

**Gemeindepsychiatrie und ihr Beitrag
zur Suizidprävention:
Möglichkeiten, Bedarfe, Visionen**

**Ergebnisbericht
zum Projekt GiBS**

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Veröffentlicht im August 2024

Autorin und Korrespondenzadresse:

Dr. Elke Prestin

E-Mail: prestin@psychiatrie.de

Tel.: 0171 99 49 846

Herausgeber:

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Richartzstraße 12

50667 Köln

E-Mail: dachverband@psychiatrie.de

Tel.: (0221) 277 938 70



**Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.**

Inhalt

1. Das Projekt GiBS	4
1.1 Ausgangslage und Ziele	4
1.2 Rahmenbedingungen und Mitwirkende	5
1.3 Ethik-Votum	6
2. Erstes Teilprojekt: Befragung der Leistungserbringer	7
2.1 Methodik und Durchführung	7
2.2 Ergebnisse	8
2.2.1 Angaben zu den teilnehmenden Organisationen	8
2.2.2 Relevanz des Themas Suizidprävention	13
2.2.3 Vorbereitung auf den Umgang mit Suizidgefährdung	16
2.2.4 Umgang mit Suizidgefährdung	18
2.2.5 Nachbesprechung von suizidalen Krisen und Aufarbeitung nach Suiziden	26
2.2.6 Strukturelle Kooperation und Vernetzung	27
2.2.7 Perspektiven von Suizidprävention in der Gemeindepsychiatrie	29
2.3 Diskussion	33
3. Zweites Teilprojekt: Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen	37
3.1 Methodik und Durchführung	37
3.2 Ergebnisse	38
3.2.1 Die Perspektive der Betroffenen	39
3.2.2 Die Perspektive der Angehörigen	61
3.2.3 Die Perspektive der Fachpersonen	71
3.3 Diskussion	84
4. Zusammenfassung und Ausblick	87
5. Literatur	87
6. Abbildungsverzeichnis	88
7. Tabellenverzeichnis	89

1. Das Projekt GiBS

1.1 Ausgangslage und Ziele

Die Prävention von Suiziden ist eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die **Relevanz der Thematik** und zugleich die Größe der Herausforderung werden an aktuellen Zahlen deutlich: Laut Statistischem Bundesamt starben im Jahr 2022 in Deutschland 10.119 Menschen durch Suizid – fast 28 Personen am Tag. Gegenüber dem Vorjahr war ein Anstieg um 904 Fälle bzw. 9,8 Prozent zu verzeichnen. Hinzu kamen im Jahr 2022 rund 100.000 Suizidversuche (DESTATIS 2024). Bei den nicht natürlichen Todesursachen waren Suizide deutlich häufiger als Verkehrsunfälle, illegale Drogen, Mord, Totschlag und Aids zusammen (10.119 vs. in der Summe 7.088 Todesfälle) (Müller-Pein et al. 2023).

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weisen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ein 25- bis 30-fach erhöhtes Suizidrisiko auf; bei Vorliegen einer schweren Depression ist das Risiko sogar 40- bis 50-fach erhöht (Brieger et al. 2022). Somit stellen schwer psychisch erkrankte Menschen eine wesentliche Zielgruppe für die Suizidprävention dar.

Allerdings zeigen internationale Studien, dass Suizidalität nicht monokausal erklärbar ist: Bei rund der Hälfte der vollzogenen Suizide ließ sich keine psychische Erkrankung erkennen (Stone et al. 2018). Die **Gründe für den Sterbewunsch** liegen oft in der psychosozialen Situation und dort verorteten Belastungsfaktoren wie Todesfällen im persönlichen Umfeld, einer schweren körperlichen Erkrankung, Arbeitsplatzverlust oder Trennung (Stein 2019). Daraus folgt, dass Suizidprävention auf die individuelle Lebenswelt bezogen sein muss.

Akuter Suizidgefährdung wird häufig mit einer Klinikaufnahme begegnet. Die damit angestrebte unmittelbare **Risikominimierung** ist nicht immer erfolgreich, denn immerhin 5 Prozent aller Suizide geschehen in psychiatrischen Kliniken (Spießl 2019). Vor allem aber gelingt es offenbar kaum, langfristige Behandlungseffekte zu erzielen. Tatsächlich ist laut einer internationalen Metaanalyse das Suizidrisiko innerhalb der ersten drei Monate nach Klinikentlassung 200-fach erhöht, nach zehn Jahren immer noch 30-fach (Chung et al. 2017). Die Nachsorge nach Suizidversuchen zeigt mäßige Effekte, denn 20 bis 30 Prozent der Betroffenen geraten erneut in suizidale Krisen, 5 bis 10 Prozent der Betroffenen sterben innerhalb von zehn Jahren an Suizid (Stein 2019).

Aus dieser Befundlage lassen sich mehrere **Desiderata** ableiten. Suizidprävention muss...

- ... verschiedene Risikogruppen (v. a. psychisch erkrankte Menschen) im Blick haben,
- ... auf die Lebenswelt der Menschen und ihre individuelle psychosoziale Situation bezogen sein,
- ... niedrigschwellige Krisenhilfen in Belastungssituationen anbieten,
- ... längerfristige individuelle Begleitung und Nachsorge nach suizidalen Krisen leisten.

Es liegt nahe, den Akteuren der **Gemeindepsychiatrie** mit ihren sozialraumbezogenen Angeboten und den Möglichkeiten der längerfristigen klientenzentrierten Begleitung hier eine wichtige Rolle zuzuschreiben. Die Ausgestaltung dieser Rolle wurde bislang jedoch noch nicht systematisch untersucht. Hier setzte das **Projekt GiBS** an, dessen übergeordnete Zielsetzung darin be-

stand, den Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention zu eruieren und dabei gleichermaßen Möglichkeiten, Entwicklungsbedarfe und Visionen in den Blick zu nehmen. Neben kleineren Zusatz-Aspekten, die an dieser Stelle keine Erwähnung finden sollen (siehe dazu den Sachbericht im Rahmen des Verwendungsnachweises für das Bundesministerium für Gesundheit als Projektförderer), umfasste das Projekt zwei Hauptbestandteile, aus denen sich zwei Teilprojekte ergaben.

Im **ersten Teilprojekt** sollte die Perspektive der gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen auf Strukturen, Angebote und Praxiserfahrungen in der Suizidprävention mittels einer **Onlinebefragung** erfasst werden.

Gemäß dem Recht auf Teilhabe laut UN-BRK und in Übereinstimmung mit aktuellen fachlichen Standards (vgl. die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien schwerer psychischer Erkrankungen“, DGPPN 2018) sollten zudem die Perspektiven der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen einbezogen werden. Die subjektiven Erlebensweisen, Bedürfnisse und Bedarfe dieser Gruppen stellen eine wichtige Erkenntnisquelle für die Weiterentwicklung der Suizidprävention dar, sind aber bis heute kaum exploriert. Das **zweite Teilprojekt** sollte diesbezüglich Impulse und Ideen generieren. Zusätzlich sollte auch das subjektive Erleben von Fachpersonen eruiert werden. Geplant waren dafür leitfadengestützte **Einzel- und Fokusgruppeninterviews**.

1.2 Rahmenbedingungen und Mitwirkende

Das Projekt GiBS wurde vom 01.09.2023 bis zum 31.08.2024 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Verantwortlich für die Projektdurchführung war der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Dessen damalige Geschäftsführerin Birgit Görres war Initiatorin und Wegbereiterin des Projektantrags.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Dem Projektteam gehörten Dr. Elke Prestin (Projektleitung), Lisa Burzywoda und Melanie Schock an. Nils Greve, Vorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V., stand als Studienarzt bei Bedarf zur Verfügung. Da Dr. Elke Prestin und Melanie Schock zugleich in der Selbsthilfe/Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener aktiv sind, zeichnete sich das Projekt durch die höchste Partizipationsstufe (nutzergeleitetes Projekt) aus.

Um den Fragenkatalog für die Onlinebefragung und die Leitfäden für die Interviews möglichst praxisnah zu gestalten, wurden zusätzlich zur Literaturrecherche zu Beginn des Projektzeitraums ausführliche strukturierte Hintergrundgespräche mit erfahrenen Fachpersonen aus der Gemeindepsychiatrie geführt. Zudem wurden von ihnen und von Vertreterinnen der Selbsthilfe Rückmeldungen zu den Entwürfen der Befragungsinstrumente eingeholt. Wir danken Achim Dochat, Karsten Giertz, Nils Greve, Friedhilde Reißmann-Schleip, Marco Saal und Magdalena Weimer sowie einer Person, die nicht namentlich genannt werden möchte, für ihre hilfreiche Unterstützung!

Ein kollegialer wissenschaftlicher Austausch zur Studiendurchführung erfolgte mit Chris Götzl, M.A. (Universität Ulm), PD Dr. Annabel Müller-Stierlin (Universität Ulm) und Dr. Julie O’Sullivan (Charité Universitätsmedizin Berlin). Auch ihnen sei für ihre wertvollen Hinweise herzlich gedankt!

Und natürlich gilt unser großer Dank den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern für ihre Bereitschaft, unsere vielen Fragen zu beantworten und – im Falle der Interviews – Einblicke in ihr persönliches Erleben zu gewähren.

1.3 Ethik-Votum

Angesichts der sensiblen Thematik und der geplanten Befragung auch von Betroffenen und Angehörigen haben wir das gesamte Vorhaben vor Beginn der Datenerhebungen von der Ethik-Kommission der örtlich zuständigen Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) begutachten lassen. Dazu wurden neben dem Studienprotokoll mit einer detaillierten Beschreibung des geplanten Vorgehens inkl. der Vorkehrungen zum Datenschutz auch sämtliche Informations-/Aufklärungsbögen und Erhebungsinstrumente (Fragenkatalog der Onlinebefragung, Interview-Leitfäden) eingereicht. Am 14.12.2023 erteilte die ÄKNO ein positives Votum.

2. Erstes Teilprojekt: Befragung der Leistungserbringer

Das erste Teilprojekt als Kernbestandteil des Projektes GiBS hatte das Ziel, mittels einer Onlinebefragung detailliert die Perspektive der gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen zu erfassen.

2.1 Methodik und Durchführung

Um ein umfassendes, auch praxisbezogenes Fundament zu erhalten, wurden zu Projektbeginn neben der obligatorischen Literaturrecherche zusätzlich vertiefende Gespräche mit fünf erfahrenen Fachpersonen aus verschiedenen Regionen und Arbeitsbereichen der Gemeindepsychiatrie geführt und protokolliert. Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse wurde ein Fragenkatalog für die Onlinebefragung entworfen, in eine Rückmeldeschleife mit den Fachpersonen gegeben und schließlich finalisiert.

Der finale Fragenkatalog umfasste die folgenden Themenblöcke:

- Angaben zu den teilnehmenden Organisationen
- Relevanz des Themas Suizidprävention
- Vorbereitung auf den Umgang mit Suizidgefährdung
- Umgang mit Suizidgefährdung
- Nachbereitung von suizidalen Krisen
- Strukturelle Kooperation und Vernetzung
- Perspektiven von Suizidprävention in der Gemeindepsychiatrie

Für die Durchführung der Befragung wurde die deutsche Umfragesoftware SoSci Survey verwendet, die in Forschungskontexten etabliert ist. Ein Pretest nach initialer Programmierung ergab nur noch minimale Anpassungsbedarfe in der Formulierung einzelner Fragen.

Die eigentliche Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 11.01. bis zum 31.01.2024. Alle Geschäftsführungen der bundesweit 199 Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. mit eigenem Leistungsangebot wurden schriftlich über das Projekt GiBS und die Onlinebefragung informiert und um Teilnahme gebeten. Nach der initialen Einladung zur Teilnahme erfolgten regelmäßige Erinnerungen per E-Mail.

Die Beantwortung der Fragen sollte wahlweise durch die Geschäftsführung selbst oder (sofern diese zu wenig Praxisbezug hatte) durch Mitarbeitende mit entsprechender Kompetenz und Sachkenntnis erfolgen.

Die Aufklärungsunterlagen zur Studienteilnahme (Studieninformation, Angaben zum Datenschutz) wurden zusammen mit dem Einladungsschreiben versandt. Zu Beginn der Onlinebefragung erschien nochmals ein Verweis auf die schriftliche Aufklärung. Zudem wurde explizit darauf hingewiesen, dass die teilnehmende Person ihre Einwilligung per Opt-In-Verfahren durch den Start der Befragung erklärt.

Die erhobenen Daten wurden deskriptiv ausgewertet und grafisch dargestellt. Auf die Berechnung von Mittelwerten wurde verzichtet, weil bei der Befragung Ordinalskalen verwendet wurden, keine Intervallskalen mit genau definierten, gleichmäßigen Abständen.

2.2 Ergebnisse

Von den 199 zur Teilnahme eingeladenen Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepсихиатрии e.V. füllten 83 Organisationen den Fragebogen ganz oder teilweise aus, was einer Quote von 41,7 Prozent entspricht.

Im Folgenden werden zu jedem Themenblock die Ergebnisse der einzelnen Fragen dargestellt. Um Verzerrungseffekte durch die schwankende Zahl fehlender Antworten zu vermeiden, sind primär die absoluten Zahlen genannt. Wo zusätzlich Prozentangaben angeführt werden, wurden sie in Bezug auf die Zahl der gültigen Antworten zur jeweiligen Frage berechnet, die in den Abbildungen als n genannt ist.¹

2.2.1 Angaben zu den teilnehmenden Organisationen

An der Befragung beteiligten sich gemeindepсихиатриische Leistungserbringer aus 14 Bundesländern (vgl. **Abb. 1**), der Großteil mit **Sitz** in Nordrhein-Westfalen (25 Organisationen), gefolgt von Baden-Württemberg (14) und Berlin (10). Nur Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen wurden nicht genannt. Jede der befragten Organisationen gab an, nur in einem Bundesland verortet zu sein.

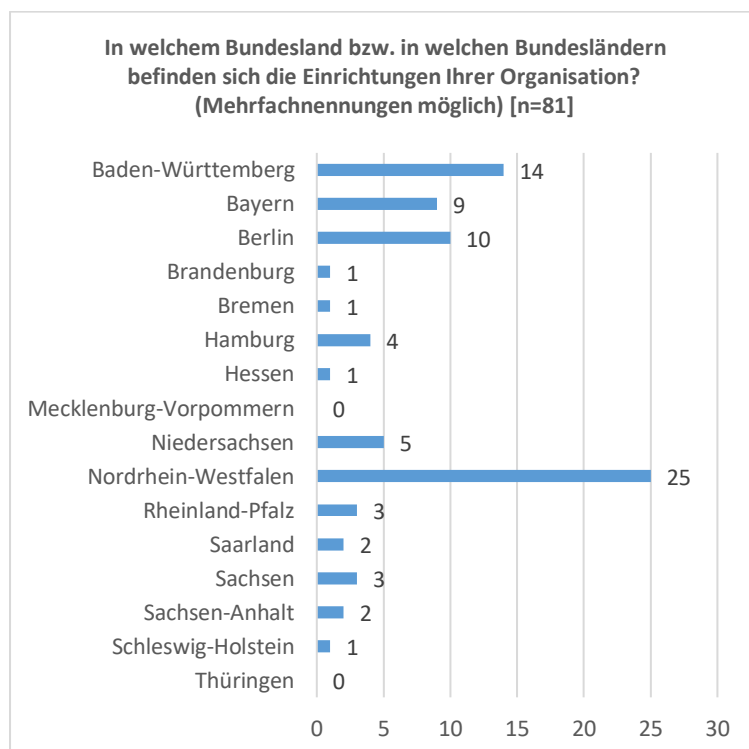


Abbildung 1: Regionale Verortung der befragten Organisationen (Bundesland)

Der weitaus größte Teil der befragten Organisationen (74, entsprechend 92,5 Prozent der gültigen Antworten) ist gemeinnützig/freigemeinnützig (vgl. **Abb. 2**). Weitere 4 Organisationen (5

¹ Beispiel: Frage A mit den Antwortoptionen JA und NEIN wurde von 80 der Teilnehmenden beantwortet [n=80], 40 davon haben JA angekreuzt. Die Zustimmung liegt dann bei 50 Prozent der gültigen Antworten. Frage B mit den Antwortoptionen JA und NEIN wurde von 60 der Teilnehmenden beantwortet [n=60], 40 davon haben JA angekreuzt. Die Zustimmung liegt dann bei rund 67 Prozent (zwei Dritteln) der gültigen Antworten.

Prozent) sind privat-gewerblich tätig, 2 Organisationen (2,5 Prozent) in öffentlicher **Trägerschaft**.

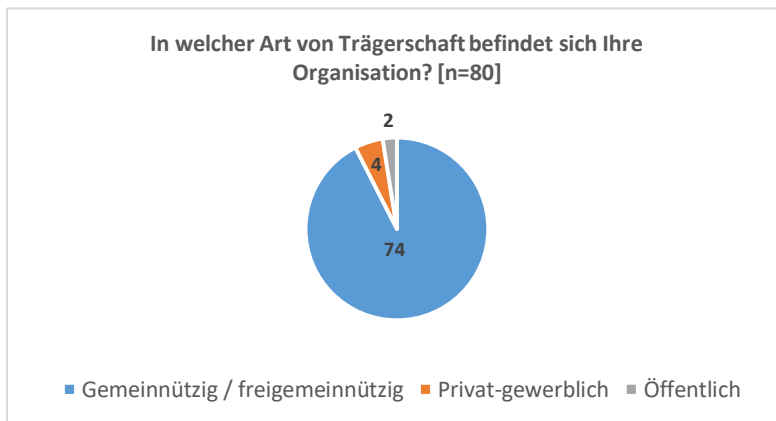


Abbildung 2: Art der Trägerschaft

Die **Mitarbeitendenzahl** der befragten Organisationen variiert recht stark (vgl. **Abb. 3**), wobei jedoch nur 7 von 80 gültigen Antworten (8,75 Prozent) auf große Unternehmen mit mindestens 500 Mitarbeitenden verweisen. 30 Organisationen (37,5 Prozent) beschäftigen zwischen 100 und 499 Personen, weitere 33 Organisationen (41,25 Prozent) zwischen 10 und 99 Personen. Hinzu kommen 10 kleine Anbieter (12,5 Prozent) mit weniger als 10 Mitarbeitenden.

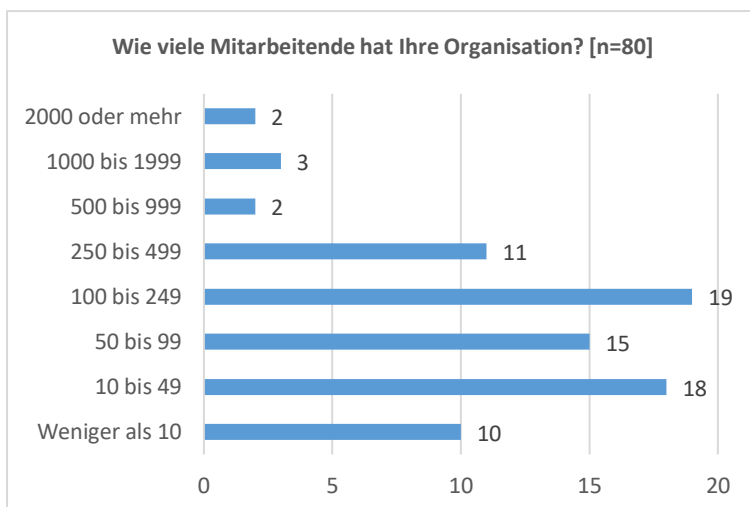


Abbildung 3: Mitarbeitendenzahl

Eine große Streuung gibt es auch bei den vertretenen **Berufsgruppen** (vgl. **Abb. 4**). 75 der befragten Organisationen (entsprechend 90,36 Prozent der gültigen Antworten) beschäftigen Fachkräfte für soziale Arbeit / Sozialpädagogik. Mit deutlichem Abstand dahinter folgen Fachkräfte für Ergotherapie (52 Organisationen, 62,65 Prozent). Vergleichsweise hoch ist der Anteil von Leistungsanbietern, die Genesungsbegleitende mit Ex-In-Zertifikat (49 Organisationen, 59,04 Prozent) und/oder Peer-Beratende ohne Ex-In-Zertifikat (22 Organisationen, 26,51 Prozent) eingestellt haben. Auch Fachkräfte für psychiatrische Pflege (48 Organisationen, 57,83 Prozent) und Fachkräfte für Heilerziehungspflege/Heilpädagogik (44 Organisationen, 53,01 Prozent) sind relativ häufig vertreten.

