	(4)	16	0	(25)	0
Zwangsgedanken	12	(9)	15	1	(14)	1
Versagensideen	35	(15)	44	9	(40)	11
Antrieb gehemmt	19	(28)	24	32	(20)	40
Antrieb agitiert	22	(kA)	27	27	(kA)	34
Antrieb wechselnd	11	(kA)	14	1	(kA)	1

***Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid (7)***



Symptomatik	Suizide (n=80)			Kontrollen (n=80)		
	n	(kA)	%	n	(kA)	%
imperative Stimmen zum Suizid	10	(14)	12	0	(26)	0
Sorge um Gesund- heit/Hypochondrie	18	(13)	22	1	(47)	59
Halluzinationen	19	(5)	24	24	(30)	30

**Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen
(Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid – Rehabilitation**

Reha-Ziele	Schizophrene Patienten Suizide (n=80)		Kontrollen (n=80)	
	n	%	n	%

Reha-Ziel Wohnen

* wieder allein, mit Partner, Eltern	14	17	12	15
* in WG u. ä.	10	12	11	14
* Pflegeheim	5	6	4	5
* keine Reha/kA	51	64	53	66

[Chi² = 0.241; p = .88 n.s.]

Suizide schizophrener Patienten versus Kontrollen (Alter, Geschlecht, Diagnose 295) ohne Suizid – Rehabilitation (1)

Reha-Ziele	Schizophrene Patienten		Kontrollen (n=80)	
	Suizide (n=80)			
	n	%	n	%
<u>Reha-Ziel Tätigkeit</u>				
* zurück in ursprüngliche Tätigkeit/Schule	7	9	5	6
* neue Tätigkeit	9	11	3	4
* EU-Rente, geschützte Arbeit	12	15	17	21
* keine Reha/kA	52	65	55	69

[Chi² = 4.039; p = .11 n.s.]

Aspekte der Suizidalität bei schizophrenen kranken Patienten

Suizidalität bei schizophrenen kranken Patienten hat zu tun

im Wesentlichen mit „Leidensdruck“, der sich aus Wissen um Krankheit und deren Verlauf ergibt (Patientensuizid-Daten!)

mit „narzisstischer Kränkung“ durch krankheitsbedingte Einschränkungen (Selbstwertproblematik)

mit „Depressivität“ und „Hoffnungslosigkeit“ (postremissiv, reaktiv)

mit spezifischem psychotischen Erleben und Wahrnehmen (akustische Halluzinationen, paranoides Bedrohtheitserleben)

mit unerträglichen Nebenwirkungen (Akathisie)

Schizophrenie, Psychosen und Suizid(ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)
*** ätiopathogenetische Konzepte**

Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Zusammenhang mit akuter psychotischer/präpsychotischer Symptomatik

- **Wahnhafte Befürchtung von Verfolgung, Vernichtung, Bedrohung, Untergang, damit Angst und Panik: Vorwegnahme des Untergangs durch Selbsttötung**
- **Akustische Halluzinationen: Stimmen die zum Suizid bzw. zum Vollzug dessen, was man sowieso schon sei, nämlich tot, auffordern**
- **Depersonalisation, Derealisation: Ich-Störung, damit Angst, Panik: Vorwegnahme der Auflösung und Ich-Desintegration durch Selbsttötung**

Schizophrenie, Psychosen und Suizid (ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)
*** ätiopathogenetische Konzepte (1)**



Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Zusammenhang mit akuter psychotischer/präpsychotischer Symptomatik

- **Wahnstimmung und Gewissheit von Desintegration, Untergang: Suizid als Vorwegnahme, „Panik-Reaktion“**
- **Selbsttötung zur Vermeidung von Fremdschädigung z. B. bei psychotischer Überzeugung von Besessenheit, Teufel, Tod u. ä.**
- **Grandiose Verschmelzungsphantasien mit Natur, Welt, All, Gott im überwältigenden Glücksgefühl**

Schizophrenie, Psychosen und Suizid(ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)
*** ätiopathogenetische Konzepte (2)**



Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Zusammenhang mit akuter depressiver bzw. dysphorischer Gestimmtheit

- **Angstzustände, Dysphorie, Depressivität als affektiver Teil der Akutsymptomatik gemeinsam mit psychotischen Symptomen: Suizidalität als Ausdruck der Affektivität**
- **Depressivität, Hoffnungslosigkeit im sog. postremissiven Erschöpfungssyndrom nach Abklingen paranoid-halluzinatorischer Symptomatik: Suizidalität aus z. B. hoffnungsloser Zukunftssicht**