Deutlich weniger der befragten gemeindepsychiatrischen Anbieter beschäftigen approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (21 Organisationen, 25,3 Prozent) sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (15 Organisationen, 18,07 Prozent). Die hohe Zahl bei „Sonstige“ (52 Organisationen, 62,65 Prozent) dürfte darauf zurückzuführen sein, dass hier die Mehrzahl der Mitarbeitenden ohne Fachausbildung (außer den separat genannten psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Praktikum oder in Ausbildung) subsumiert wird.

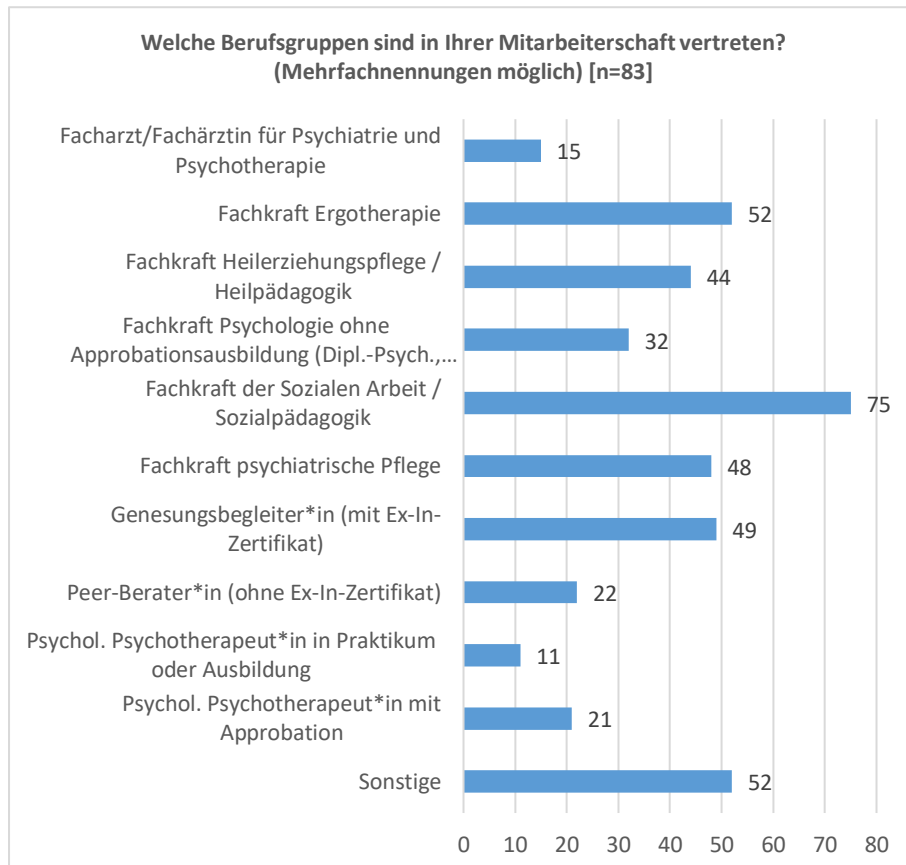


Abbildung 4: In der Mitarbeiterschaft vertretene Berufsgruppen

Die befragten Organisationen weisen insgesamt ein breites **Angebotsspektrum** auf, wiederum mit einer recht großen Varianz (vgl. **Abb. 6** auf Seite 12). Der deutlich größte Teil (67 von 79 gültigen Antworten, entsprechend 84,81 Prozent) bietet Ambulant Betreutes Wohnen bzw. Betreutes Einzelwohnen an – die Benennungen unterscheiden sich zwischen einzelnen Bundesländern. Besondere Wohnformen (früher „Wohnheime“) betreiben 30 Organisationen (37,97 Prozent). Mehr als die Hälfte der Befragten (45 Organisationen, 56,96 Prozent) halten Tagesstätten für ihre Klientinnen und Klienten vor. Im Bereich Arbeit werden Zuverdienstmöglichkeiten (29 Organisationen, 36,71 Prozent) deutlich häufiger angeboten als Werkstätten für Menschen mit Behinderung (9 Organisationen, 11,39 Prozent).

Offene Angebote in Form von Kontakt-Cafés und sonstigen niedrigschwelligen Anlaufstellen betreiben 37 Organisationen (46,84 Prozent). Bei den therapeutischen Angeboten dominieren Soziotherapie (39 Organisationen, 49,37 Prozent) und Ergotherapie (28 Organisationen, 35,44 Prozent). Selbsthilfeangebote (30 Organisationen, 37,97 Prozent) und Angehörigen-Gruppen (33 Organisationen, 41,77 Prozent) werden relativ häufig vorgehalten, hinzu kommen

Recovery-Gruppen (20 Organisationen, 25,32 Prozent) und/oder Recovery Colleges (3 Organisationen, 3,80 Prozent).

Selten gehören stationäre Akutbehandlung (4 Organisationen, 5,06 Prozent), stationsäquivalente Behandlung (3 Organisationen, 3,80 Prozent) oder eine Psychiatrische Institutsambulanz (5 Organisationen, 6,33 Prozent) zum Angebotsspektrum. Ein rund um die Uhr (24/7) erreichbares Krisentelefon bieten 12 der befragten Organisationen (15,19 Prozent) eigenständig oder in Kooperation mit anderen Stellen an.

Insgesamt wurden in der Frage 31 mögliche Angebote aufgelistet. 8 der befragten Organisationen (10,13 Prozent) markierten nur ein einziges Angebot (vgl. **Abb. 5**). 55 Organisationen (69,62 Prozent) markierten zwischen zwei und zehn verschiedenen Angeboten, davon gaben 10 Organisationen (12,66 Prozent) genau fünf Angebote an. Die drei Organisationen mit den größten Angebotsspektren nannten 16, 18 und 21 verschiedene Angebote.

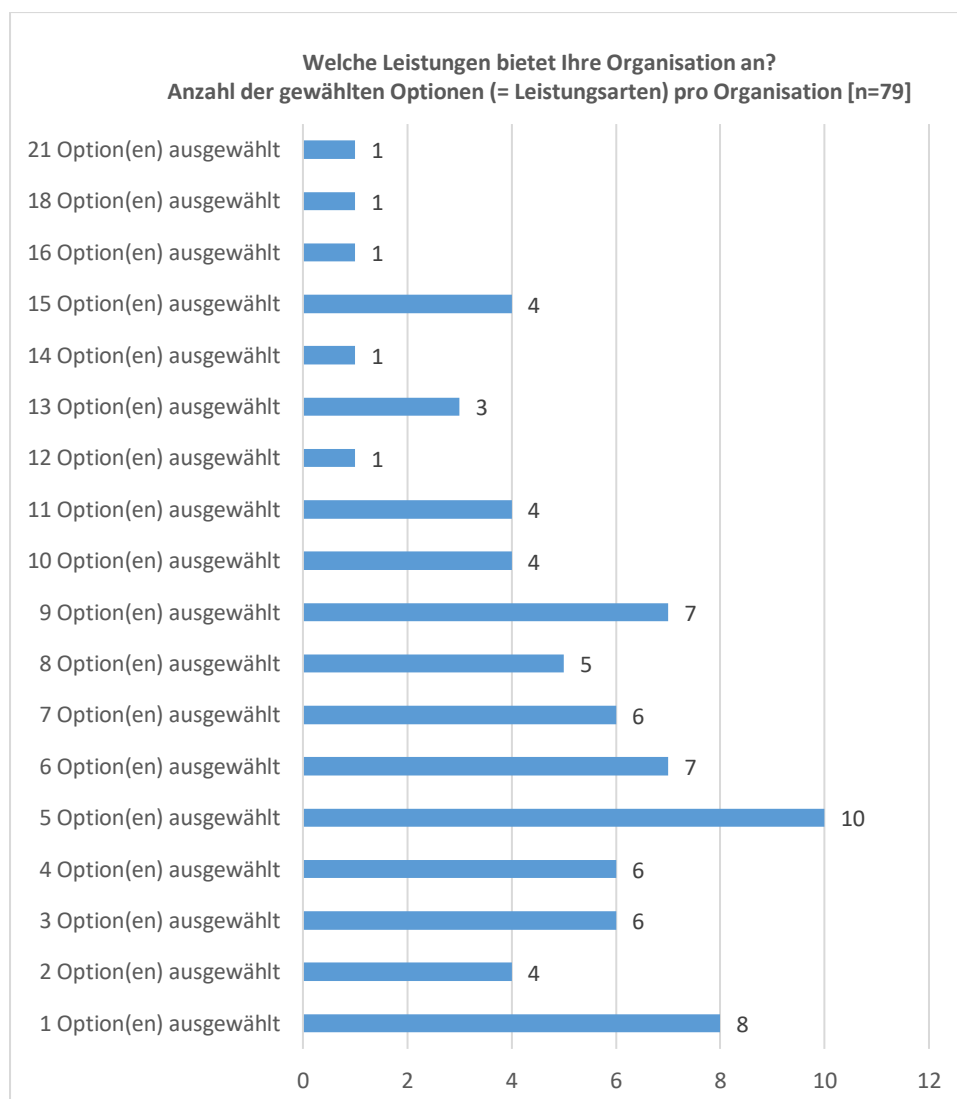


Abbildung 5: Anzahl angebotener Leistungsarten pro Organisation

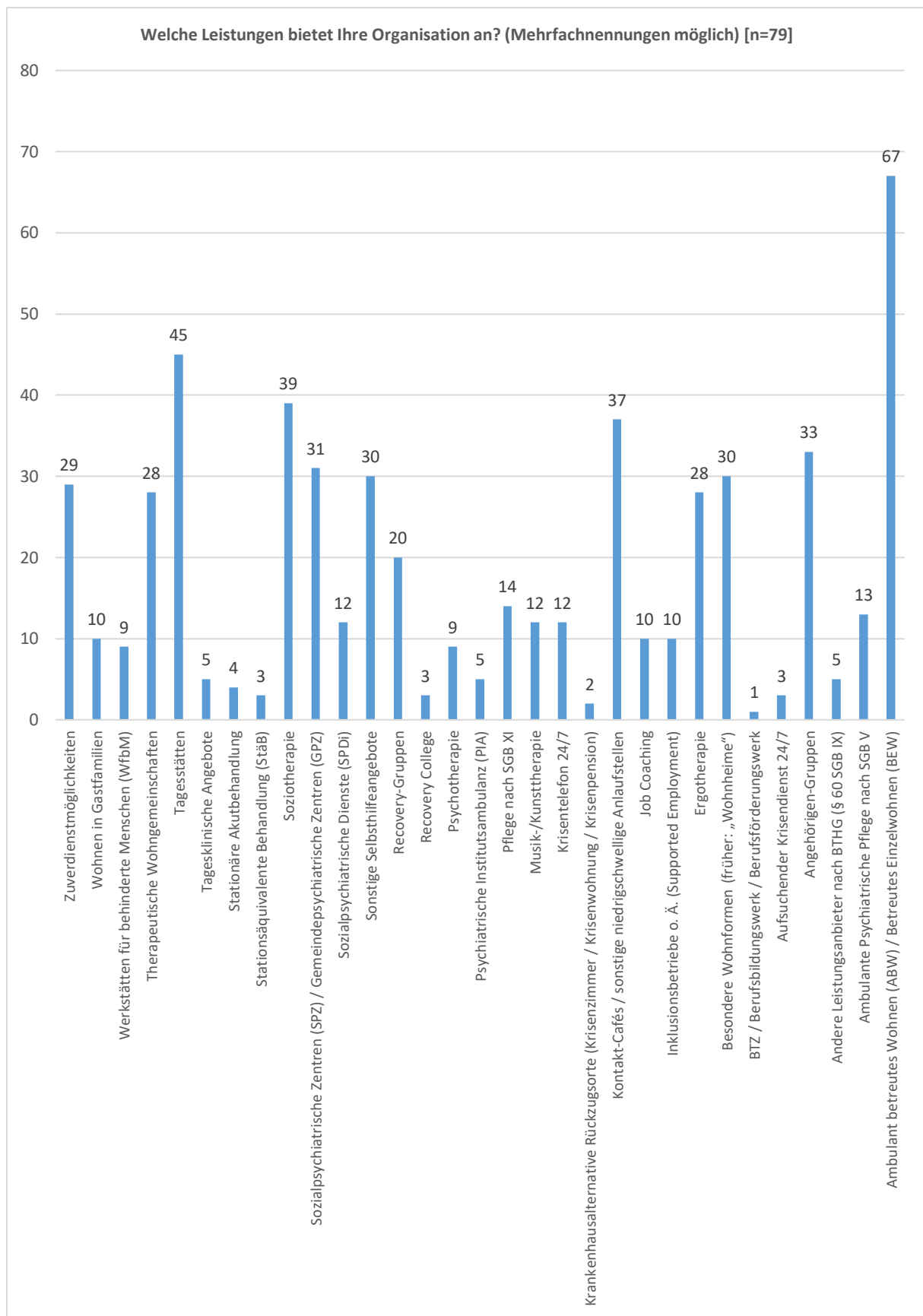


Abbildung 6: Leistungsangebote

2.2.2 Relevanz des Themas Suizidprävention

Der **Anteil** von Klientinnen und Klienten, die schon einmal suizidgefährdet waren, wurde mehrheitlich als mittel bis hoch eingeschätzt (vgl. **Abb. 7**). 14 Organisationen (18,42 Prozent der gültigen Antworten) gingen davon aus, dass mehr als ein Viertel der Klientel betroffen sei, was der Option „sehr hoch“ entsprach. Die höchste Zustimmung erhielt die Option „mittel“, definiert als 6 bis 15 Prozent der Klientel – hierfür entschieden sich 32 Organisationen (42,11 Prozent).

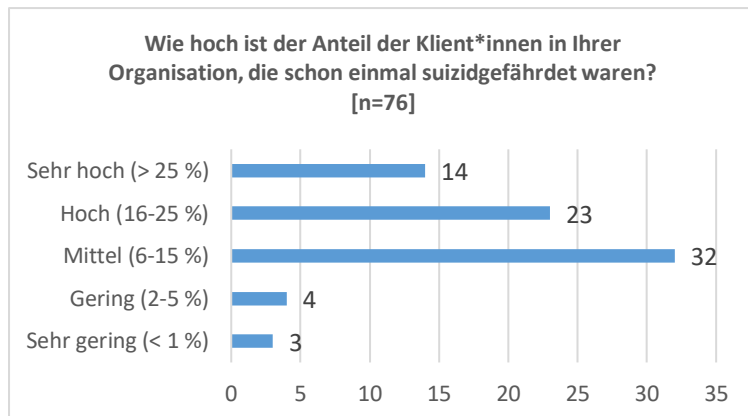


Abbildung 7: Anteil von Klientinnen und Klienten, die schon einmal suizidgefährdet waren

Auf die Frage, wie oft Mitarbeitende in den letzten zwölf Monaten mit Suizidgefährdung von Klientinnen und Klienten in **Berührung** gekommen seien, antwortete mehr als die Hälfte der Befragten (41 Organisationen, entsprechend 53,95 Prozent der gültigen Antworten) mit „hin und wieder“ (vgl. **Abb. 8**). Für die Optionen „oft“ oder „sehr oft“ entschieden sich in der Summe 22 Organisationen (28,95 Prozent), für die Optionen „nie“ oder „selten“ dagegen in der Summe nur 13 Organisationen (17,11 Prozent).

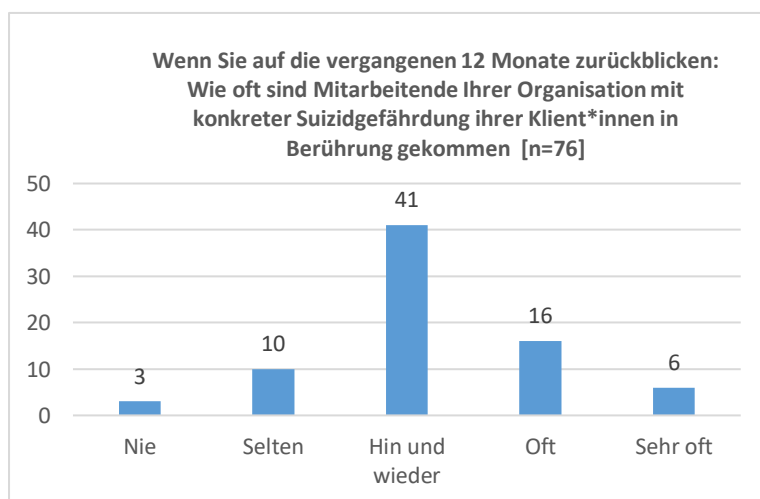


Abbildung 8: Berührung mit Suizidgefährdung eigener Klientinnen und Klienten

Bezüglich der Berührung mit Suizidgefährdung von Menschen, die keine eigenen Klientinnen oder Klienten waren, bewegen sich die Angaben auf einem niedrigeren Niveau, das jedoch insgesamt immer noch eine klare Relevanz erkennen lässt (vgl. **Abb. 9**). 39 Organisationen (51,32 Prozent der gültigen Antworten) wählten hier die Option „selten“, aber nur 14 Organisationen

(18,42 Prozent) die Option „nie“. Immerhin 19 Organisationen (25 Prozent) gaben an, derartige Konstellationen „hin und wieder“ zu erleben, 4 Organisationen (5,26 Prozent) sogar „oft“.

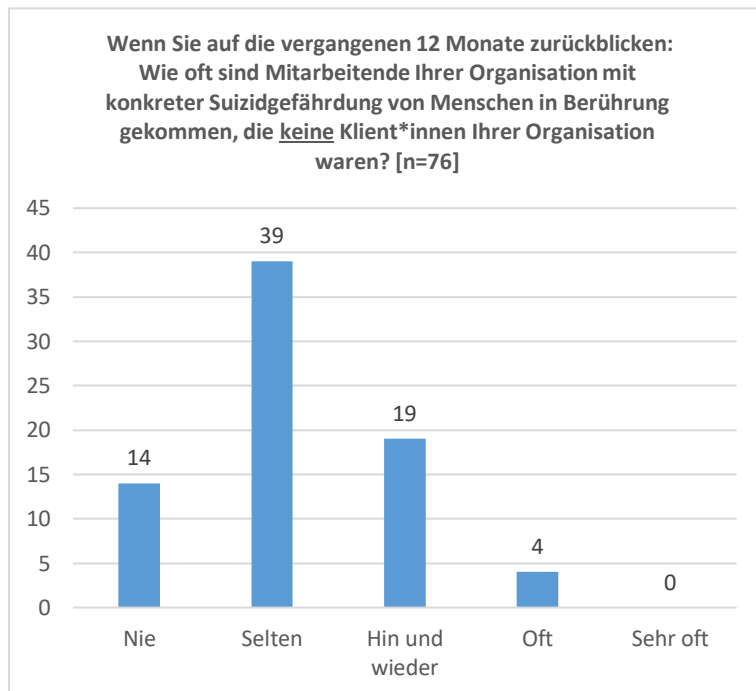


Abbildung 9: Berührung mit Suizidgefährdung externer Personen

Das Vorliegen einer Suizidgefährdung wurde den Angaben zufolge meistens durch persönliche Interaktion **erkannt** (vgl. **Tab. 1**). Vergleichsweise hohe Häufigkeitsangaben zeigen sich zum einen beim Item „Die betroffenen Klient*innen haben das Thema von sich aus angesprochen“: 41 Organisationen (entsprechend 53,95 Prozent der gültigen Antworten) wählten hier eine der Optionen „oft“ oder „sehr oft“. Beim Item „Aus professioneller Sicht unseres Teams bestand der Eindruck einer Suizidgefährdung“ gaben immerhin 27 Organisationen (36,49 Prozent) an, dies sei in den vergangenen zwölf Monaten „oft“ oder „sehr oft“ der Fall gewesen; weitere 33 Organisationen (44,59 Prozent) wählten hier die Option „hin und wieder“. Informationen aus dem persönlichen Umfeld der Betroffenen, von anderen Klientinnen oder Klienten oder von externen Fachpersonen waren dem gegenüber deutlich seltener.