Schizophrenie, Psychosen und Suizid (ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)
*** ätiopathogenetische Konzepte (3)**

Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Zusammenhang mit akuter depressiver bzw. dysphorischer Gestimmtheit

- **Depressivität und akinetisches Syndrom, neuroleptisches Parkinsonsyndrom: Suizidalität im Zusammenhang mit nicht-akzeptablen Nebenwirkungen**
- **Akathisie und Depressivität, Dysphorie als Neuroleptika-Nebenwirkungen: Suizidalität z. B. im Zusammenhang mit quälender Unruhe**
- **Depressivität als Reaktion auf narzisstische Krise/ Selbstwertkrise: Nicht-leben-können mit Krankheit und Krankheitsfolgen, z. B. Einschränkungen, Verlusten im Beziehungs- und Leistungsbereich**

Schizophrenie, Psychosen und Suizid(ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)

*** ätiopathogenetische Konzepte „Krankheitsverlauf“**

Krankheitsverlauf

- **Nicht-leben-können bzw. –wollen mit Stigma: Suizidalität als Folge von gesellschaftlicher Ächtung**
- **Nicht-leben-können bzw. –wollen mit Perspektive, immer wieder zu erkranken, evtl. die eigene Persönlichkeit zu verändern: Suizidalität als Ausdruck von „Bilanzierung“**
- **Nicht-leben-können bzw. –wollen mit den psychosozialen Folgen der Erkrankung: Beziehungsverlust, Arbeitsplatzverlust, Leistungseinschränkung, sozialer Abstieg, Verlust der eigenen Wohnung**

Schizophrenie, Psychosen und Suizid(ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)

*** ätiopathogenetische Konzepte „Behandlungsfolgen“**

Behandlungsfolgen

- **Verlust der psychotischen Weltsicht, -struktur, in der man sich eingerichtet hat, durch Therapie: Suizidalität als Ausdruck von Orientierungslosigkeit**
- **Überforderung durch Rehabilitation z. B. auf der Arbeits- oder Wohnachse: Suizidalität als Ausdruck schmerzhaft erlebten subjektiven Scheiterns**
- **Verlust von stützendem Rahmen („Heimat-Klinik“) durch Klinifizierung von „Heil- und Pflegeanstalten“, „forcierte Enthospitalisierungen“, fachlich nicht begründbare, zu kurze Behandlungsdauern**

Schizophrenie, Psychosen und Suizid(ICD-9: 295.x; ICD-10 F2x.xx)

*** ätiopathogenetische Konzepte „Behandlungsfolgen“ (2)**

Behandlungsfolgen

- **Nebenwirkungen von Neuroleptika, sofern quälend und Lebensqualität beeinträchtigend erlebt: Suizidalität bei Akathisie, bei neuroleptischem Parkinsonsyndrom, bei kognitiven Störungen durch Neuroleptika, bei nicht akzeptablen sexuellen Störungen**
- **krankheits- bzw. verhaltensbedingte Einschränkungen: Suizidalität z. B. bei Freiheitsentzug (Unterbringung), Zwangsbehandlung**
- **Veränderung von Behandlungsbedingung, z. B. Suizidalität nach Verlust eines jahrelangen Ergotherapieplatzes bei einem chronisch schizophrenen Kranken**

TABELLE : Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der KS-Untersuchungen

1. **Kliniksuzide** sind bezogen auf die Gesamtzahl der Suizide in der Allgemeinbevölkerung **seltene Ereignisse** (< 5%), im Einzelfall aber Ereignisse mit einschneidenden Folgen für Angehörige und Umfeld
2. Der Kliniksuzid betrifft am ehesten als Risikogruppe
 - **jüngere schizophrene kranke Männer (40 – 60%)** mit paranoid-halluzinatorischer Psychose, mehreren (ca. 2 – 5) stationären Behandlungen, Wissen um möglichen Krankheitsverlauf und – folgen, evtl. spezifische Risikopathologie (imperative Stimmen mit Suizidaufforderung, drohende Ich-Desintegration, u. ä.)
 - **primäre depressive Erkrankungen** (15 – 30%), überwiegend unipolar Depressive (bipolar Depressive < 10%, bipolar Manie < 5%)
 - Im letzten Jahrzehnt Eindruck Verschiebung des Diagnosenprofils beim KS: Zunahme Depression, Abnahme schizophrene Psychose

**TABELLE : Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der
KS-Untersuchungen Fortsetzung 1**

- 3. Suchtkranke und Patienten in der Gerontopsychiatrie sind selten vertreten, Anteil Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose nicht bekannt**
- 4. Anzahl Kliniksuzide Männer entspricht Frauen, Männer eher jünger, Frauen eher älter**
- 5. In den 70er Jahren kam es zu einer Zunahme der Kliniksuzide, wahrscheinlich in vielen Ländern, in Deutschland mit Gipfel Anfang der 80er Jahre, nachfolgendem Plateau und dann unterschiedlichem Verlauf (Abnahme bzw. erhöhtes Plateau) bis heute**

**TABELLE : Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der
KS-Untersuchungen Fortsetzung 2**

**6. Zugehörigkeit zu einer bekannten Suizid-Risikogruppe:
Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeits-störung**

- **schwere Depression mit Risiko-Psychopathologie, vor allem Wahn, Hoffnungslosigkeit, hohem Leidensdruck, altruistischen Ideen, Suizidideen, Suizidversuchen in der Vorgeschichte, unruhiger Gequältheit**
- **paranoid-halluzinatorische schizophrene Psychose mit Wissen um Krankheit, subjektiv hohem Leidensdruck, Depressivität, Beschäftigung mit Tod und Sterben, imperativen Stimmen**

TABELLE : Mögliche klinische Ursachen für die Zunahme von Suiziden während stationärer psychiatrischer Behandlung

- **Strukturveränderungen der psychiatrischen Kliniken**
- **Umstrukturiertheit bzw. Strukturlosigkeit von Stationen (Anomie)**
- **Verlust von hilfreichen Objektbeziehungen bzw. fehlende Objekt Konstanz**
- **Veränderte Patienten (schwieriger, anspruchlicher, suizidaler)**
- **Verändertes Selbstverständnis therapeutisch-pflegerischer Mitarbeiter**
- **Veränderte gesellschaftliche Einstellung zu psychischer Krankheit, chronischer Krankheit**
- **Erhöhte Akzeptanz suizidalen Verhaltens bei Krankheit**
- **Sog. forcierte Rehabilitation, Fehlen von Schutz und Heim in „Akutklinik“**
- **Pharmakogene Depression durch klassische Neuroleptika**
- **Undifferenzierte Liberalität bei Ausgang oder Beurlaubung**

Tabelle : Suizidprävention * Grundprinzipien

- **Suizidprävention ist Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsicht und aktuelle Suizidhandlung**
- **Suizidprävention ist Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge**
- **Suizidprävention ist Minderung von aktuellem Leidensdruck, von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit.
Ziel ist, der Suizident verzichtet (vorerst) auf suizidale Handlung**

(Wolfersdorf 2000)

Wichtige Aspekte der Suizidprävention für Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

- **Vorbeugung bei nicht-suizidalen Patienten**
- **Behandlung der psychischen Grundkrankheit**
- **besondere Beachtung spezifischer Risikogruppen**
- **Identifikation suizidgefährdeter Patienten**
- **Umsetzung spezieller suizidpräventiver Maßnahmen**
- **Krisenintervention/Notfallpsychiatrie (Beziehung, Pharmako-, Psychotherapie, sichernde Fürsorge)**
- **Einleitung einer Langzeitbehandlung**
- **regelmäßige Fort- und Weiterbildung in Suizidologie**
- **Beteiligung an (über)regionalen Suizidpräventionsprogrammen**
- **Mitwirkung an (inter) nationalen Fachgesellschaften**

[nach Wolfersdorf & Franke 2006, Spießl et al 2007]

Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus

wichtige Aspekte für den Alltag

* **Beziehung**

* **Suizidalität als Notsignal**

* „Sicherung durch Beziehung“

* „Kommunikation und Kontrolle“

* **Diagnostik Handlungsdruck**

* **Wer ist akut suizidgefährdet?**

* **Suizidalität/Basissuizidalität auf Station**

* **Risiko-Psychopathologie, -Gruppen**

* **Sicherungs- aspekte**

* **Weglaufgefahr vorhanden?**

* **offene versus geschlossene Station**

* **Beziehungsdichte**

* **Besuchsdichte, Ausgang**

Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus wichtige Aspekte für den Alltag

- * Behandlung der Grundkrankheit**
- * Personaldichte, Fort- und Weiterbildungsstand, Information und Dokumentation**
- * Regelung zum Handlungsablauf bei verschwundenem Patienten (Suche: wer, wo), Regelung was nach einer suizidalen Handlung geschehen muss, Angehörige**
- * Unterbringungsaspekte**
 - * Zimmer, Fenster, Räume**
 - * Kontrollmöglichkeit**
 - * suizidfördernde Örtlichkeiten (Station, Klinik)**