**Wenn Sie auf die vergangenen 12 Monate zurückblicken:
Auf welche Weise wurden Mitarbeitende in Ihrer Organisation
auf die Suizidgefährdung von Klient*innen aufmerksam?**

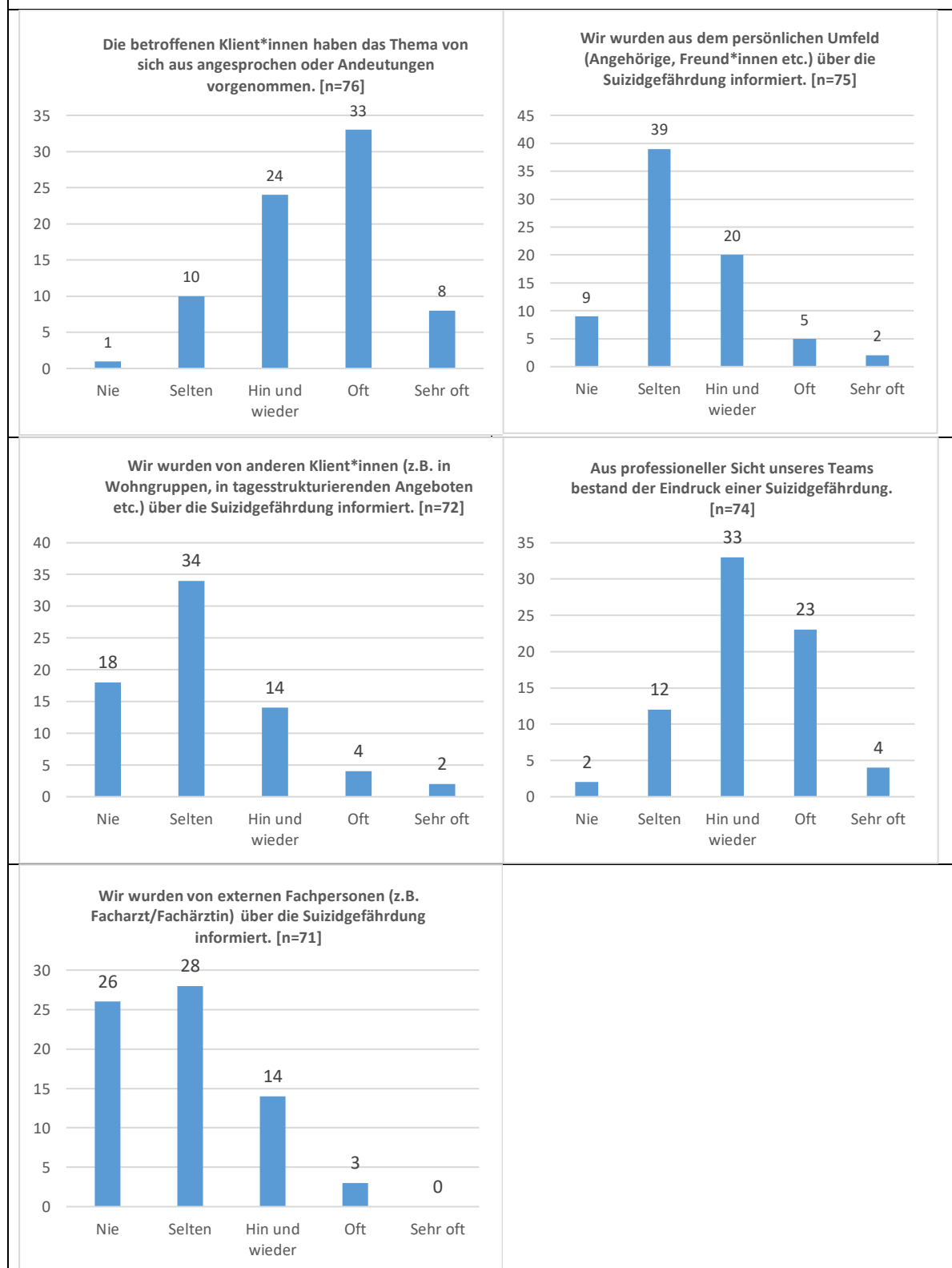


Tabelle 1: Erkennen von Suizidgefährdung

2.2.3 Vorbereitung auf den Umgang mit Suizidgefährdung

50 der befragten Organisationen (68,49 Prozent der gültigen Antworten) haben nach eigenen Angaben **interne Vorgaben** (z. B. Leitlinien oder Standards) zum Umgang mit Suizidgefährdung (vgl. **Abb. 10**).

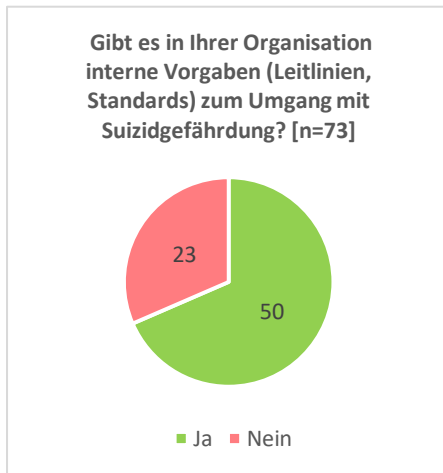


Abbildung 10: Interne Vorgaben zum Umgang mit Suizidgefährdung

Mitarbeiter-Schulungen zur Suizidprävention werden insgesamt eher selten angeboten (vgl. **Abb. 11**). Rund ein Drittel der Befragten (25 Organisationen, entsprechend 33,78 Prozent der gültigen Antworten) führen solche Schulungen gar nicht durch, weitere 43 Organisationen (58,11 Prozent) nur als freiwillige Angebote. Gelegentliche oder regelmäßige Pflichtschulungen gibt es lediglich bei insgesamt 6 der befragten Organisationen (8,11 Prozent).

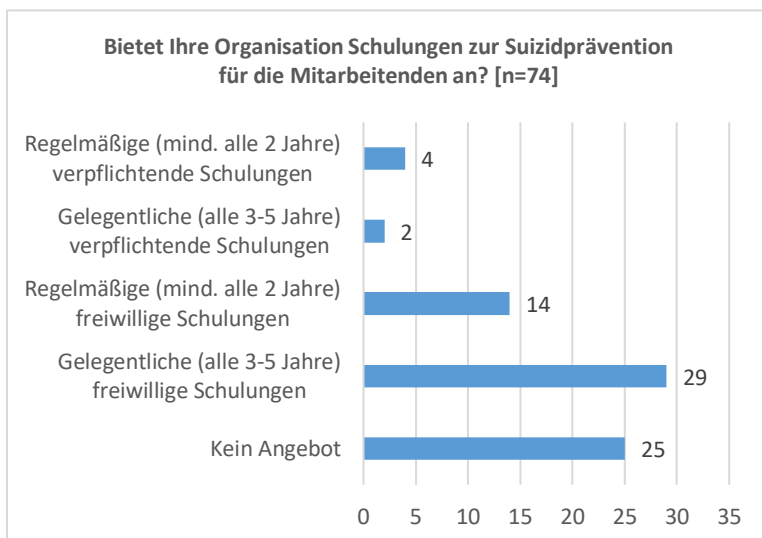


Abbildung 11: Angebot von Mitarbeiterschulungen zur Suizidprävention

Auf die zurückliegenden drei Jahre bezogen, gaben zusammen etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, dass von den Mitarbeitenden mit direktem Klientenkontakt niemand (12 Organisationen, entsprechend 16,44 Prozent der gültigen Antworten) oder weniger als 10 Prozent (25 Organisationen, 34,25 Prozent) zur Suizidprävention geschult wurden (vgl. **Abb. 12**). Nur in 14

der Organisationen (19,18 Prozent) erhielt über die Hälfte der in der Praxis tätigen Mitarbeitenden in diesem Zeitraum eine einschlägige Schulung.

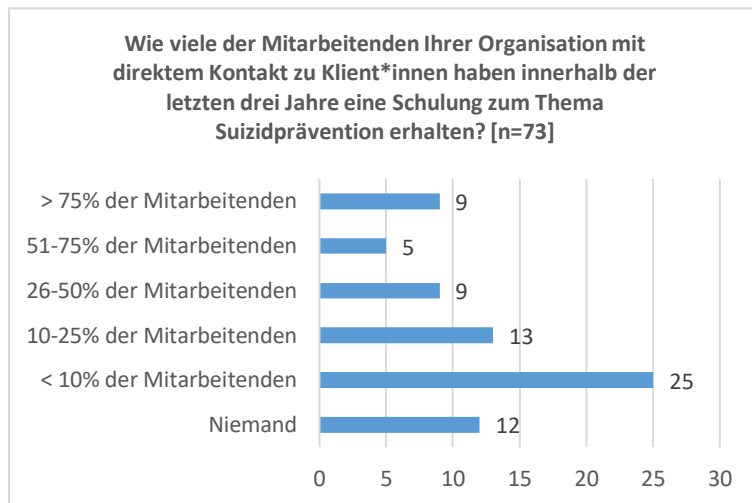


Abbildung 12: Anteil der Mitarbeitenden mit direktem Klientenkontakt, die innerhalb der letzten drei Jahre eine Schulung zur Suizidprävention erhalten haben

In 65 der befragten Organisationen (91,55 Prozent der gültigen Antworten) ist den Angaben zufolge für alle Mitarbeitenden eine **Übersicht über die regionalen Krisenhilfen** vorhanden und leicht zugänglich (vgl. **Abb. 13**).

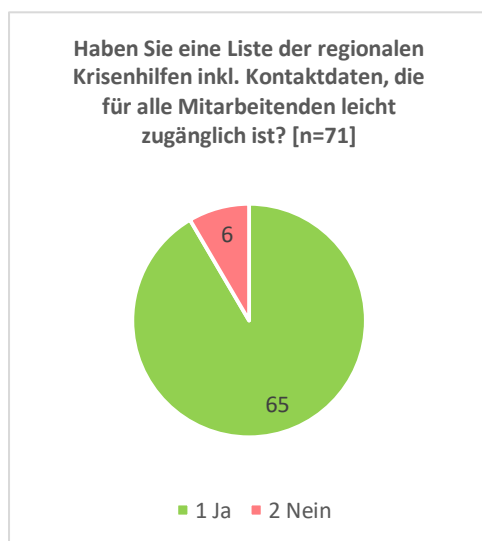


Abbildung 13: Zugang zu einer Liste regionaler Krisenhilfen

Die deutliche Mehrheit der befragten Organisationen arbeitet mit **Krisenplänen und Krisenpässen**, allerdings nur 22 von ihnen (28,95 Prozent der gültigen Antworten) „immer“ (vgl. **Abb. 14**). 8 Organisationen (10,53 Prozent) gaben an, diese Möglichkeit „nie“ oder „selten“ zu nutzen.

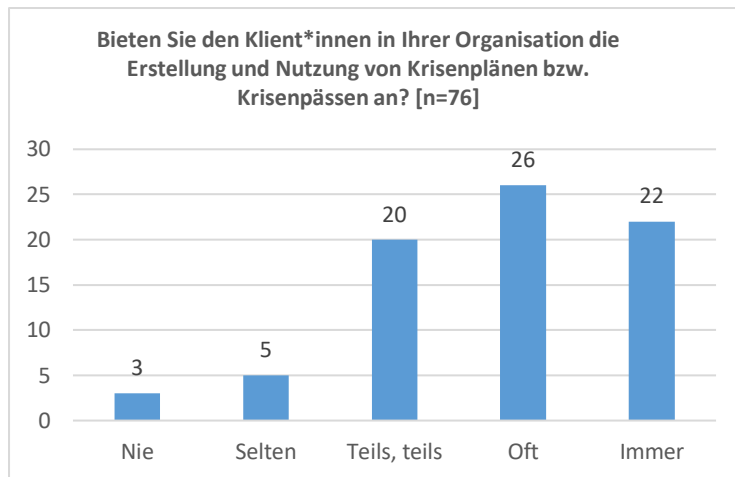
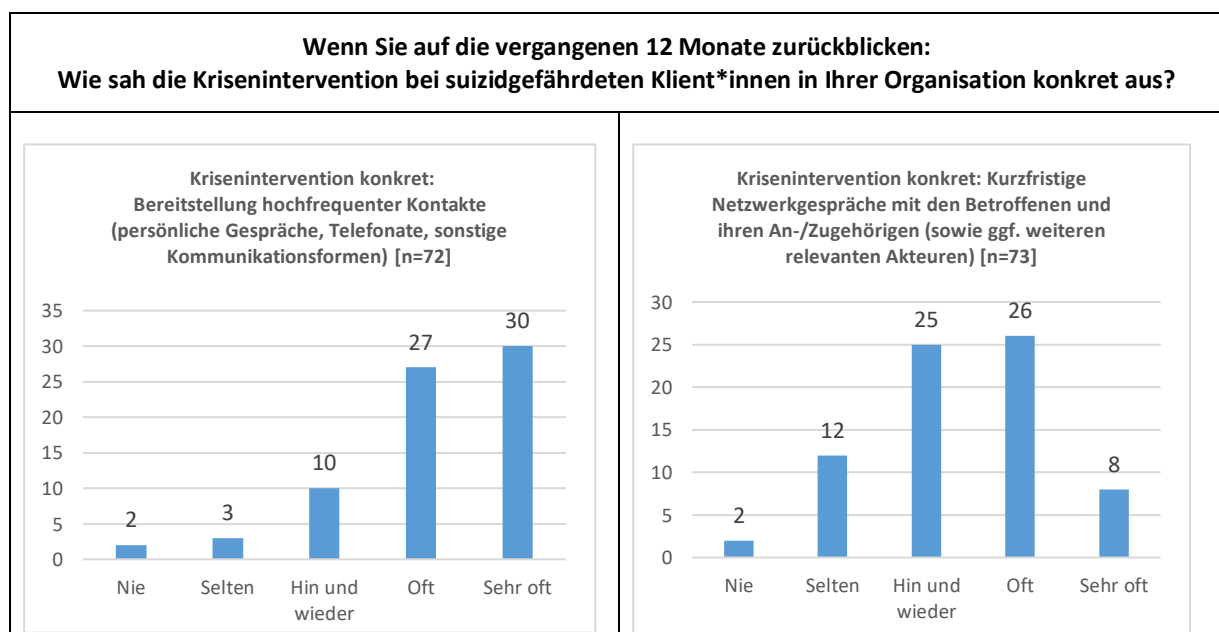


Abbildung 14: Erstellung und Nutzung von Krisenplänen

2.2.4 Umgang mit Suizidgefährdung

Die Befragung ergab zwei entgegengesetzte Schwerpunkte in der konkreten **Krisenintervention** (vgl. **Tab. 2**). Einerseits zeigen sich vergleichsweise hohe Häufigkeitsangaben bei den Items „Bereitstellung hochfrequenter Kontakte“, „Kurzfristige Vermittlung von ambulanten Behandlungsterminen“ und „Kurzfristige Netzwerkgespräche“, also bei niedrigschwelligen, ambulanten Unterstützungsangeboten. 57 der befragten Organisationen (entsprechend 79,12 Prozent der gültigen Antworten) gaben an, bei Suizidgefährdung „oft“ oder „sehr oft“ hochfrequente Kontakte anzubieten. Andererseits erhielt auch das Item „Freiwillige Klinikeinweisung“ relativ hohe Häufigkeitswerte. Immerhin 34 der befragten Organisationen (47,22 Prozent) gaben an, diesen Weg „oft“ oder „sehr oft“ zu wählen. 4 Organisationen veranlassten nach eigenen Angaben „oft“ oder „sehr oft“ eine zwangsweise Klinikaufnahme (5,56 Prozent).



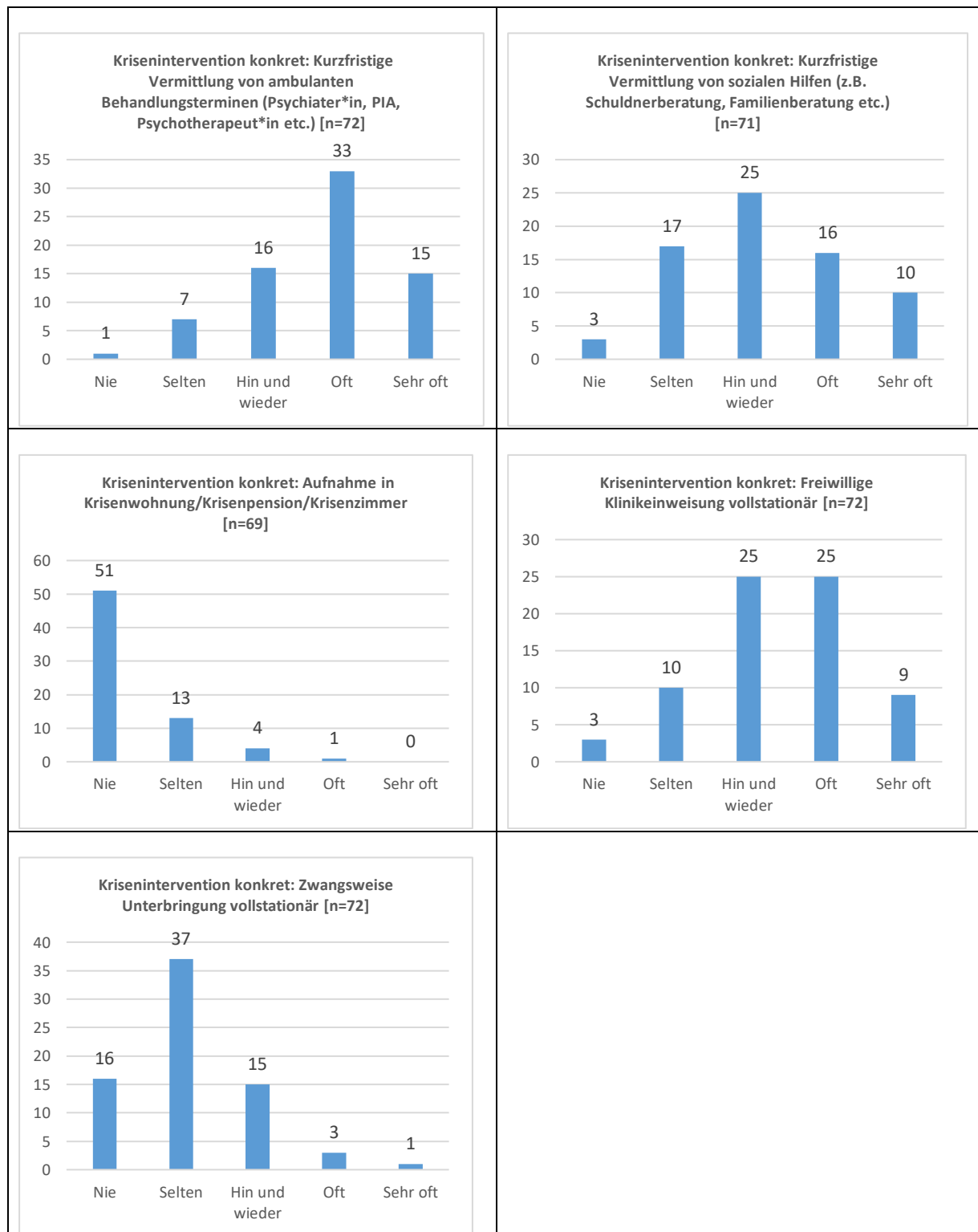


Tabelle 2: Krisenintervention konkret

Die gleiche Diskrepanz zeigte sich auch bei der direkten Frage nach der **Rolle von Klinikeinweisungen** (vgl. Tab. 3). Einerseits gaben 51 der befragten Organisationen (72,86 Prozent der gültigen Antworten) an, Klinikeinweisungen „oft“ oder „immer“ nur dann zu veranlassen, wenn zuvor erbrachte, umfangreiche andere Hilfen nicht ausreichten. Zugleich sagten aber auch 31 Organisationen (44,93 Prozent) aus, dass zumindest bei akuter Suizidgefährdung „oft“ oder „immer“ direkt eine Klinikeinweisung erfolgte.