Tabelle 64: Was gehört zu jeder Einschätzung aktueller Suizidalität? (1)

Fragen nach

- 1) Suizidalität: Konkret nach Todeswünschen; Suizidideen; Suizidabsichten; einschließende Suizidimpulse
- 2) Handlungsdruck, dabei Äußerung diesen kontrollieren zu können oder Angst vor Kontrollverlust
- 3) Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit vorhanden
- 4) Will Hilfe oder „man kann mir sowieso nicht helfen“
- 5) Kann Patient auf Umsetzung aktueller Suizidideen für Therapie/Hilfe verzichten?
- 6) Risikopsychopathologie für erhöhtes Suizidrisiko vorhanden?

Tabelle 65: Suizidalität und Erstkontakt - Was muss am Ende eines Erstkontaktes / Gesprächs geklärt sein? Diagnostisch? (1)

- **Hat Patient Suizidideen / Todeswünsche oder Suizidabsichten?**
- **Hat er einen hohen Handlungsdruck, Suizidideen in eine suizidale Handlung umzusetzen oder nicht?**
- **Hat er Hoffnung auf Hilfe / Veränderung jetzt und entlastet das Gespräch / der Kontakt ihn?**
- **Planungen für die nächste Zukunft? Realistisch?**
- **Kann er bzw. hat er akute Suizidabsichten „auf später aufgeschoben“, d. h. ist aus Entschluss wieder Ambivalenz und Inanspruchnahme von Hilfe geworden?**
- **Verleugnet der Patient trotz Ansprechens, trotz anders lautender Information Suizidalität?**
- **Scheint er „glaubwürdig“, ist er „offen“?**
- **Ist Patient überhaupt geschäftsfähig?**
- **Hat er psychopathologisch suizidfördernde Symptome, z. B. Wahn, Halluzination, altruistische Ideen o. ä?**

Tabelle : Suizidalität und Erstkontakt (2)

Wann muss von einem aktuell erhöhten Suizidrisiko ausgegangen werden?

- bei bestimmten Diagnosegruppen:
sog. Risikogruppen Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typus
- bei üblicherweise mit Suizidförderung einhergehender Psychopathologie z. B.: Wahn, Agitiertheit/Unruhe, quälende Schlafstörung, paranoide Angst/Panik, imperative Stimmen
- bei Psychodynamik: narzisstische Kränkung, Rache- (Aggressions-) Thema, existentieller Bedrohtheit, depressiv-hoffnungsloser Selbstaufgabe, Todessehnsucht/Erwartung von Veränderung
- bei traumatischen Ereignissen, z. B. Gewalterfahrung, sexueller Missbrauch, Verlust anderer, Schuld an Tod im Straßenverkehr, Ausweglosigkeit einer Situation, Vorwegnahme eines qualvollen Todes (Krankheit, Gewalt)
- bei bekanntem suizidalen Verhalten in Krisen, bekannter Impulskontrollstörung, bekannter Fremd- und Autoaggression

Tabelle 67: Risikopsychopathologie, die das Risiko der Umsetzung von Suizidideen in Handlung erhöht

- **Tiefe depressive Herabgestimmtheit, „mental pain“**
- **Zum Suizid auffordernde Halluzinationen (imperative bzw. massiv entwertende Stimmen mit Aufforderung zur Selbsttötung)**
- **Tiefe (psychotische) Hoffnungslosigkeit**
- **Pseudoaltruistische Ideen, die Familie, Kinder, Welt seien besser daran ohne den Patienten**
- **Zustand nach Suizidversuch ohne froh über Überleben zu sein**
- **(wahnhaft) Befürchtungen von elendem Sterben, von Untergang (Familie, Kinder, Welt), von (unrettbarer) existentieller Bedrohtheit (soziale, wirtschaftliche Situation, Verfolgung, Zerstörung, Verhungern u. ä.)**
- **Massive quälende innere und äußere Unruhe**
- **Ausgeprägte Schlafstörungen über längere Zeit**
- **Medikamentöse Nebenwirkungen z.B. Akathisie**

Tabelle: Risikofaktoren für Kliniksuidid (Neuner et al. 2008)

Variable	OR	95%CI	p-Wert
• Behandlungsresistenz auf Psychopharmaka	8.120	3.371 - 19.556	.000
• Frühere Suizidversuche	4.339	2.153 - 8.744	.000
• Schwere Nebenwirkungen von Psychopharmaka	4.306	1.581 - 11.730	.004
• Supportive Psychotherapie vor Aufnahme in die Klinik	4.112	1.415 - 11.948	.009