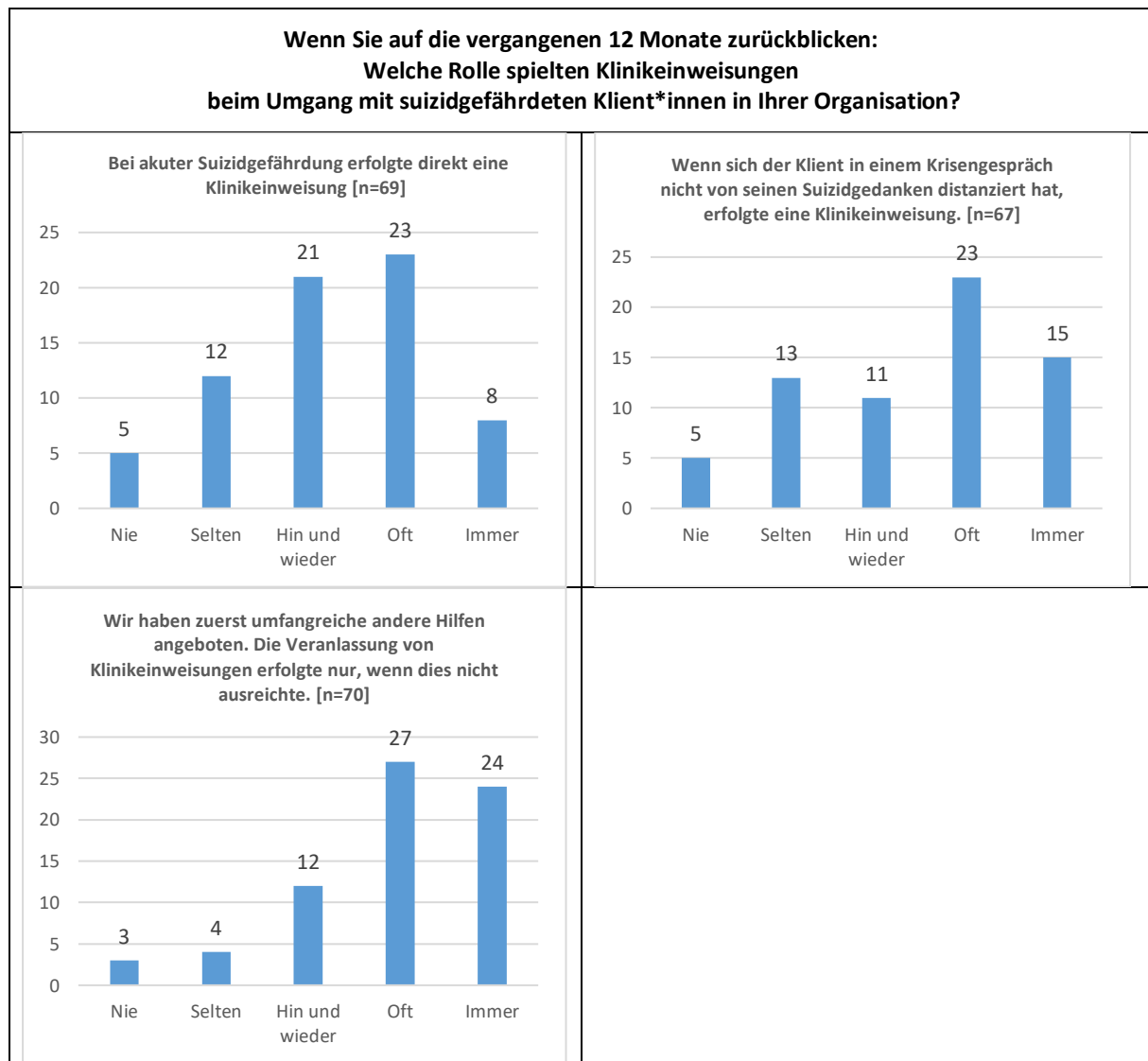


Tabelle 3: Rolle von Klinikeinweisungen

Die weiteren Fragen zum Themenkomplex „Umgang mit Suizidgefährdung“ betrafen die einzel-fallbezogene Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer. In einer Filterfrage wurde hierfür zunächst erhoben, ob innerhalb der vergangenen zwölf Monate überhaupt eine **Weitervermittlung** suizidgefährdeter Klientinnen und Klienten erfolgt war (vgl. **Abb. 15**).

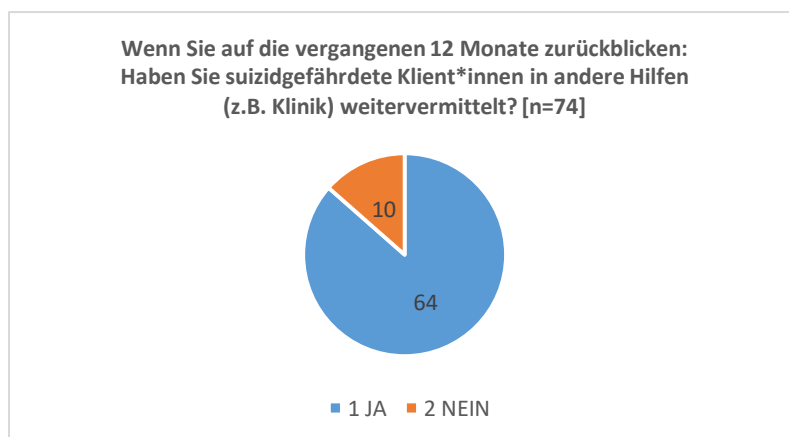
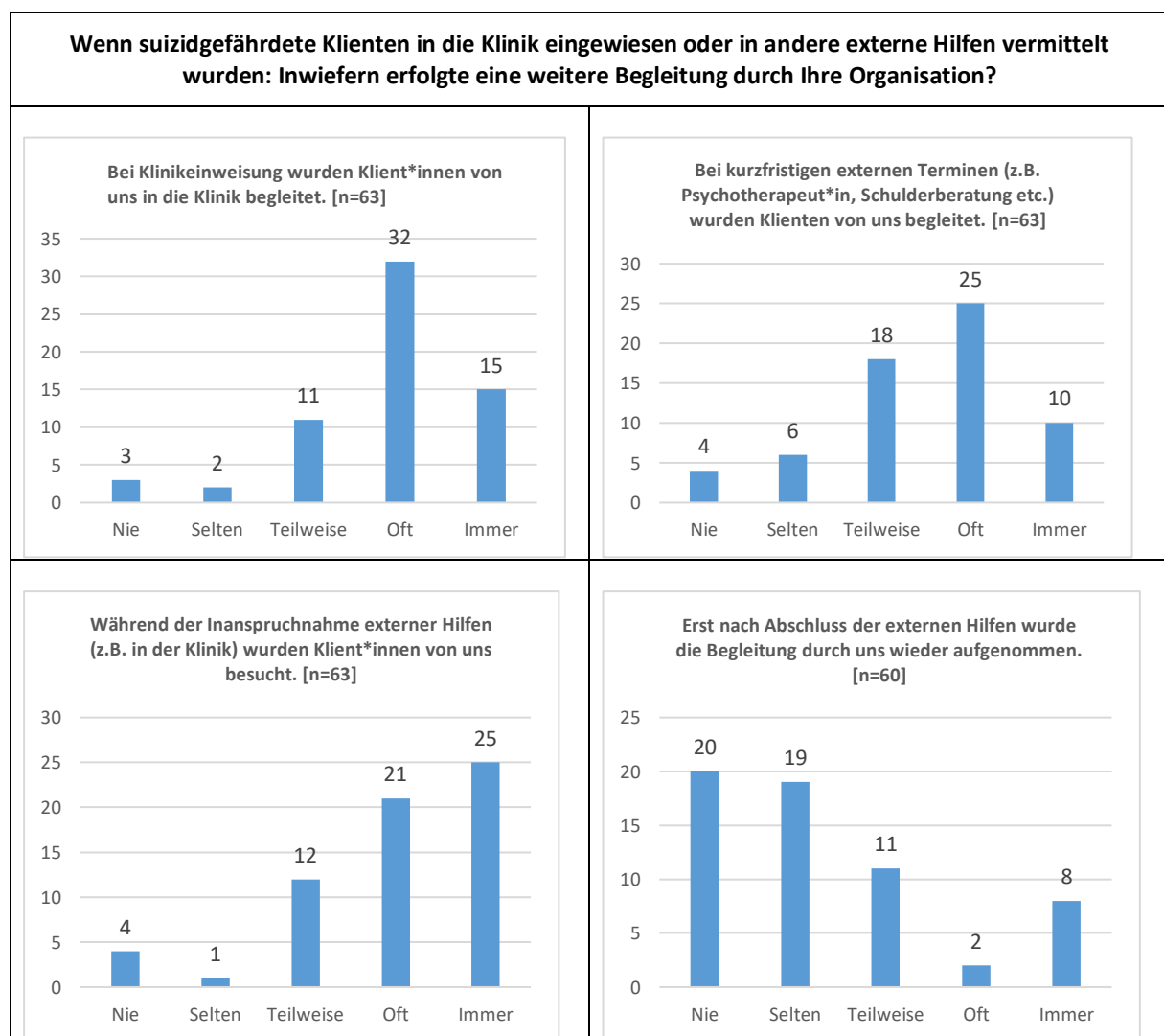


Abbildung 15: Vermittlung suizidgefährdeter Klientinnen und Klienten in andere Hilfen

Die 10 Befragten (entsprechend 13,51 Prozent der gültigen Antworten), die mit „nein“ antworteten, wurden danach direkt zum nächsten Fragenkomplex (vgl. Kap. 2.2.5) weitergeleitet. Den anderen 64 Organisationen (86,49 Prozent) wurden vertiefende Fragen vorgelegt.

Dabei zeigte sich zunächst ein hohes Maß an **Beziehungskontinuität** (vgl. **Tab. 4**). Bei Klinikaufnahmen wurden die Klientinnen und Klienten von 47 der befragten Organisationen (74,60 Prozent der gültigen Antworten) nach deren Angaben in den vergangenen zwölf Monaten „oft“ oder „immer“ begleitet. Auch zu kurzfristigen Terminen z. B. bei Therapeutinnen/Therapeuten oder Beratungsstellen begleiteten 35 Organisationen (55,56 Prozent) ihre Klientel „oft“ oder „immer“. Falls es aufgrund der Suizidgefährdung zu einer Klinikeinweisung kam, besuchten die Mitarbeitenden von 46 der befragten gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer (73,02 Prozent) die Klientinnen bzw. Klienten „oft“ oder „immer“ während des stationären Aufenthaltes; der höchste Wert liegt hier bei der Option „immer“ mit 25 Organisationen (39,68 Prozent). Dass der Kontakt erst nach Abschluss der externen Hilfen wieder aufgenommen wurde, war dagegen die Ausnahme: 39 der Organisationen (65 Prozent) wählten die Option „nie“ oder „selten“. Und eine dauerhafte Beendigung des Kontakts bei Weiterleitung in andere Hilfen kam nur in Ausnahmefällen vor, bei 46 Organisationen (75,41 Prozent) explizit „nie“.



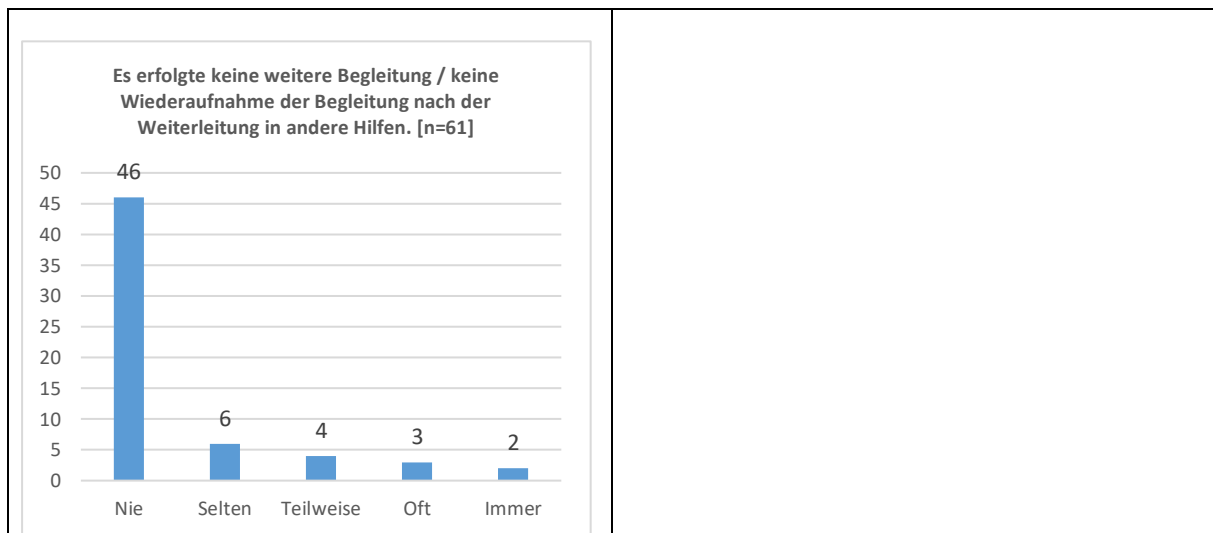
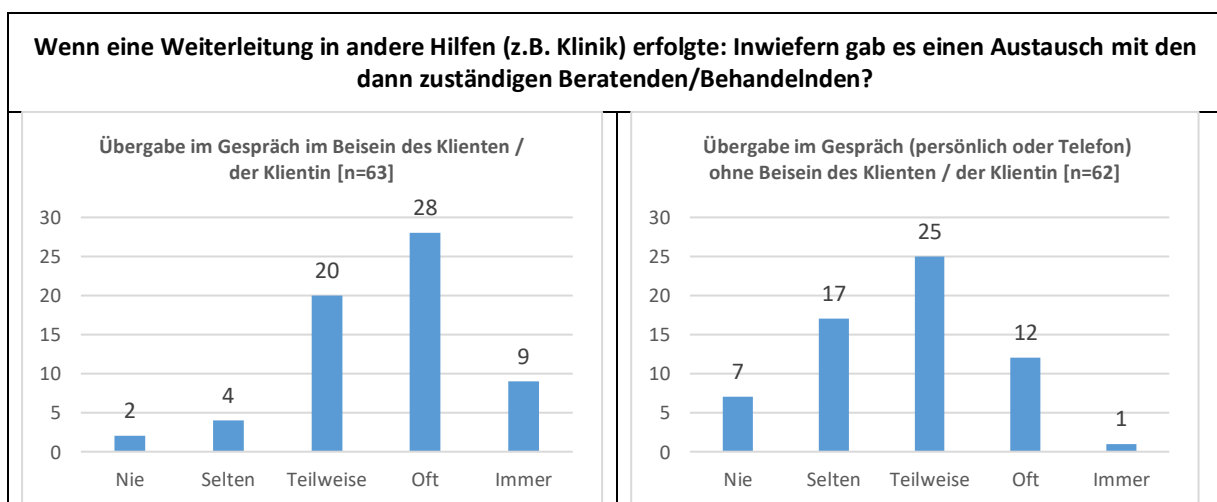


Tabelle 4: Begleitung bei/nach Weiterleitung in andere Angebote

Nach Weiterleitung eines suizidgefährdeten Klienten bzw. einer Klientin in andere Hilfen (z. B. Klinik) fand ein **fachlicher Austausch** der Mitarbeitenden mit den dann zuständigen Fachpersonen insgesamt eher selten statt (vgl. **Tab. 5**). Am häufigsten erfolgte eine Übergabe im Gespräch im Beisein der betroffenen Person; 37 der befragten Organisationen (58,73 Prozent der gültigen Antworten) wählten hierzu eine der Optionen „oft“ oder „immer“. Ein interprofessioneller Austausch während der laufenden externen Hilfen kam nur teilweise zustande; noch geringer war die Beteiligung am Klinik-Entlassmanagement. Auffallend ist, dass in allen drei genannten Kontexten – Übergabe bei Aufnahme, interprofessioneller Austausch während der Behandlung, Klinik-Entlassmanagement – die Werte für die Item-Variante „im Beisein des Klienten / der Klientin“ deutlich höher waren als für die Item-Variante „ohne Beisein des Klienten / der Klientin“. Den Angaben der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer zufolge war somit ein hohes Maß an Partizipation gegeben.

Der Austausch von Unterlagen mit der Institution, in die der Klient bzw. die Klientin weitergeleitet wurde, erfolgte unterdurchschnittlich oft. 25 Organisationen (40,32 Prozent der gültigen Antworten) gaben an, Dokumente „nie“ oder „selten“ zur Verfügung zu stellen. In umgekehrter Richtung zeigte sich ein ähnliches Bild: 31 Organisationen (50 Prozent) erhielten solche Unterlagen nach eigenen Angaben „nie“ oder „selten“.



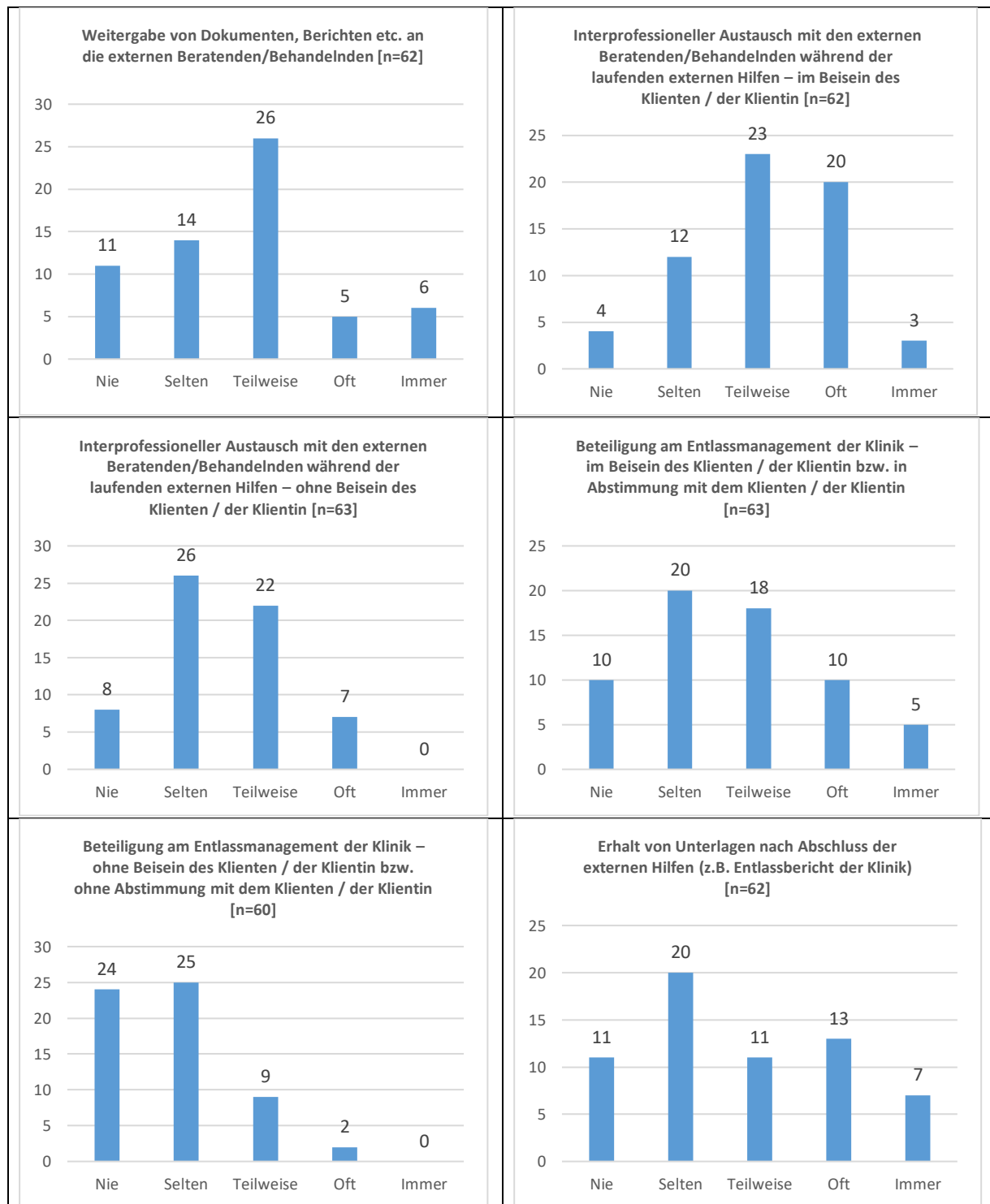


Tabelle 5: Fachlicher Austausch nach Weiterleitung in andere Hilfen

Das Gesamturteil fiel entsprechend verhalten aus: 30 der befragten Organisationen (49,18 Prozent der gültigen Antworten) **bewerteten die einzelfallbezogene Kooperation** der Leistungserbringer als „mittelmäßig“, 16 Organisationen (26,23 Prozent) als „schlecht“ (vgl. **Abb. 16**).

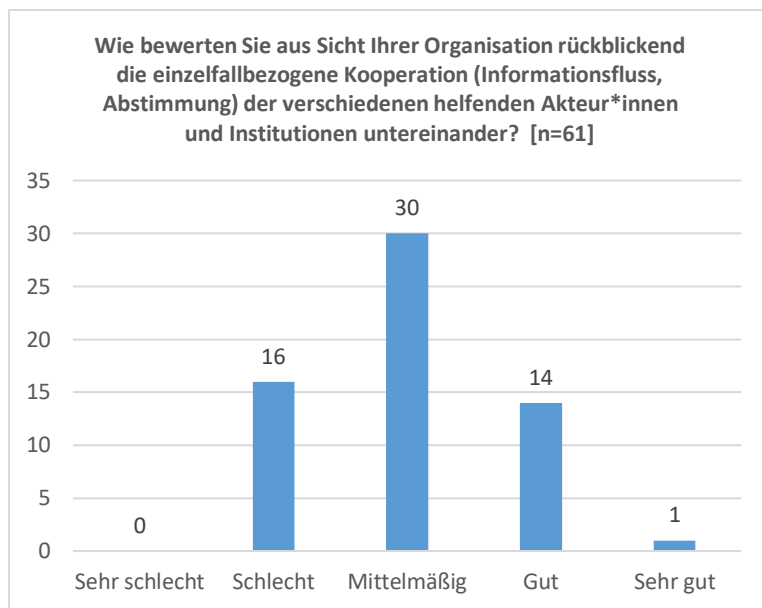


Abbildung 16: Bewertung der einzelfallbezogenen Kooperation

Um ein genaueres Bild von den **Desiderata** zu erhalten, haben wir eine ergänzende Freitextfrage gestellt: „Wenn Sie an Hilfen für konkret suizidgefährdete Menschen denken: Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die einzelfallbezogene Kooperation (Informationsfluss, Abstimmung) zwischen verschiedenen Leistungserbringern?“ Die Antworten wurden im Rahmen der Auswertung durch das Projektteam im Konsensprinzip kategorisiert; Einträge mit mehreren Aspekten wurden dabei auf verschiedene Kategorien aufgeteilt. **Tabelle 6** zeigt die Kategorien und Subkategorien mit Beispielen für einzelne Einträge.

Wenn Sie an Hilfen für konkret suizidgefährdete Menschen denken: Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die einzelfallbezogene Kooperation (Informationsfluss, Abstimmung) zwischen verschiedenen Leistungserbringern? [n=42]		
Kategorien	Subkategorien	Beispiele für einzelne Einträge
Vernetzung, Kooperation und Austausch	Vernetzung und Austausch der Leistungserbringer insgesamt	„Bessere Abstimmung zwischen allen Beteiligten und Bereitschaft zum kurzfristigen Austausch“ „Bessere Vernetzung untereinander, Verbesserung des Verständnisses der Interventionsmöglichkeiten und -grenzen der beteiligten Akteure/Einrichtungen (v. a. im Jugendbereich)“
	Vernetzung und Austausch der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer mit den Kliniken	„Vor allem Verbesserung der Kooperation/Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Art und Weise der Zusammenarbeit ist stark ausbaufähig, sowie inhaltlich/fachlicher Austausch im Sinne des suizidgefährdeten Menschen.“
	Interprofessioneller Austausch	„mehr interprofessioneller Austausch, bessere Vernetzung der Professionen“ „Einbezug insbesondere der Sozialarbeiter*innen des ABW in Arztgespräche etc.“
	Sonstige Forderungen	„bessere Kooperation in Sektoren“ „gemeinsame Onlineplattform mit relevanten Daten und Dokumentationsmöglichkeiten“

Formulierung und Umsetzung verbindlicher Absprachen der Leistungserbringer	Treffen von Absprachen Einhaltung/Umsetzung von Absprachen	„Absprachen sollten regelhaft erfolgen und nicht je nach Mitarbeitenden, v. a. vor Rückkehr in eigene Wohnung / unsere Einrichtung!“ „Umsetzung bestehender Absprachen zur Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Klinik“
Entlassmanagement (Klinik)	Beteiligung gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer an der klinischen Entlassungsvorbereitung Vermeidung ungünstiger Entlassstermine Sonstige Forderungen	„Bessere Beteiligung unseres MA an den Entlassungsvorbereitungen durch die behandelnde Klinik“ „Gemeinsame Planung von Klinikentlassungen“ „Vermeidung spontaner Entlassungen direkt vor dem Wochenende – Information über spontane Entlassung/Abwesenheiten durch die Klinik an Leistungserbringer“ „stark verbessertes Entlassmanagement“
Beteiligung der Betroffenen		„Fallbesprechung mit allen im Fall tätigen Akteuren im Beisein des Klienten“ „Zuhören, gemeinsame Hilfeplanung mit den suizidgefährdeten Menschen“
Behandlungsart und -qualität	Angebotsstruktur Ausgestaltung der Unterstützung insgesamt	„ambulant vor stationär“ „Kontinuität bei den Leistungserbringern“ „Weniger Schnittstellen, mehr Hilfen aus einer Hand“ „Personenzentrierung“ „keine überbordenden Medikamente“
Regionales Angebot von Krisenhilfen / Krisendienst	Hinweis auf Versorgungslücken / Forderung nach Krisendiensten Sonstige Forderungen	„Leistungserbringer (Fachärzte, SpDi, usw.) sollten schnell erreichbar sein (auch an WE und abends), in unserer Region gibt es keinen ambulanten Krisendienst oder STäB“ „Versorgungslücken zwischen Zeiten der Zuständigkeit des SpD und Krisendienst (morgens und nachmittags)“ „Verlässlicher Krisendienst in Kommunen“ „funktionierende Krisenpläne und niederschwellige zeitnahe PIA Versorgung“ „Schulungen der Einsatzkräfte z. B. Rettungssanitäter“
Sonstiges		„Da wir häufig im Auftrag des Jugendamtes tätig sind und das Kindeswohl im Auge haben, wird schnell eine Klinikeinweisung als Entlastung gedacht. Hier stellt sich die Frage, wie wir besser mit Suizidgedanken umgehen können, ohne die Kinder zu gefährden. Wer steht hier beratend zur Verfügung? Was ist mit der Schuldfrage, wenn dann doch Eltern suizidal sind?“

Tabelle 6: Verbesserungsvorschläge für die einzelfallbezogene Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern – Kategorisierung der Antworten aus den Freitextfeldern

2.2.5 Nachbesprechung von suizidalen Krisen und Aufarbeitung nach Suiziden

Eine **Nachbesprechung suizidaler Krisen** mit den Betroffenen fand bei den befragten Organisationen in den zwölf Monaten vor dem Befragungstermin häufig statt (vgl. **Abb. 17**). 53 Organisationen (72,60 Prozent der gültigen Antworten) führten solche Gespräche „oft“ oder „immer“, nur 6 Organisationen (8,22 Prozent) „selten“ oder „nie“.

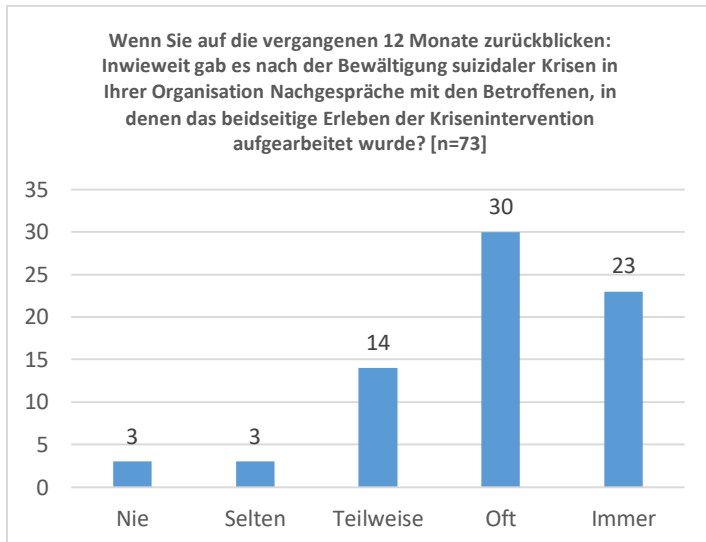


Abbildung 17: Nachgespräche mit Betroffenen

Noch stärker etabliert sind den Angaben zufolge **Nachgespräche im Team** nach suizidalen Krisen oder vollendeten Suiziden von Klientinnen oder Klienten (vgl. **Abb. 18**). 43 Organisationen (58,90 Prozent der gültigen Antworten) gaben an, solche Gespräche in den zurückliegenden zwölf Monaten „immer“ geführt zu haben, weitere 20 Organisationen (27,40 Prozent) „oft“. Nur 6 Organisationen (8,22 Prozent) boten Nachgespräche „selten“ oder „nie“ an.

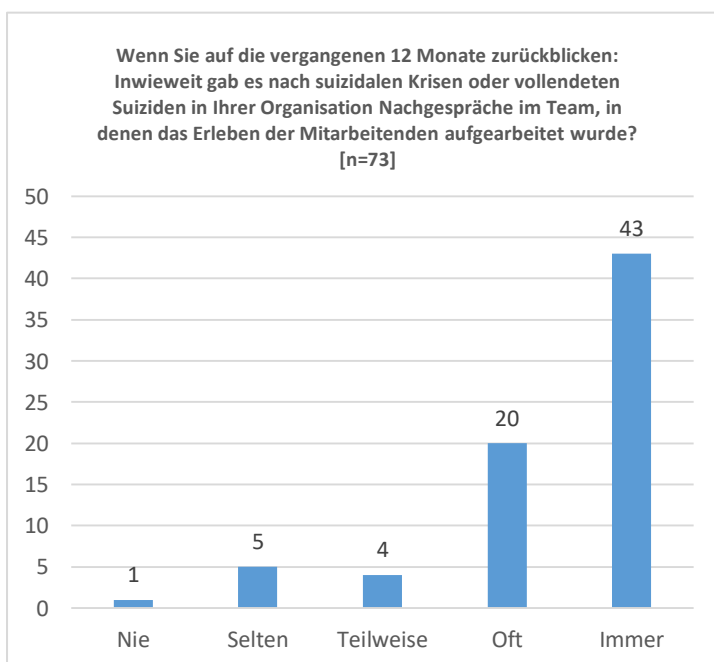
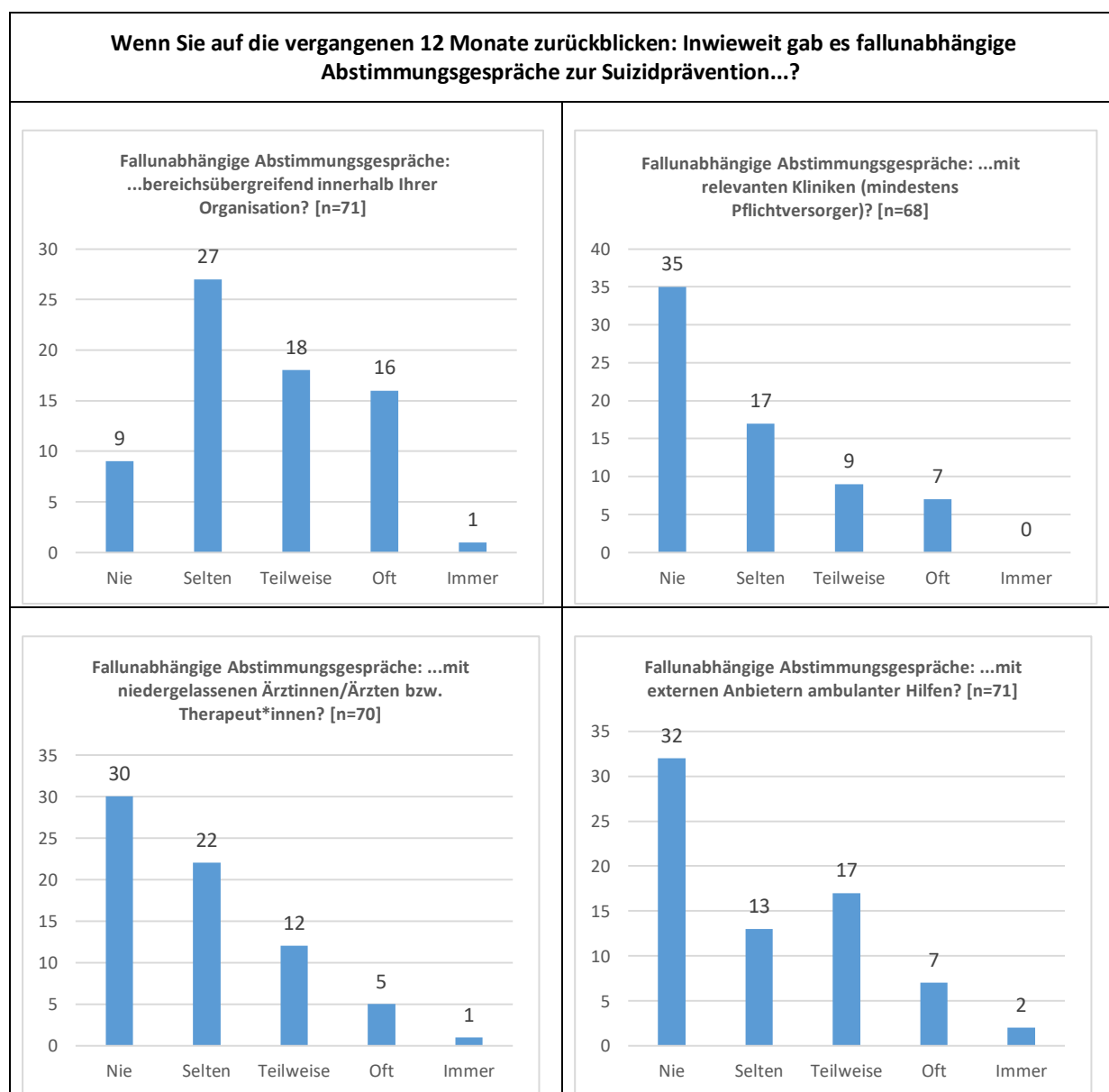


Abbildung 18: Nachgespräche im (Mitarbeitenden-)Team

2.2.6 Strukturelle Kooperation und Vernetzung

Im Themenkomplex „Strukturelle Kooperation und Vernetzung“ ging es zunächst um die übergreifende, **fallunabhängige Zusammenarbeit** innerhalb des Hilfesystems. Entsprechende Abstimmungsgespräche waren in den zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt insgesamt selten (vgl. **Tab. 7**). Im Vergleich noch am ehesten fanden sie bereichsübergreifend innerhalb der eigenen Organisationen statt. 17 der befragten Organisationen (entsprechend 23,94 Prozent der gültigen Antworten) wählten hier die Option „oft“ oder „immer“; dem stehen allerdings 36 Einträge (50,70 Prozent) bei den Optionen „selten“ oder „nie“ gegenüber. Mit externen Leistungserbringern, Selbsthilfe/Selbstvertretung von Betroffenen und Angehörigen sowie mit Aktionen/Bündnissen gab es fallunabhängige Abstimmungsgespräche höchstens vereinzelt. In allen Fällen kreuzte die Mehrheit der Befragten die Option „nie“ an.



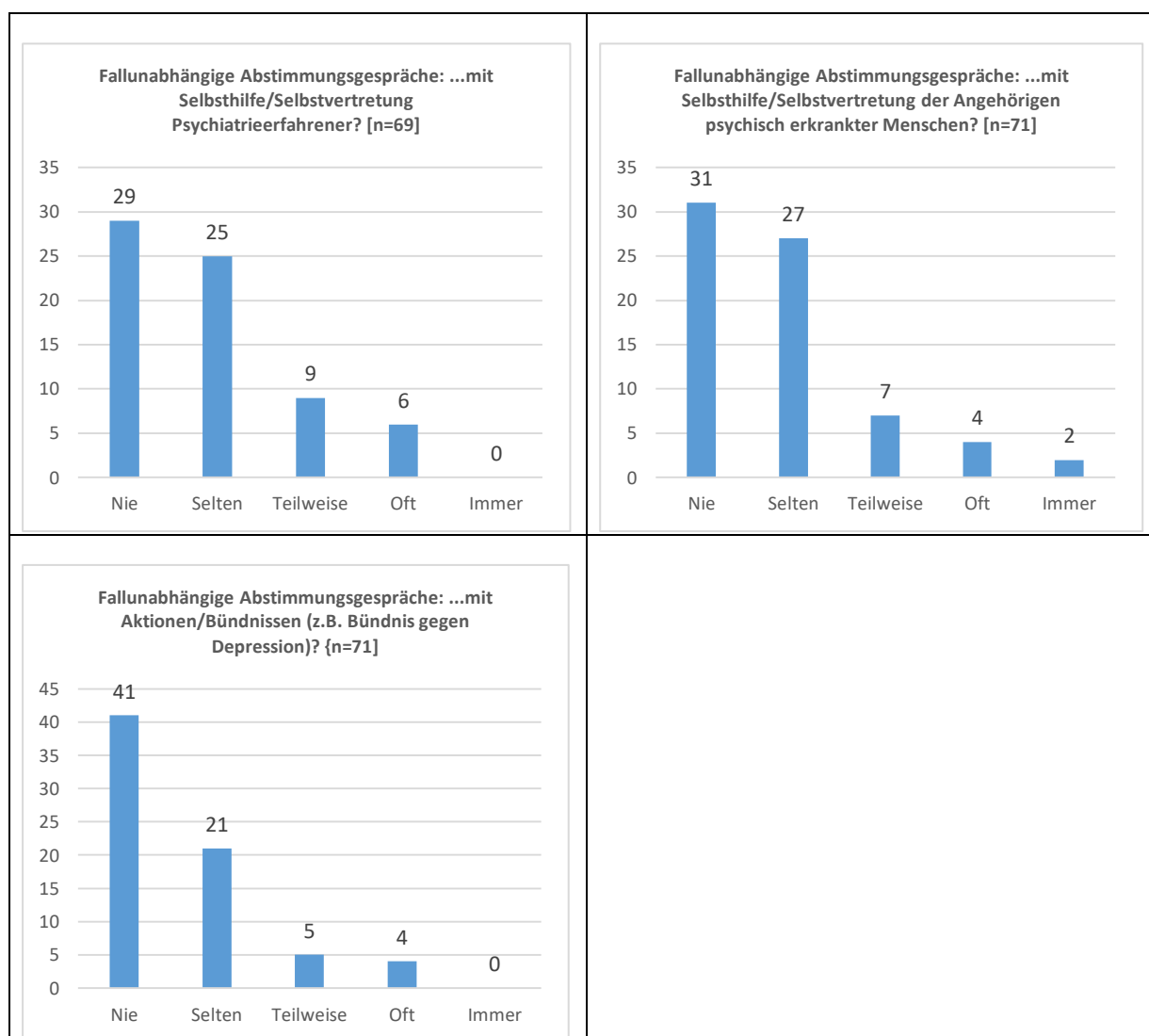


Tabelle 7: Fallunabhängige Abstimmungsgespräche

Die Beteiligung an **Angeboten zur öffentlichen Aufklärung** / Enttabuisierung des Themas Suizid war demgegenüber etwas höher: 26 der befragten Organisationen (entsprechend 36,62 Prozent der gültigen Antworten) bestätigten ein solches Engagement in den zurückliegenden zwölf Monaten (vgl. **Abb. 19**).