**Logistic regression model ($\chi^2 = 45.785$, $df = 4$, $p = .00$):
 n = 16 755, $R^2 = .100$; OR = Odds ratio; CI = Confidence interval of OR**

[Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spießl H. Predicting inpatients suicides and suicide attempts by using clinical routine data? General Hospital Psychiatry 2008; 30: 324 – 330]

Tabelle: Unerlaubte Entfernung/Entweichung von offener bzw. geschlossener psychiatrischer Station * Ergebnisse aus der Literatur

• Wolfersdorf (1989) (AG S und PKH) Süddeutschland	4,8% der Kliniksuzide nach Entweichung von geschlossener Station [n = 15 von 310 gesamt]
• Powell et al. (2000) (UK)	63% aller Kliniksuzide nach Entweichung
• Vogl & Wolfersdorf (2010) (AG S und PKH)	42% aller Kliniksuzide geschehen nach Entweichung von geschlossener Station (n = 33 von 110; 30%) bzw. unerlaubter Entfernung von offener Station (n = 13 von 110; 12%)
• Hunt et al. (2010), UK	25% aller Kliniksuzide (n = 1851) nach Entweichung

Tabelle : Faktoren die protektiv gegen Suizid wirken

- **Kinder zu Hause¹**
- **Gefühl der Verantwortlichkeit für die Familie²**
- **Schwangerschaft**
- **Religiosität**
- **Lebenszufriedenheit**
- **Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung²**
- **Positive Bewältigungsstrategien²**
- **Positive Problemlösungsstrategien²**
- **Positive soziale Unterstützung**
- **Positive therapeutische Beziehung²**

¹ mit Ausnahme bei Patienten mit Postpartum-Psychose oder affektiver Erkrankung

² Assoziation mit einer reduzierten Suizidrate basiert eher auf klinischer Erfahrung, weniger auf Forschungsdaten

[American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours. Am J Psychiatry 2003; 160 (11) (suppl.): 1 – 60 (übersetzt Wolfersdorf 2004)

- **Direkt Patienten bezogene Ebene von Diagnostik und Therapie, Beziehung und fürsorglichem Schutz**
 - **Herstellung von Beziehung/Verstehen von Suizidalität als Signal innerer und/oder äußerer Not**
 - **Fürsorge und Management der aktuellen Situation(Kommunikation und Kontrolle/Beziehungsdichte, Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen, Autonomie und Einschränkung**
 - **Diagnostik von Suizidalität, psychischer Erkrankung bzw. Krise, Risiko-Psychopathologie**
 - **Adaequate Therapie der Grundkrankheit/Krise**

TABELLE : Ebenen der Suizidprävention im Krankenhaus (2)

- **Ebene Aus-, Fort- und Weiterbildung (Pflegepersonal, PPIA, PJ, Ärzte in WB, usw.)**
 - **Suizidalität als Querschnittsthema in allen AB/FB/WB verschiedener Berufsgruppen (Leitungsaufgabe!)**
 - **Suizidalität als Thema von Diagnostik, Teambesprechung, Information an Team, Supervision (von gefährdeten Pat./ nach einer suizidalen Handlung) (Stations- und Klinikleitungsaufgabe)**
 - **Dokumentation: für gesamt Klinik gültiges Procedere von Suizidgefahr bzw. suizidpräventivem Verhalten (was wird wie wann dokumentiert!)**
 - **Regeln zum Umgang mit suizidalen Patienten**

TABELLE : Ebenen der Suizidprävention im Krankenhaus (3)

- **Klinikorganisatorische und Träger-Ebene**
 - **Sicherstellung von FB/WB zum Thema Suizidalität**
 - **Erstellen von Regeln der Dokumentation (einschließlich Formulierungen), der Überwachung/Beziehung, der Information, der Suche bei Entweichung**
 - **Regeln „nach einem Suizid“: Einschaltung von OA, CA, Polizei, Staatsanwaltschaft etc.**
 - **Unterstützung in Ermittlungsverfahren durch Klinikleitung und Träger**
 - **„Ideologie im Hause“: Verstehen der Entwicklung zum Suizid; keine „Omnipotenz“-Zuweisung an Kliniken zur eigenen Angst- und Schuldverdrängung**

TABELLE : Gibt es eine absolute Suizidverhütung im psychiatrischen Krankenhaus ? (Wolfersdorf 2008)