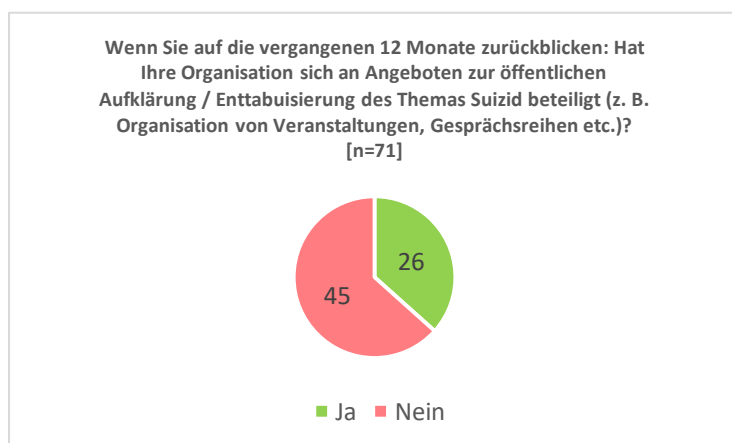


Abbildung 19: Beteiligung an Angeboten zur öffentlichen Aufklärung

2.2.7 Perspektiven von Suizidprävention in der Gemeindepsychiatrie

Den **aktuellen Beitrag** der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention schätzten die Befragten als vergleichsweise hoch, aber noch ausbaufähig ein (vgl. **Abb. 20**). 31 der befragten Organisationen (entsprechend 44,93 Prozent der gültigen Antworten) wählten die Option „mittel“, weitere 25 Organisationen (36,23 Prozent) eine der Optionen „groß“ oder „sehr groß“.

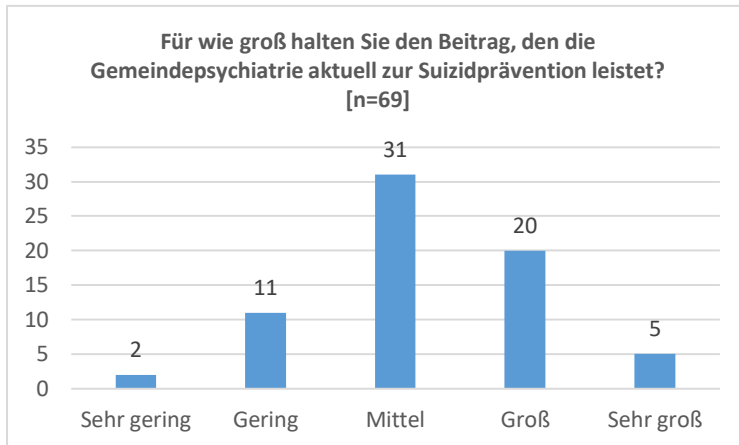


Abbildung 20: Aktueller Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention

Für die **Zukunft** wünschen sich die gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer eine noch stärkere entsprechende Rolle (vgl. **Abb. 21**). Ihr künftiger Beitrag zur Suizidprävention soll nach Meinung von 66 der Befragten (92,96 Prozent der gültigen Antworten) „groß“ oder „sehr groß“ sein. Die Antwortoptionen „sehr gering“ oder „gering“ wurden von keiner Organisation gewählt.

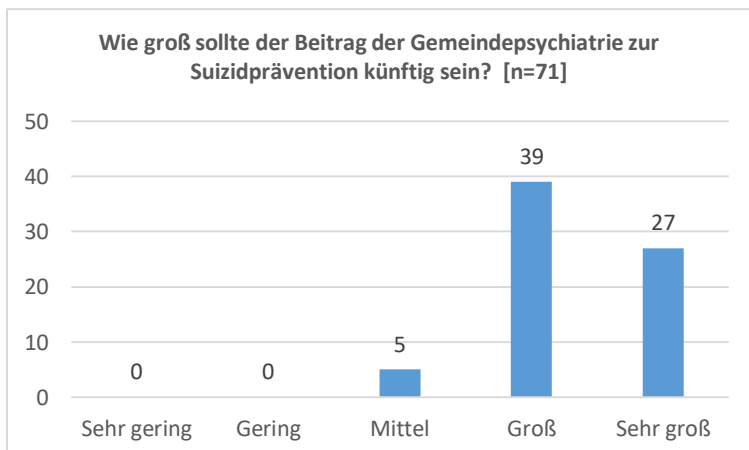


Abbildung 21: Gewünschter künftiger Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention

Um herauszufinden, welche **inhaltlichen Vorstellungen** damit verbunden sind, haben wir ergänzend gefragt:

„Wie könnte der Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention gestärkt werden?

(a) Was könnten die Anbieter selbst tun?

(b) Welche Voraussetzungen/Rahmenbedingungen wären nötig?“

Auch hier wurden die Antworten aus den Freitextfeldern im Rahmen der Auswertung durch das Projektteam im Konsensprinzip kategorisiert; Einträge mit mehreren Aspekten wurden auf verschiedene Kategorien aufgeteilt. Die **Tabellen 8 und 9** zeigen die Kategorien und Subkategorien mit Beispielen für einzelne Einträge.

Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention: Was können die Anbieter selbst tun? [n=58]		
Kategorien	Subkategorien	Beispiele für einzelne Einträge
Umgang mit (potenziell oder akut) suizidgefährdeten Menschen	Außerhalb akuter Suizidgefährdung Aufmerksamkeit für Suizidgefährdung In akuten Krisen Selbsthilfe	„personenbezogene Arbeit, Krisenpläne, Empowermentarbeit“ „das Thema [...] mit Klient*innen auch außerhalb akuter Situationen ansprechen“ „Regelmäßiges Screening der Suizidalität bei Terminen“ „Sensibilität für das Thema im persönlichen Umgang mit Klienten pflegen“ „Menschen mit akuter Suizidalität ernst nehmen, ihnen in ihrer Krise zur Seite stehen und sie nicht einfach wegschicken“ „Engmaschigere und komplexe Begleitung in Krisenzeiten“ „Hilfe zur Selbsthilfe“ „Stärkung von Selbsthilfe“
Qualitätsmanagement	Konzepte, Standards und Ablaufpläne Unterstützung der Mitarbeitenden Sonstiges	„In allen Einrichtungen müssten Konzepte zur Prävention vorliegen, die Klinikeinweisungen nur als letztes Mittel verstehen“ „Abstimmung gemeinsamer Standards“ „Supervision“ „Nacharbeit verbessern, Teams stärken“ „Suizid nicht als ‚Versagen der Hilfe‘ interpretieren und tabulos damit umgehen“
Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden	Fortbildungen/Schulungen Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung	„Aktives Aufgreifen des Themas z. B. bei Fortbildungen für Mitarbeitende“ „Mitarbeiter/Innen zur Thematik wiederkehrend schulen“ „Weiterhin offen für das Thema bleiben, regelmäßiges internes Thematisieren, Sensibilisierung neuer Kolleg*innen“ „das Thema innerhalb der Teams [...] auch außerhalb akuter Situationen ansprechen“
Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringer	Aufbau und Verbesserung von Netzwerken Kooperation Austausch und Abstimmung	„Bessere Vernetzung organisieren“ „Vernetzung mit ambulanten und stationären psychiatrischen Akutbehandlern“ „Kooperation mit Bündnispartnern stärken“ „besserer Austausch von Leistungserbringenden“ „Abstimmungsgespräche mit Kliniken“

Krisendienste und spezielle Unterstützungsstrukturen	Krisendienst	„Gemeindenahe Krisenzentren/-orte anbieten“ „Rund um die Uhr Verfügbarkeit/Krisenhotline aufbauen“
	Sonstiges	„Mitarbeit bei der Entwicklung stationsäquivalenter Behandlung“
Aufklärung und Sensibilisierung von Politik und Bevölkerung	Aufmerksamkeit und Bewusstseinsbildung	„Das Thema im Gemeindepsychiatrischen Verbund und der örtlichen und überregionalen Politik mehr einfordern“
	Aufklärung, Information und Öffentlichkeitsarbeit allgemein	„Öffentliche Aufklärung verstärken“ „Mehr Beteiligung an öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen“
	Veranstaltungen und konkrete Maßnahmen	„Regelmäßige Veranstaltungen, um das Thema präsent zu halten“ „Veranstaltung im Rahmen der Tage der Seelischen Gesundheit“
	Spezielle Zielsetzungen	„Entstigmatisierungsveranstaltungen“ „über lokale Hilfsangebote informieren“
	Sonstiges	„Kontaktdichte durch Nachbarschaft, Sensibilisierung und Vermeidung von Rückzug“
Prävention		„Präventionsprojekte entwickeln“

Tabelle 8: Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention: Was könnten die Anbieter selbst tun? – Kategorisierung der Antworten aus den Freitextfeldern

Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention: Welche Voraussetzungen/Rahmenbedingungen wären nötig? [n=51]		
Kategorien	Subkategorien	Beispiele für einzelne Einträge
Keine Verbesserungsnotwendigkeit		„sind eigentlich vorhanden“ „wir haben gute Rahmenbedingungen“
Psychiatrisch-psychosoziale Versorgungsstrukturen	Versorgungssicherheit und Verbindlichkeit	„verbindliche Gemeindepsychiatrische Versorgung“ „Versorgungsverantwortung, Betreuungskonstanz (egal, wo sich die/der Betroffene aktuell befindet)“
	Regionale Verortung und Kooperation	„Stärkung der regionalen Ressourcen statt Zentralisierung auf die EINE Suizidpräventionsnummer“ „nahe psychiatrische Versorgung mit verbindlicher Weiterversorgung“
	Krisendienst	„Krisenintervention 24/7 organisieren und finanzieren“ „Krisenberatungsstelle in jeder Stadt/Kreis ist erforderlich“
	Niedrigschwelligkeit	„niedrigschwelliger, präventiver thematischer Zugang zum Hilfeangebot“
	Sonstiges	„Stärkung der niederschwelligen Angebote“ „Klare Kostenregelungen und Bürokratieabbau“

Kooperation und Austausch der Leistungserbringer	Netzwerke und Austausch allgemein Grundlagen der Zusammenarbeit Spezifische Arten der Zusammenarbeit	„verbindliche Netzwerke“ „regelmäßiger Austausch“ „Bereitschaft aller Beteiligten sich aktiv am Austausch zu beteiligen“ „Leitlinien erstellen, wie der Austausch laufen soll“ „Thema in Arbeitskreisen bearbeiten“ „Die Kommunikation zwischen den Institutionen sollte ausgebaut werden, z. B. Krisen-Nachbesprechungen, runder Tisch obligatorisch sein.“
Ressourcen: Geld, Zeit, Personal	Ressourcen allgemein Finanzierung allgemein Finanzierung spezifischer Aufgaben Refinanzierte Zeit allgemein Refinanzierte Zeit für spezielle Aufgaben Refinanzierte Mitarbeiterschaft allgemein Refinanzierte Mitarbeitende für spezielle Aufgaben Mitarbeitende (Anforderungen)	„mehr Ressourcen“ „gesicherte Finanzierung“ „öffentliche Basisfinanzierung, Förderung von präventiven Angeboten durch alle Kostenträger“ „auskömmliche Finanzierung der notwendigen Zeit“ „Zusätzliche Zeit für Fallarbeit – kurzfristige Bewilligungen vom Kostenträger“ „mehr refinanzierte Zeit für solche Angebote (z. B. im Sozialraum/ Sozialraumorientierung)“ „Personelle Kapazitäten müssten finanziert werden“ „Entsprechende personelle Mittel für Primärprävention“ „qualifiziertes Personal“ „Geschulteres Personal mit hoher Empathiefähigkeit“
Sensibilisierung und Fortbildung/Schulung der Mitarbeitenden	Sensibilisierung Fortbildung/Schulung Sonstiges	„in die Teams geben, als Thema in die Gemeindepsychiatrie einbringen“ „Offenheit dem Thema gegenüber“ „Suizidpräventionsschulung“ „Mitarbeiterschulung“ „Supervision“
Verantwortung, Autonomie und Zwang		„Schuld- und Rechtsfragen deutlicher klären“ „geschützte, vertrauensvolle Atmosphäre, ohne Angst einer möglichen Zwangsbehandlung“
Sensibilisierung von Politik und Bevölkerung		„Awareness für das Thema“ „ÖA zum Thema Suizid“
Sonstiges		„die Anbieter dazu ermutigen neue Projekte im Bereich Suizidprävention in Angriff zu nehmen, trotz Personalmangel und erheblich steigendem Aufwand in der Eingliederungshilfe“

Tabelle 9: Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention: Welche Voraussetzungen/Rahmenbedingungen wären nötig? – Kategorisierung der Antworten aus den Freitextfeldern

Abschließend haben wir nach dem **Interesse an Schulungsangeboten** gefragt, die trialogisch auf der Grundlage aktueller fachlicher Erkenntnisse und unter Nutzung der Ergebnisse aus dem Projekt GiBS konzipiert würden (vgl. **Abb. 22**). 61 der Befragten (entsprechend 84,72 Prozent der gültigen Antworten) äußerten sich interessiert, weitere 11 Befragte (15,28 Prozent) „vielleicht“ interessiert. Keine Organisation gab an, keinerlei Interesse zu haben.

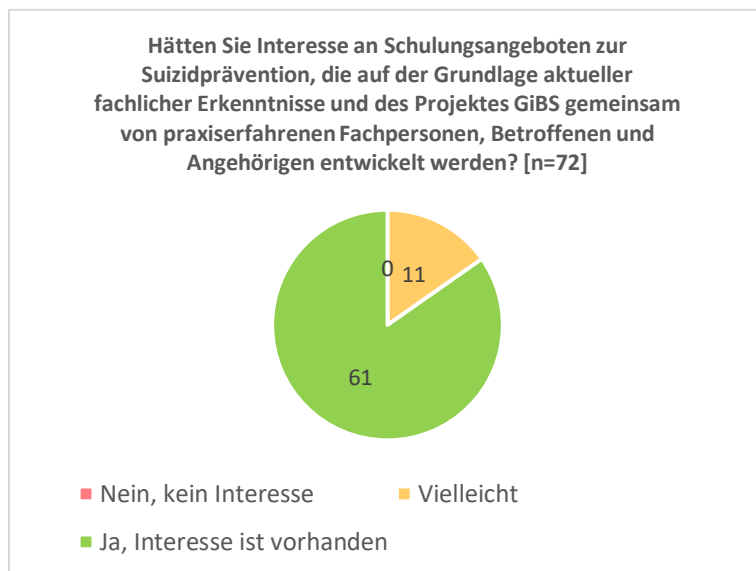


Abbildung 22: Interesse an trialogisch entwickelten Schulungsangeboten auf der Grundlage des Projektes GiBS

2.3 Diskussion

An der Befragung nahmen 83 Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. teil, die hinsichtlich **regionaler Verortung, Größe und Angebotsstruktur** ein breites Spektrum abdecken. Die Angaben kleiner Leistungserbringer mit nur einer Angebotsform flossen ebenso ein wie diejenigen großer Trägerorganisationen mit vielfältigen Tätigkeitsfeldern und vierstelliger Zahl an Mitarbeitenden. Ausnahmslos alle der in unserer Abfrage aufgelisteten 31 Angebote aus den Bereichen Wohnen, Arbeit/Beschäftigung, Therapie, Pflege, Krisendienste, Akutbehandlung, Selbsthilfe, Angehörigenarbeit und offene Sozialraumarbeit wurden von mindestens einer der befragten Organisationen erbracht. Die Ergebnisse unserer Studie ermöglichen somit gute Einblicke in die Gemeindepsychiatrie insgesamt und erlauben eine fundierte Hypothesenbildung bzgl. ihres Beitrags zur Suizidprävention.

Zugleich lassen die erhobenen Charakteristika der Leistungserbringer darauf schließen, dass die Gemeindepsychiatrie gute strukturelle Voraussetzungen hat, um eine wichtige Rolle in der Suizidprävention zu spielen. Denn der Großteil der vielfältigen gemeindepsychiatrischen Angebote richtet sich an die Gruppe der schwer psychisch erkrankten Menschen, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko aufweist. Diese Menschen werden im Kontext Gemeindepsychiatrie in der Regel über einen längeren Zeitraum betreut, begleitet und teils auch behandelt. Die damit angestrebte Stabilisierung und Perspektivenentwicklung stellen schon für sich genommen einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention dar. Zudem können vertraute Hilfestrukturen und gewachsene Beziehungen zu Helfenden dazu beitragen, dass beginnende Krisen bestenfalls frühzeitig erkannt und gemeinsam bewältigt werden.

Darüber hinaus gaben 37 der befragten Organisationen (entsprechend 47 Prozent der gültigen Antworten) an, Kontakt-Cafés oder ähnliche niedrigschwellige Anlaufstellen zu betreiben. Damit können auch Menschen erreicht werden, die möglicherweise (noch) keinen Zugang zum professionellen Hilfesystem haben, vielleicht auch keine professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen wollen.

Die Ergebnisse zum Fragenkomplex „**Relevanz des Themas Suizidprävention**“ zeigen, dass die Mitarbeitenden der Gemeindepsychiatrie tatsächlich bei beiden Zielgruppen mit Suizidgefährdung in Berührung kommen: Bei der eigenen Klientel wurde der Anteil der Personen, die schon einmal suizidgefährdet waren, von fast der Hälfte der Befragten als „hoch“ oder „sehr hoch“ eingeschätzt. Und nur 14 der befragten Organisationen (18 Prozent der gültigen Antworten) gaben an, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten „nie“ mit Suizidgefährdung externer Personen (z. B. Gästen von Kontakt-Cafés) zu tun gehabt hätten.

Für den hohen Stellenwert von Beziehungsarbeit in der Gemeindepsychiatrie spricht, dass die Suizidgefährdung am häufigsten von den Betroffenen selbst angesprochen wurde. 41 Organisationen (entsprechend 54 Prozent der gültigen Antworten) wählten hier eine der Optionen „oft“ oder „sehr oft“. Beim Item „Aus professioneller Sicht unseres Teams bestand der Eindruck einer Suizidgefährdung“ gaben immerhin 27 Organisationen (36 Prozent) an, dies sei in den vergangenen zwölf Monaten „oft“ oder „sehr oft“ der Fall gewesen. Informationen von dritter Seite waren dagegen deutlich seltener.

Die Befragung ergab jedoch auch, dass die institutionelle **Vorbereitung auf den Umgang mit Suizidgefährdung** noch ausbaufähig ist. 23 der befragten Organisationen (32 Prozent der gültigen Antworten) hatten keine entsprechenden internen Vorgaben (Leitlinien, Standards); 25 Organisationen (34 Prozent) boten keine Mitarbeiterschulungen zum Thema Suizidprävention an. Generell waren solche Schulungen eher selten: 37 Organisationen (51 Prozent) gaben an, dass keine oder weniger als 10 Prozent ihrer Mitarbeitenden mit direktem Klientenkontakt in den vergangenen drei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten hatten. Insgesamt zeigt sich hier eine gewisse Diskrepanz zwischen der Relevanz des Themas und dem organisationalen Handeln.

Eine ähnliche Ambivalenz tritt beim Themenkomplex „**Umgang mit Suizidgefährdung**“ zutage. Einerseits verfügt die Gemeindepsychiatrie hier über ein großes Potenzial. Nach Angaben der Befragten wurden vorhandene Ressourcen insbesondere zur Bereitstellung hochfrequenter Kontakte, zur kurzfristigen Vermittlung ambulanter Behandlungstermine, zur Initiierung von Netzwerkgesprächen mit den Betroffenen und ihren An-/Zugehörigen sowie zur kurzfristigen Vermittlung sozialer Hilfen genutzt. Andererseits kam es dennoch regelmäßig zu freiwilligen, seltener auch zu zwangsweisen Klinikaufenthalten. Bezüglich freiwilliger akutpsychiatrischer Klinikaufnahmen gaben 34 der befragten Organisationen (entsprechend 47 Prozent der gültigen Antworten) an, diese kämen bei Suizidgefährdung von Klientinnen und Klienten „oft“ oder „sehr oft“ vor. Und 31 Organisationen (45 Prozent) sagten aus, bei akuter Suizidgefährdung erfolge „oft“ oder „immer“ direkt eine Klinikeinweisung. Insgesamt entsteht also auch hier ein differenziertes Bild: Spezifische gemeindepsychiatrische Hilfen für suizidgefährdete Menschen sind offenbar möglich und werden auch genutzt. Dennoch erfolgt häufig und durchaus auch regelhafte der Verweis an die Klinik.

64 Organisationen (entsprechend 86 Prozent der gültigen Antworten) gaben an, in den vorausgegangenen zwölf Monaten suizidgefährdete Klientinnen und Klienten in andere Hilfen vermittelt zu haben. Bezüglich des wichtigen Faktors Beziehungskontinuität zeigt sich hier wiederum eine Stärke der Gemeindepsychiatrie, denn die Mitarbeitenden begleiteten die Betroffenen relativ häufig z. B. zu kurzfristigen ärztlichen bzw. therapeutischen Terminen oder Terminen bei Beratungsstellen – bei 35 Organisationen (56 Prozent) war dies „oft“ oder „immer“ der Fall. Falls es aufgrund der Suizidgefährdung zu einer Klinikeinweisung kam, besuchten die Mitarbeitenden von 46 der befragten gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer (73 Prozent) die Klientinnen und Klienten „oft“ oder „immer“ während des stationären Aufenthaltes.

Die Kooperation mit den aufnehmenden Einrichtungen erschien drei Vierteln der Befragten jedoch nur „mittelmäßig“ (49 Prozent der gültigen Antworten) oder gar „schlecht“ (26 Prozent). Vor dem Hintergrund, dass die leitliniengerechte Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen gut koordinierte, multiprofessionelle Unterstützungsleistungen erfordert (DGPPN 2018), stellt dies ein großes Problem dar. Die Freitextantworten auf die Frage nach Verbesserungsvorschlägen für die einzelfallbezogene Zusammenarbeit ergaben eine Vielzahl von Anregungen. Gewünscht wurden insbesondere ein regelmäßiger interprofessioneller Austausch, die Formulierung und Umsetzung verbindlicher Absprachen und eine gute Abstimmung mit Blick auf das Klinik-Entlassmanagement. Mehrfach genannt wurde auch die Einbeziehung von Betroffenen und, wenn möglich, von Angehörigen.

Unabhängig von der Begleitung einzelner Klientinnen und Klienten fanden **Abstimmungsgespräche zum Thema Suizidprävention** bestenfalls selten, in der Regel gar nicht statt. Im Vergleich noch am ehesten wurden sie bereichsübergreifend innerhalb der eigenen Organisationen geführt. 17 der befragten Organisationen (24 Prozent der gültigen Antworten) wählten hier die Option „oft“ oder „immer“. Mit Kliniken, mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten, mit Selbsthilfe/Selbstvertretung von Betroffenen und Angehörigen sowie mit Aktionen und Bündnissen (z. B. Bündnis gegen Depression) gab es nahezu keine strukturelle Kooperation und Vernetzung. Daraus lässt sich ableiten, dass kaum übergreifende Strategien zur Suizidprävention existieren, die zwischen den relevanten Akteuren abgestimmt werden. Vor dem Hintergrund, dass Suizidgefährdung häufig komplexe Ursachen hat und die Suizidprävention inkl. Krisenintervention entsprechend vielschichtig konzipiert sein muss (vgl. Kap. 1.1), ist das in hohem Maße bedauerlich.

Als hoffnungsvolles Zeichen kann jedoch gewertet werden, dass die gemeindepsychiatrischen Organisationen sich ihrer Verantwortung im Kontext Suizidprävention anscheinend überwiegend bewusst sind und ein stärkeres Engagement anstreben. So wurde der aktuelle entsprechende **Beitrag der Gemeindepsychiatrie** von den meisten Befragten als „mittel“ (31 Organisationen, entsprechend 45 Prozent der gültigen Antworten) oder „groß“ (20 Organisationen, 29 Prozent) bezeichnet, der künftig gewünschte Beitrag hingegen mehrheitlich als „groß“ (39 Organisationen, 55 Prozent der gültigen Antworten) oder „sehr groß“ (27 Organisationen, 38 Prozent). Zu der Frage, was die Anbieter selbst tun könnten, um die Suizidprävention zu stärken, wurden einige Desiderata für die eigene Arbeit mit Klientinnen und Klienten genannt, darunter Offenheit/Sensibilität für das Thema und eine engmaschigere Begleitung in Krisen. Eine Vielzahl von Antworten bezog sich auf das interne Qualitätsmanagement (u. a. Entwicklung von Konzepten/Standards, Supervision) und auf die Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden.

Zudem wurden eine bessere Vernetzung und Kooperation mit anderen Leistungserbringern und die Mitwirkung beim Aufbau und Angebot von Krisendiensten angeregt. Über das Gesundheitssystem hinaus blickend, wurde auch die Beteiligung z. B. an Kampagnen, Projekten und Veranstaltungen benannt, um die Aufklärung und Sensibilisierung von Politik und Bevölkerung zu erreichen. Interessanterweise beziehen sich die Freitextantworten zu einem großen Teil auf genau die Bereiche, in denen die Daten aus unserer Befragung Entwicklungsbedarfe aufzeigen. Die Ansatzpunkte für eine weitere Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention sind damit erfreulich deutlich.

Die Zusatzfrage, welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieser Ideen nötig wären, erbrachte wiederum vielfältige Aspekte. Bei den Themenbereichen „Fortbildung/Schulungen der Mitarbeitenden“, „Kooperation und Austausch“ sowie „Sensibilisierung von Politik und Bevölkerung“ ergaben sich recht große Schnittmengen mit der zuvor gestellten Frage nach eigenen Handlungsmöglichkeiten der Organisationen, allerdings wurde nun der Aspekt der gewünschten Verbindlichkeit von Maßnahmen stärker betont. Zentral war erwartbarerweise das Thema Ressourcen (Geld, Zeit, Personal). Darüber hinaus wurden Anforderungen an die psychiatrisch-psychosozialen Versorgungsstrukturen formuliert, darunter refinanzierte Krisendienste sowie die Stärkung regionaler Ressourcen und niedrigschwelliger Hilfeangebote. An dieser Stelle wird deutlich, dass Suizidprävention nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in hohem Maße von der Grundausrüstung und Konzeption des psychosozialen Hilfesystems insgesamt abhängt.

3. Zweites Teilprojekt: Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen

Um ergänzend zur Befragung der institutionellen Leistungserbringer auch das persönliche Erleben von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen zu erfassen, wurden im – vergleichsweise kleinen – zweiten Teilprojekt zusätzlich Interviews geführt und qualitativ ausgewertet.

3.1 Methodik und Durchführung

In der Projektplanung waren ursprünglich drei Fokusgruppeninterviews vorgesehen, je eines pro Zielgruppe. Allerdings zeigte sich bereits früh, dass vor allem Betroffene und Angehörige aufgrund der sensiblen Thematik lieber Einzelinterviews führen wollten. Dies führte zu der Entscheidung, beide Optionen zur Auswahl anzubieten. Letztlich fanden vier Einzelinterviews mit Betroffenen, zwei Einzelinterviews mit Angehörigen und eine Fokusgruppe sowie ein Einzelinterview mit Fachpersonen statt.

Alle Erhebungen wurden als semistrukturierte Interviews geführt. Das bedeutet, dass im Vorfeld Leitfäden entwickelt wurden, an denen sich die Gespräche grob orientieren sollten. Zentrale Themenfelder dieser Leitfäden waren persönliche Erfahrungen mit Suizidalität, die Inanspruchnahme und Beurteilung von Hilfsangeboten sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der Suizidprävention. Die Reihenfolge der Themen und Fragen richtete sich aber nach dem jeweiligen Gesprächsverlauf; zudem konnten die Interviewten auch eigene Aspekte einbringen, die dann ggf. durch Rückfragen vertieft wurden.

Die Rekrutierung für die Interviews erfolgte in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. sowie über persönliche Netzwerke des Projektteams in der Selbsthilfe. Lebensgeschichtliche Hintergründe der angefragten Personen waren dem Projektteam zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt, so dass keine Gefahr einer unbewussten Vorauswahl bestand.

Für die Teilnahme waren die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (vgl. Tab. 10):

Interviews mit Betroffenen	
<u>Einschlusskriterien:</u>	<u>Ausschlusskriterien:</u>
– Persönliche Erfahrung mit Suizidalität	– Aktuelle psychiatrische Akutbehandlung (Klinik, Tagesklinik, stationsäquivalente Behandlung) – Aktuelle psychische Instabilität (nach eigener Einschätzung der Person) – Deutlich erkennbare aktuelle psychische Instabilität (nach Einschätzung der Interviewerin)

Interviews mit Angehörigen	
<u>Einschlusskriterien:</u>	<u>Ausschlusskriterien:</u>
– Persönliche Erfahrung mit Suizidalität eines Angehörigen	– Aktuelle psychiatrische Akutbehandlung (Klinik, Tagesklinik, stationsäquivalente Behandlung) – Aktuelle psychische Instabilität (nach eigener Einschätzung der Person) – Deutlich erkennbare aktuelle psychische Instabilität (nach Einschätzung der Interviewerin)
Interviews mit Fachpersonen	
<u>Einschlusskriterien:</u>	<u>Ausschlusskriterien:</u>
– Einschlägiges Studium oder Fachausbildung (z. B. Psychologie, Soziale Arbeit, Psychiatrische Fachkrankenpflege, Heilerziehungspflege etc.) – Aktuelle Tätigkeit in der Gemeindepsychiatrie – Berufliche Erfahrung im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen	– Keine

Tabelle 10: Ein- und Ausschlusskriterien für die Interviews

Interessentinnen und Interessenten für die Teilnahme erhielten nach erfolgreicher Prüfung der Ein-/Ausschlusskriterien eine detaillierte mündliche und schriftliche Aufklärung (Studieninformation inkl. Angaben zum Datenschutz) und konnten sich bei Rückfragen an die Projektleitung wenden. Erst nach Vorliegen der unterschriebenen Einwilligungserklärung war eine Teilnahme an den Fokusgruppen- bzw. Einzelinterviews möglich.

Alle Interviews wurden von der Projektleiterin (EP) online über Zoom geführt und elektronisch aufgezeichnet; am Fokusgruppeninterview wirkte als Ko-Interviewerin zusätzlich eine Projektmitarbeiterin (LB) mit. Die Tonaufnahmen wurden über den Onlinedienst audiotranskription f4x unter Einhaltung aller Datenschutzvorschriften automatisiert transkribiert, anschließend erfolgten eine Überprüfung und manuelle Korrektur der Transkripte sowie die Pseudonymisierung. Alle personenbezogenen Angaben wurden so verändert, dass keine Rückschlüsse auf die befragten Personen mehr möglich waren.

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte unter inhaltlich-strukturierenden Gesichtspunkten nach Kuckartz (2018) mittels der Software MAXQDA. Entsprechend der Methodik von Kuckartz orientierte sich die Kategorienbildung sowohl an den Leitfäden als auch an zusätzlichen Gesichtspunkten, die in den Interviews zur Sprache gekommen waren. Die Erstkategorisierung wurde durch die Projektleiterin vorgenommen, anschließend fand eine konsensuelle Validierung innerhalb des Projektteams statt.

3.2 Ergebnisse

Die wissenschaftliche Methodik verlangt es, die Ergebnisse der Interviews faktenbasiert, sachlich und neutral darzustellen. Diese Vorgehensweise hat gute Gründe, führt aber auch dazu,

dass manche Formulierungen schmerzhaft unzulänglich erscheinen. Dies gilt insbesondere dort, wo Betroffene über Missbrauchserfahrungen oder Traumatisierungen berichtet haben. Deshalb sei vorab betont, dass wir unseren Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern größten Respekt entgegenbringen. Es ist beeindruckend, mit wie viel Kraft die befragten Betroffenen, aber auch die Angehörigen es immer wieder schaffen, schwierigste Situationen zu bewältigen. Mit ihnen gemeinsam hoffen wir, dass ihre Interviews und das Projekt GiBS insgesamt dazu beitragen können, die Hilfen für suizidgefährdete Menschen weiter zu verbessern.

Da die Projektergebnisse einem großen Kreis von Interessierten zugänglich sein sollen, verzichten wir im Folgenden weitestgehend auf die Nennung von Suizidmethoden. Um die Anonymität der Gesprächspartnerinnen und -partner zu wahren, verzichten wir zudem auf Angaben zu besonders auffälligen persönlichen Spezifika, auch wenn damit einige wenige Auszüge der Interviews leider nicht verwendbar sind.

Durchgehend haben wir uns dafür entschieden, möglichst viele und ausführliche Zitate zu verwenden, um die Befragten umfangreich selbst zu Wort kommen zu lassen. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass über das Thema Suizidgefährdung und insbesondere über das subjektive Erleben der Beteiligten noch viel zu wenig gesprochen wird.

3.2.1 Die Perspektive der Betroffenen

Mit Betroffenen wurden insgesamt vier Einzelinterviews von rund 90 bis 120 Minuten Dauer geführt. In Tabelle 11 sind die Pseudonyme sowie Angaben zu Geschlecht und Alter aufgelistet.

Pseudonym	Geschlecht	Alter
B_01	w	35
B_02	w	44
B_03	w	44
B_04	m	60

Tabelle 11: Angaben zu den interviewten Betroffenen

Die Befragten stammen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands. Es gab keine Überschneidungen hinsichtlich in Anspruch genommener Hilfen (z. B. gleiche Klinik, gleicher gemeindepsychiatrischer Anbieter etc.).

Bei der Auswertung der Interviews ergaben sich fünf Hauptkategorien mit zwei bis vier Subkategorien erster Ordnung (vgl. Tab. 12).

Hauptkategorie	Subkategorie erster Ordnung
Erfahrungen mit Suizidgefährdung	Lebensgeschichtliche Einbettung
	Persönliches Erleben
	Entlastungsfunktion von Suizidgedanken
Erkennbarkeit der Suizidgefährdung	Erkennbarkeit für andere
	Hinderungsgründe für die Offenlegung
Erfahrungen im Hilfesystem	Stationärer Sektor
	Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten
	Gemeindepsychiatrie
Ressourcen / stützende Faktoren außerhalb des Hilfesystems	Familie und Freunde
	Sonstiges
Wünsche für die Weiterentwicklung der Suizidprävention	Erkennen von Suizidgefährdung
	Unmittelbare Reaktionen auf Suizidgefährdung
	Weiterführende professionelle Angebote
	Rahmenbedingungen des Hilfesystems
	Gesellschaftliche Ebene

Tabelle 12: Hauptkategorien und Subkategorien erster Ordnung für die Interviews mit Betroffenen

3.2.1.1 Erfahrungen mit Suizidgefährdung

Zu Beginn der Interviews wurden die Gesprächspartnerinnen und -partner gebeten, frei von ihren persönlichen Erfahrungen mit Suizidgefährdung und von ihrem diesbezüglichen Erleben zu berichten. In der Auswertung ergaben sich drei Subkategorien: die lebensgeschichtliche Einbettung, das persönliche Erleben der Phase vor dem Suizidversuch, sowie die Entlastungsfunktion von Suizidgedanken.