- **Suizidale Handlungen sind komplexe Verhaltensweisen, die nicht gänzlich versteh-, erklär- und verhütbar sind.**
- **Über 1/3 aller Suizide im Krankenhaus sind nicht angekündigt bzw. sind Hinweise ex ante nicht verstehbar, erst im Nachhinein**
- **Jeder Suizid birgt auch ein persönliches Geheimnis des Handelnden, das meist unverständlich bleibt**
- **Eine absolute Suizidprävention ist auch im psychiatrischen Krankenhaus nicht möglich, außer man bindet einen Patienten nackt an die Wand (NewYorker Psychiater Olin). Was ist dann mit Therapie, Beziehung?**
- **Suizidprävention ist feste aktuell mögliches Beziehungs- und Therapieangebot, um die Umsetzung von Suizididee und –absicht in Handlung zu verhüten. Wichtigstes suizidpräventives Instrumentarium sind Beziehungs- und adaequates Hilfs- sprich Therapie- und Schutzangebot.**

TABELLE :Kann der „Kliniksuizid“ (d. h. die Anzahl von KS) ein Qualitätsindikator für eine Klinik sein?

Nach meiner Ansicht „Nein“

- 1. Suizidalität ist ein derart komplexes Geschehen, das sich auch therapeutischer Intervention entziehen kann, zumal häufig nicht symptomabhängig**
- 2. Ein Großteil (> 60%) unserer klinischen Patienten sind i. w. Sinne suizidal, nur ein sehr geringer Anteil verstirbt durch Suizid: Anteil der KS < 10, oft < 5% an Gesamt-Suizidzahl**
- 3. Die Prädiktion von Suizid – kurzfristig, langfristig – ist sehere schwer und erlaubt nur Gruppenaussagen (kurzfristig: erklärte Suizidabsicht, Hoffnungslosigkeit; langfristig Gruppenzugehörigkeit, z. T. Verlauf**
- 4. Trotzdem scheinen die KS-Zahlen/-Raten zurück zu gehen auf ein Niveau der 70er Jahre, trotz Verweildauerverkürzung, trotz Zunahme von Patientenzahlen. Ein Grund könnte die bessere FB/WB zum Thema sein!**

TABELLE : Erfahrungen und Empfehlungen aus Verfahren (zivil-, strafrechtlich) bei Kliniksuziden (Beispiele aus Gutachtertätigkeit) (1) (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2010)

- **Was ist eine „gute therapeutische Beziehungsdichte“?**
[Häufigkeit Kontaktdichte? Multiprofessionell? Kontinuität? Am Wochenende? Wer darf besuchen? Ausgang von Station mit wem?]
- **Pflegedokumentation bzgl. Alltagsbewältigung [z. B. Nachtschlaf, Essen, Teilnahme an Gruppen, Kommunikation] und auch zur Suizidalität (konkrete Formulierungen des Pat. zitieren!]**
- **Einträge am Freitag [vor Wochenende, vor Feiertagen] zur Suizidalität, zur Gefährdung, zum Procedere über das Wochenende, dann wieder am Montag [Visite, Morgenrunde],**
- **Immer Medikation [Benzodiazepine, sedierende Neuroleptika] bei Suizidalität bedenken [Anxiolyse, Schlafförderung, Entspannung]**
- **Bei Antidepressiva oder Neuroleptika mögliche Aktivierung von Suizidimpulsen, Überstimulation, Nebenwirkungen, die Suizidalität fördern, bedenken [Akathisie, Stimmungs-Antriebsdissoziation, innere Unruhe), Auswahl begründen**

TABELLE : Erfahrungen und Empfehlungen aus Verfahren (zivil-, strafrechtlich) bei Kliniksuziden (Beispiele aus Gutachtertätigkeit) (2)

- **War die gewählte Therapie adäquat?**
[medikamentös? Dosierung? Psychotherapie? Einbeziehung von Angehörigen?]
- **War man sich der Suizidalität des Patienten bewusst?**
[Dokumentation?]
- **War eine Überwachung des Patienten angeordnet? In welcher Weise? [Sichtkontakt? Bett in Nähe Stationsdienstzimmer? Engmaschig wie? Gesprächskontakt? Zeitabstände? Z. B. alle 10, 20, 30 etc. Minuten? Nachts?**
- **Vorsicht mit Bewertungen post hoc, es geht immer um ex ante!**
- **Was nicht dokumentiert ist [ärztlich; Pflege, Befund; KB] ist nicht geschehen!**
- **Warum Unterbringung auf offener Station? Wer weiß ob sich ein Patienten entfernt? Weglaufgefahr?**
- **Zur Einschätzung von Suizidalität werden benötigt 1) Äußerungen des Patienten [Befund und sonstige z. B. gegenüber Pflege!], 2) psychopathologischer Befund [Suizid fördernde Symptomatik? Verschlechterung, Äußerungen von Hoffnungslosigkeit], 3) Vorgeschichte [frühere Suizidversuche?], 4) aktuell belastende Lebensereignisse/innere Konflikte**

TABELLE : Erfahrungen und Empfehlungen aus Verfahren (zivil-, strafrechtlich) bei Kliniksuiziden (Beispiele aus Gutachtertätigkeit) (3)

- In Krankengeschichten/Befunde keine Gegenübertragungsgefühle/Bewertungen wie „Ich fühle mich mit seiner Zusage, sich nichts anzutun, nicht wohl, scheint mir nicht glaubhaft“
- Impulshafte sog. raptusartige Suizidhandlungen, als ohne präsuizidale Zeitspanne, sind schwer verhütbar außer bei maximaler Sicherung des Patienten [Doppelwache, Fixierung, Sedierung? Warum nicht gemacht? Nicht nötig?]
- Suizidalität bei gefährdeten Patienten immer wieder abfragen, dokumentieren
- Die Bezeichnung „latente Suizidalität“ vermeiden. [Vorhalt wäre: „Sie wussten doch, dass der Patient latent suizidal war!“] Besser: Patient gehört zu einer (Lebenszeit-)Suizidrisikogruppe, die individuelle „akute Suizidgefahr“ gilt eben nur aktuelle und muss einschätzt und benannt werden.
- Vor Verlegung eines möglicherweise auch suizidalen Patienten Suizidalität abklären. Medikation verwenden
- Kann man Patientenäußerungen trauen? Wie stellen Sie fest, ob oder dass ein Patient suizidgefährdet bzw. nicht mehr suizidgefährdet ist?
- Was war das Behandlungsziel, Suizidprävention bzw. Therapie der Psychose bzw. beides?

TABELLE 2 : Postvention nach einem Suizid * Struktur

Wer ist betroffen?

Wann ist jemand betroffen?

ad 1 im Wesentlichen 5 Gruppen

- * Angehörige und Freunde
- * Mitpatienten
- * Ärzte, Notarzt, Therapeuten, Pflegepersonal
- * Polizei, Staatsanwaltschaft
- * Arbeitgeber, Klinikleitung, Krankenhausträger, Volksgemeinschaft

ad 2 * akute Situation während oder sofort nach Suizidhandlung:
den Suizidenten auffindende Personen, Angehörige Pflegepersonal, Ärzte bzw. Mitpatienten, Polizei, Staatsanwaltschaft, Medien, Politik, Krankenhausleitung

* mittelfristige Situation:
Angehörige, Ärzte, Juristen,

* langfristig: Angehörige, Ärzte, Juristen

TABELLE 3 : Nach einem Suizid im psychiatrischen Krankenhaus * Ängste und Gefühle auf therapeutisch- pflegerischer Seite (nach Vogel & Wolfersdorf 1987)

- *Angst schuldig geworden zu sein (eigenes Schuldgefühl)*
- *Angst versagt zu haben, Fehler gemacht zu haben, Fehlentscheidungen bzw. -bewertungen getroffen zu haben (Versagensgefühl/Selbstanklage)*
- *Angst vor Vorhalten von außerhalb (Angehörige, Klinikleitung, Justiz) wegen Diagnostik, Therapie, Dokumentation*
- *Sorge um Mitpatienten wegen deren Suizidalität (Anschlusssuizidalität, erhöhtes suizidales Niveau), Nachahmungsgefahr („Werther-Effekt“)*
- *Depressive Gefühle, Ängste, eigene Instabilität, Selbstvorwürfe als Therapeut, eigenes Lebensgefühl in Frage gestellt*
- *Gefühle von Ärger, Aggression, Kränkung, hintergangen, getäuscht,*

TABELLE 5 : Nach einem Suizid Reaktionen von Teammitgliedern

- *je näher am Suizidenten, desto betroffener*
- *Bedürfnisse der Rekapitulation des Geschehen bzw. der präsuizidalen Abläufe*
- *fachliche Erörterung mit gefasster Distanz*
- *Position als Experte, damit Distanzierung*
- *Organisation der Abläufe (Partner, Kripo, Krankenhausleitung, andere Patienten u. a.) als Abwehr*
- *Schuldgefühle und Diskussion schuldhaften Verhaltens (therapeutisch-pflegerische Fälle insbesondere Fehleinschätzung von Suizidgefahr)*
- *Angst vor Nachfragen von Polizei, Krankenhausleitung, Staatsanwaltschaft*
- *Selbst-Bestätigung/ -Verstärkung dass „ex-ante-Entscheidung/Beurteilung von Suizidgefahr“ wichtig war*
- *Gefühle persönlich-therapeutischen Verlustes*
- *Gefühle als Helfer versagt zu haben, Infragestellung der eigenen Kompetenz, der Schutz- und Fürsorgemöglichkeiten der Klinik*
- *Angst vor juristischer Konsequenz („Schuldfrage“, Ermittlungsverfahren, Prozess)*
- *Betonung der Selbstverantwortung des Patienten*
- *Schlafstörungen, Ängste, Depressivität, Leistungseinschränkung, Beziehungsstörungen, eigene psychische Erkrankung bzw. Dekompensation körperlicher Erkrankung*

TABELLE 4: Nach einem Suizid * Reaktionen der nächsten Angehörigen

- *schockähnlicher Zustand, Erstarrtheit, Dissoziation*
 - *Verleugnung („das kann nicht sein“)*
 - *Verzweiflung, Depressivität, Trauer um Verlust („Ich brauche ihn/sie, ich kann so nicht leben!“)*
- *Ratlosigkeit, Verwirrtheit („Wie konnte er das tun?“)*
- *Vorwürfe an Suizidenten („Wie konnte er mir das antun“)*
- *Vorwürfe an Helfer („Jetzt habe ich ihn/sie zu Ihnen in die Klinik gebracht, gerade damit er sich nichts antut. Und Sie haben das nicht verhindert!“)*
- *Trauer, Resignation („Da war nichts mehr möglich!“)*
- *Schuldgefühle, Selbst- und Fremdanlage („Hätte ich doch“)*
- *Drohungen mit Justiz („Das wird Folgen haben!“)*
- *eigene Suizidideen („Mein Leben hat keinen Sinn mehr!“)*

TABELLE 6 : Nach einem Suizid Was brauchen Angehörige?

➤ Gesprächsangebote

(auch mehrmals und auch bei Vorhalten, Ankündigungen von rechtlichen Schritten gegen Klinik. Manchmal rühren sich Angehörige erst nach Wochen)

➤ Verständnis für ihre Gefühle,
insbesondere Schuld- und Schamgefühle, die auch als Ärger auf den Suizidenten oder die Klinik verschoben werden. Von therapeutisch- pflegerischer Seite Verschiebungen/Projektion annehmen, diagnostisch erkennen, sich aber nicht entwerten lassen.

➤ Erklärungs- und damit Distanzierungshilfe über die Fakten des Geschehens

➤ Unterstützung bei rechtlichen Abläufen
z. B. mit Polizei, Versicherungen

TABELLE 7 : Nach einem Suizid

*** Was braucht das therapeutisch-pflegerische Team?**

1. Gesprächsmöglichkeiten:

kurzfristig zur aktuellen Entlastung und kurzfristigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit insbesondere mit den betroffenen Mitpatienten bzw. den Angehörigen des Suizidenten

2. Kenntnis um Regelung der konkreten Abläufe

z. B. Leiche muss liegen bleiben wie gefunden, Kripo anrufen, aktuell Aussage nur zur Sachlage, weitere Aussagen erst später (Aussagegenehmigung einholen, Klinikleitung informieren, evtl. Beratung durch Rechtsanwalt der Klinikversicherung, Sicherstellung (und Kopie) der Krankenblattunterlagen des Patienten, Bericht an Klinikleitung)

**TABELLE 7 : Nach einem Suizid - Fortsetzung -
* Was braucht das therapeutisch-pflegerische Team?**

3. Unterstützung durch Klinikleitung

(Chefarzt, Ärztlicher Direktor, Krankenhausdirektor, Pflegeleitung):

Es geht nicht um Schuldvorwürfe sondern um Verstehen des Ablaufes zum Suizid. Verstehen als Basis von Bewältigung und Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit, Identität und Trauerfähigkeit. Schutz vor externem Vorhalt

4. Gesprächs-/Bearbeitungsmöglichkeit

im Team, in einer externen Supervision, mit dem Chefarzt alleine (letzverantwortlicher Arzt und für Suizident verantwortlicher Therapeut)

5. Gesprächsrunden

bzw. Einbringen in Stationsversammlung, in Gruppen- und Einzeltherapie mit Mitpatienten

**6. Gesprächsangebote an die Angehörigen
(eventuell auch des Chefarztes)**

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit
und noch einen guten
Tag!**