Subkategorie „Lebensgeschichtliche Einbettung“

Alle Befragten gaben ausführliche Einblicke in den eigenen Lebenslauf. Dies ermöglicht ein vertieftes Verständnis der Hintergründe, die zu suizidalen Krisen und Suizidversuchen führten. Eine

Teilnehmerin berichtet von sexuellen Missbrauchserfahrungen bereits im Kindes- und Jugendalter:

„Also ich habe mehrere Versuche [= Suizidversuche; EP] unternommen, in unterschiedlichen Stufen oder Altersstufen meines Lebens. Das beginnt sehr früh, ungefähr drei, vier, endet dann mit 24, 25. Ich bin mittlerweile 35 Jahre alt, das heißt, es ist schon wirklich eine längere Zeit her und ist sehr eng korreliert mit sexuellem Missbrauch im familiären und auch im kirchlichen Kontext. Und also die ganz jungen Phasen waren eher so, dass ich eben wusste, ich musste an dem Tag wieder gehen oder ich musste an dem Tag wieder zu dem Täter oder zu der Person gehen, und deswegen war das dann so eine Art, ja, das war so der letzte Ausweg, und deswegen habe ich es mit drei, vier eben zum allerersten Mal versucht. Dann folgten mehrere Male, ungefähr fünf, sechs so, und dann später mit ungefähr 25 das letzte Mal, auch wieder aus ähnlichem Hintergrund.“ (B_01)

Vor dem letzten Suizidversuch gab es noch zusätzliche Belastungsfaktoren:

„Aber da war es dann auch so, dass ich viel Druck hatte im Studium. Ich habe nebenbei drei Jobs gehabt und ja, war einfach überfordert und habe es nicht mehr geschafft.“ (B_01)

Eine andere Teilnehmerin hat langjährig Vernachlässigung und emotionalen Missbrauch erlebt:

„Also der Druck kam schon aus der Kindheit, so ab meinem sechsten Lebensjahr. Da wurde ich, ähm, von meiner Mutter aus einem familiären Bereich von mir einfach wieder rausgezogen. Also ich bin von Geburt an circa ein Jahr in [Ausland] gewesen, dann sind wir hier rüber und ähm dann wurde ich zu einer Familie gegeben, weil meine Mutter keine Lust auf mich hatte und ich zu schwierig war. Da bin ich dann aufgewachsen bis zu meinem sechsten Lebensjahr. Und dann hat meine Mutter gemeint, ja, jetzt nehme ich sie wieder, weil sie auch das Kindergeld brauchte. Ähm, und da wurde ich da rausgerissen, weil für mich waren das meine Mama und mein Papa. (...) Und durfte dann keinen Kontakt mehr zu denen haben. Seit der Zeit habe ich schon angefangen Depressionen zu entwickeln. Und die wurden halt immer schlimmer, weil das war in der Familie, wo ich reingekommen bin, sehr kalt mit Lügen und Stehlen (...) und, ähm, ja, die [Mutter; EP] hat sehr viele Männer gehabt und es gab Misshandlungen, Missbrauch. Und ähm, ich für mich war schon sehr früh erwachsen, weil ich alles für meine Mutter machen musste, einkaufen, kochen, aufräumen, ähm, die Kotze wegmachen, wenn sie halb betrunken nach Hause kam. Und es war egal, wenn halt ein Mann da war, egal wie viel Uhr, musste ich mit meiner Schwester raus aus der Wohnung und dann hinten auf einen dunklen Spielplatz. So. Und es war wirklich, wirklich schlimm. Es gibt noch sehr viel mehr Dinge, aber das würde den Rahmen sprengen, denke ich.“ (B_02)

In der Folge unternahm sie mehrere Suizidversuche:

„Und das erste Mal, wo ich versucht habe mich umzubringen, war mit 13 (...) und bin dann eingeschlafen und wieder wach geworden und mein ganzer Körper war irgendwie taub und ich habe mich überall übergeben. Und meine Mutter hat das nicht interessiert. Ich musste trotz dass ich so, ähm ja, trotz dass ich so benebelt war und meinen Körper nicht richtig spüren konnte, ähm, musste ich einkaufen gehen. Und, äh, wenn sie sagt einkaufen, dann ist das schon ein Großeinkauf und ich musste vier oder fünf Mal hin und her laufen, weil ich das alles nicht schleppen konnte. Und ich habe mich unterwegs unter, äh übergeben. Und ähm, so fing das eigentlich an, also es hat keinen interessiert, dass ich gerade versucht habe, mich umzubringen und ich auch versucht habe, meiner Mutter das zu erklären, dass es mir nicht gut geht. Und, ähm, das hat sie nicht interessiert. Also, das war mein erstes Mal, dass ich wirklich, äh, mich umbringen wollte. Und es gab noch viele andere Male, wo ich dann halt das versucht habe (...)“ (B_02)

Der letzte Suizidversuch lag zum Zeitpunkt des Interviews rund acht Jahre zurück. Suizidgedanken beschreibt die Gesprächspartnerin als weiterhin gegenwärtig:

„Ich sehne mich manchmal nach dem Tod, weil einfach zu viel ist. Auch wenn ich Leute um mich drum herum habe und alles super ist, sehne ich mich manchmal danach, weil ich einfach denke: Warum muss mir das alles passieren? Warum, ähm, kann es nicht, kann ich nicht normale Eltern haben? Warum kann ich nicht normale Freunde haben, oder einen Freundeskreis so einen vernünftigen oder halt die normalen Sachen. (...) Und diese Gedanken kommen natürlich, wenn man halt, also wenn Depressionsschübe kommen.“ (B_02)

Die dritte Interviewte fühlte sich als Kind für ihre psychisch erkrankte Schwester verantwortlich und zugleich überfordert:

„Also meine Schwester hatte auch psychische Probleme. Meine Eltern wollten das nicht wahrhaben. Und, ähm, ich habe so das Gefühl gehabt, ich muss da irgendwie helfen, ich muss gucken, dass meine Schwester halt auch Hilfe bekommt, bin da aber bei meinen Eltern halt stumpf vor die Wand gelaufen. (...) Und, ähm, ja, ich war dann völlig verzweifelt und habe dann irgendwann gedacht, ich halte das nicht mehr aus.“ (B_03)

Ihren ersten Suizidversuch unternahm sie im Alter von ungefähr 16 Jahren. Ihre Klassenlehrerin hatte sie einige Zeit zuvor zum Schulpsychologen vermittelt, der sie gut unterstützte, nun aber auf Fortbildung war.

„Und der Schulpsychologe hat mir jedes Mal das Versprechen abgenommen, dass wir uns wiedersehen. Also jedes Mal diesen Anker: Kannst du mir versprechen, dass wir uns wiedersehen? Und (...) das auch immer mehrmals wiederholt. Und, ähm, ja, dann hatte ich den Termin mit dem vertretenden Psychologen. Und der sagte dann: Nächste Woche ist ja der Herr Sowieso wieder da. Und dann habe ich gesagt: Bitte nehmen Sie mir das Versprechen ab, dass... Weil das war für mich so der Anker, das war für mich das, was mir wichtig war. Und dann sagte er: Nö. Weil also wenn Sie mich schon darum bitten, dann kann ich ja eigentlich davon ausgehen, dass nichts passiert, und nee, also das, ähm, nee, sehe ich keinen Grund, und so was mache ich auch nicht. (...) 24 Stunden... Ich glaube, nicht einmal 24 Stunden später, ich glaube, das war noch am gleichen Abend, habe ich dann halt (...) versucht, mich umzubringen.“ (B_03)

Auch im Erwachsenenalter, nach dem Auszug bei den Eltern, gab es schwere Krisen. Eine Klinikaufnahme mündete in einen weiteren Suizidversuch.

„Und habe dann aber trotzdem auch immer wieder noch so Phasen gehabt, wo ich, wo ich depressiv war, schwer depressiv, und dann, ich sag jetzt mal abgestürzt bin und, ähm, auch dann wieder in der Psychiatrie war. (...) Und ich hatte einen Suizidversuch in der Psychiatrie. Das war aber irgendwie, ähm, eher so eine Verzweiflungstat, weil ich das Gefühl hatte, dass mir keiner so richtig zuhört und es keiner wirklich versteht, in welchen Nöten ich bin. (...) Wo ich auf der geschlossenen Station war, hieß es eher so: Ist doch nicht dein Problem. Wo ich dann gesagt habe: Das ist meine Schwester, das ist mein Problem. Da war dann irgendwie... Ich denke mal, das war auch eher so, ich sag jetzt mal Hilferuf. Irgendwie zeigen, wie schlecht es mir eigentlich geht.“ (B_03)

Trotz aller Belastungen schaffte es die Gesprächspartnerin in den folgenden Jahren, eine Berufsausbildung abzuschließen und eine Festanstellung zu erhalten. Nach einiger Zeit traten jedoch dissoziative Krampfanfälle auf. Nach mehreren Aufenthalten in Akut- und Reha-Kliniken scheiterte die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. Damit war erneut ein Tiefpunkt erreicht:

„Und das war so der Punkt, wo ich dann völlig verzweifelt bin (...) und wieder dann gesagt habe: Nee, das ist alles nichts, mein Partner, den belaste ich nur, und nee. Und da habe ich dann, ähm, wieder (...) versucht mir das Leben zu nehmen.“ (B_03)

Der vierte Teilnehmer hatte ebenfalls bereits im Jugendalter Suizidgedanken:

„Ich meine, ich habe entsprechende Gedanken schon seit ich, keine Ahnung, ich kann es jetzt rückblickend nicht ganz eingrenzen, ob ich da 11 war oder 12 oder 13 (...), aber so um den Dreh rum. (...) Also sprich, also dieses Thema verfolgt mich schon lange. Ich hatte irgendwann dann auch den Vorsatz später, okay, älter als 18 will ich eh nicht werden, weil, ähm, also das war '80er Jahre beziehungsweise eben '70er, '80er Jahre damals. Das mit den '80ern war dann ja damals, ob jetzt Umweltkatastrophen oder drohender Atomkrieg und so weiter...“ (B_04)

Ein erster Suizidversuch wurde durch frühzeitiges Eingreifen einer Mitschülerin verhindert, als der Interviewte in der achten oder neunten Klasse war. Einen weiteren Suizidversuch an seinem 18. Geburtstag unterbanden anwesende Gäste. Eine spätere suizidale Krise stand im Zusammenhang mit dem psychotischen Erleben, das erstmals im späten Jugendalter aufgetreten war:

„Und da war eben auch eine Person, die gedacht hat, sie müsse mich jetzt dazu drängen, dass ich irgendwo, äh, ob man mich in irgendeine coole psychologische Klinik oder sonst irgendwas hin be-gebe, wo sie mich begleitet und was weiß ich was alles irgendwie. Einerseits lässt man sich drängen, andererseits will man da gar nicht hin und so weiter. Und dann war es halt eine Situation am U-Bahnhof (...) sozusagen, ähm, wo dieses widerstrebende jetzt Mitkommen und dann doch nicht usw. eigentlich dann ähm... Es einen Punkt hatte, wo wir auf der Treppe saßen, ich eigentlich nicht weiter wollte und mich aber auch nicht so richtig klar geäußert habe. (...) Also, das war eine Situation... Ich habe gehört, dass die U-Bahn einfährt, und dann bin ich aufgestanden, losgerannt Richtung Bahnsteig. Dann hat diese Person geschrien. In dem Moment hat es bei mir Klick gemacht. Ich bin stehengeblieben, ähm, und also da habe ich dann plötzlich gemerkt irgendwie, dass das genau... Ähm, also, das heißt, ich bin nicht vor den Zug gesprungen, aber es gab Uniformierte, die das gesehen haben, die dann irgendwie die 110 oder die grünen Männchen gerufen haben, damals grün und nicht blau.“ (B_04)

Subkategorie „Persönliches Erleben“

Drei der vier Gesprächspartnerinnen und -partner hatten zum Interviewzeitpunkt noch eine recht gute Erinnerung an das Erleben im Vorfeld der Suizidversuche. Übereinstimmend beschreiben sie längere Entwicklungsprozesse:

„Also es war, denke ich, wie bei allen oder den allermeisten Patienten so, (...) es war natürlich so eine Akkumulation. Und dann kam irgendwann der Moment, wo ich sagte, okay, jetzt ist es insgesamt einfach über die Länge betrachtet zu viel und ich möchte das so nicht mehr für mich.“ (B_01)

„Ähm, bei mir ist es so wie ein Fass. Es füllt sich, es füllt sich durch den ganzen Stress, die Ängste und so weiter und so fort. Und sobald ich anfangen in meinem Kopf zu planen, ist es schon fast zu spät.“ (B_02)

Eine Befragte schildert eine latente Suizidalität über einen längeren Zeitraum, bevor es zum konkreten Suizidversuch kam:

„(...) ich war schon lange Zeit latent suizidal. Also es war wirklich ein ganz langer Prozess. Das war nicht nur ein paar Monate, sondern es ging wirklich schon länger. Und ich hatte dann zum Beispiel den Hang dazu, sehr, sehr unachtsam mit mir selber umzugehen. (...) Ich bin jeden Tag mit dem Fahrrad in die Uni gefahren in der Großstadt und ich bin, würde man so salopp sagen, gefahren wie

Sau. Weil ich immer wusste, wenn was passiert, dann ist es halt so und dann ist es irgendwie egal oder dann ist es vielleicht sogar gewollt, ohne dass ich es aktiv tun muss. (...) Also eine ganz seltsame Art von Suizidalität. Ich habe das auch immer als so omnipräsent empfunden. Jedes Mal, wenn ich aufs Fahrrad gestiegen bin, habe ich gewusst: Okay, vielleicht passiert heute was. Und das wäre nicht schlimm gewesen.“ (B_01)

Die Perspektive habe sich zunehmend verengt:

„Ich hatte noch Ziele, die wurden aber dann mit der Zeit immer, immer kurzfristiger. Also erst wollte ich natürlich mein Studium, ich wollte eine tolle Note usw. und irgendwann ging es dann nur noch darum, in dieser Prüfung mindestens 1,7 und die war schon nächste Woche. Und drüber hinweg habe ich eigentlich nicht gedacht. (...) Also ich habe das nicht geplant, ob ich im nächsten Sommer jetzt irgendwie was Besonderes mache, sondern das war alles in einem Tunnel und der hat nicht weit gereicht vom Lichtstrahl her.“ (B_01)

Die persönliche Entscheidungs- und Handlungsfreiheit bei akuter Suizidgefährdung wird individuell unterschiedlich erlebt. Eine Betroffene spricht von einem „Blackout“:

„Und manche stehen neben sich, ähm, und die machen das einfach. Ich zum Beispiel bin dann halt komplett Blackout. Ich sehe nichts mehr, außer das, dass ich es machen muss. Und andere wiederum können dann halt, äh, davon auch selber sagen: Nee, ich mache das jetzt doch nicht. Das würde bei mir überhaupt nicht funktionieren.“ (B_02)

Eine andere Gesprächspartnerin hat jeweils bewusst entschieden, „die Reißleine“ zu ziehen oder eben nicht:

„Also bei dem ersten [Suizidversuch; EP] kann ich es nicht wirklich sagen. Bei den folgenden Suizidversuchen war das immer so, ähm, es war dann im Hintergrund irgendwie ein Thema, also für mich selber so. Zuerst hat es Angst gemacht und dann war so, na ja, gut, okay, das Thema ist halt da. Und wenn ich dann angefangen habe, davon zu träumen nachts (...) dann wusste ich: Hm, jetzt wird es, jetzt wird es eng. Weil dann auch, ähm, so konkretere Überlegungen kamen und dann ich halt wirklich gemerkt habe: Okay, jetzt, jetzt muss ich die Reißleine ziehen. Oder, ähm, ich habe das dann laufen lassen, weil ich dachte: Okay, jetzt kriege ich einen Plan zusammen. Das heißt, ähm, ich habe es für mich vorbereitet und sobald halt da die entsprechende Situation kommt, weiß ich halt, was ich, was ich tun muss, um...“ (B_03)

Subkategorie „Entlastungsfunktion von Suizidgedanken“

Zwei der Interviewten geben explizit an, dass sie Suizidgedanken auch als entlastend erlebt haben. Im Kontext sexuellen Missbrauchs waren sie ein Mittel, um das Leid überhaupt zu ertragen:

„Es hat sich so angefühlt, dass sobald man für sich entschieden hatte, dass man es nicht mehr möchte und dass man es selber beenden wird, von da an war es eher so ein Tunnelblick. Dann war es irgendwie egal, dass man noch mal dorthin muss und dass man noch mal das machen muss, obwohl es unangenehm ist, weil es einfach das Gefühl hatte, es ist eh das letzte Mal und es endet bald. Ja, es ist nicht mehr relevant, es ist ja... Und dann ließ sich auf einmal alles viel besser aushalten.“ (B_01)

Die Vorstellung, über das eigene Lebensende selbst zu entscheiden, gab das Gefühl von Autonomie:

„Du lebst eigentlich nur noch bis zum nächsten Versuch. Und das Gute daran ist, dass du es entscheidest, wann. Das hat mir irgendwie Sicherheit, so blöd wie es klingt, gegeben, dass ich Handlungsradius habe, dass ich das entscheide und es nicht fremdbestimmt ist.“ (B_01)

Letztlich war der Gedanke, das eigene Leben zu beenden, auch eine Überlebensstrategie:

„Also das heißt Suizidgedanken, Suizidvorstellungen haben mich lange verfolgt oder waren irgendwie eine meiner Strategien, so mental. Um sozusagen zu wissen, da gibt es noch einen Notausgang vielleicht (...)“ (B_04)

„Also ich muss sagen, mir hat diese Option, du bringst dich irgendwann anders vielleicht noch um, oder du bringst dich um, wenn du sagst, es ist zu viel, die hat mich überraschend lange gerettet.“ (B_01)

3.2.1.2 Erkennbarkeit der Suizidgefährdung

Zu dieser Kategorie ergaben sich als Subkategorien erstens die Erkennbarkeit für andere und zweitens Hinderungsgründe für die Offenlegung.

Subkategorie „Erkennbarkeit für andere“

Alle vier Gesprächspartnerinnen und -partner haben im Kindes- oder Jugendalter aktiv Hilfe gesucht oder zumindest mit Andeutungen auf ihre Not aufmerksam gemacht. Eine Person wandte sich an die Kindergärtnerin, eine andere schilderte ihre Not und die Suizidgedanken der Klassenlehrerin. Eine Teilnehmerin berichtet von vielfachen Hilferufen:

„Also dass ich das erste Mal mich umbringen wollte, war ein langer Prozess, war wirklich ein langer Prozess, weil man versucht, irgendwie, auf irgendeine Art und Weise sich Hilfe zu holen, sei es bei Schwestern, Brüdern, äh, also halt Familie, Freunde oder halt in der Schule.“ (B_02)

Die vierte Person äußerte sich gegenüber anderen eher indirekt:

„Irgendwann, siebte, achte [Klasse; EP] war es dann auch soweit, dass ich dann auch gegenüber den wenigen Menschen, mit denen ich näher zu tun hatte, ab und zu mal irgendwelche mehr oder weniger scherzhaften Bemerkungen gemacht habe.“ (B_04)

Im Erwachsenenalter dagegen wurden Suizidabsichten von allen Befragten eher verborgen. Eine Befragte beschreibt dies wie folgt:

„Ich finde, man wird mit jedem Versuch besser, es zu tarnen. Und ich kann sehr gut Leute glauben machen, dass es mir gut geht. (...) Also ich bin immer überzeugend zu sagen: Nein, es geht mir gut. Es ist gerade nur, ich habe viel Stress. Ich bin gerade irgendwie müde und ähm... Nein. Also da mache ich meiner Umwelt aber auch gar keinen Vorwurf. Also das ist bei mir super schwer zu erkennen.“ (B_01)

Subkategorie „Hinderungsgründe für die Offenlegung“

Ein Grund dafür, dass Betroffene im Erwachsenenalter keine Hilfe suchen, sind schlechte Erfahrungen aus der Vergangenheit. Die Person, die sich nach einem frühkindlichen Suizidversuch an die Kindergärtnerin wandte, stieß damals auf Unverständnis:

„Also als kleines Kind (...) sieht es natürlich nicht danach aus. Da sieht es dann für dich aus, als ob ein Kind aus dem Fenster fällt. Ja, das passiert halt bei Kindern und deswegen... Aber dem einzigen, dem ich damals gesagt habe, war meine Kindergärtnerin und die hat das eben nicht, die hat das so als Erfindung abgetan. Das ist bei Kindern natürlich, liegt das irgendwie schon auf der Hand. Es war aber keine und deswegen war meine Erfahrung damit, sich jemandem mitzuteilen, in dieser Hinsicht schon sehr, sehr negativ.“ (B_01)

Eine andere Teilnehmerin, die als Kind erhebliche Misshandlungen im familiären Umfeld erlitt, fand damals keine Unterstützung bei den zuständigen Behörden und sucht seitdem keine Hilfe mehr:

„(...) weil ich ein stiller Suizider bin. Ich gehe nicht hin und sage, ich bringe mich jetzt um, oder sag, bitte helf mir, hol mich hier raus. Äh, weil ich auch beim Jugendamt war, ich war bei der Polizei, und keiner hat mir geholfen. (...) Meine Mutter ist ein Manipulator und sie hat alle um den Finger gewickelt. Also, sie war von außen immer die perfekte Mutter. Alle mochten sie, auch meine Freunde fanden das immer toll.“ (B_02)

Ein weiterer Grund für das Verschweigen von Suizidgedanken liegt in der Angst vor der Psychiatrie:

„Und zum anderen auch, weil ich einfach die Institutionen, so was wie geschlossene Abteilung der Psychiatrie, sehr fürchte. Weil ich natürlich weiß, wenn man ganz offen suizidale Ankündigungen oder suizidale Gedanken äußert, dann ist der erste Weg wahrscheinlich in die geschlossene Psychiatrie. Und das wollte ich für mich nicht.“ (B_01)

Eine Person hat im Kontext einer Psychose schlechte Erfahrungen mit der stationären Akutpsychiatrie gemacht:

„Und mich hat ja dann diese Erfahrung getrieben, dass ich halt irgendwie mitbekommen habe, wie sich psychiatrische Hilfe anfühlt, also so beim ersten Mal, so mit massiver Zwangsbehandlung und allem Drum und Dran.“ (B_04)

Auch das Empfinden von Scham ist ein Motiv dafür, Suizidgedanken zu verbergen:

„Ich hatte konkrete Ängste, mich anderen zu öffnen, weil ich zum einen mich unglaublich geschämt habe. Ich war immer stolz, dass ich mein Leben selber so gut auf die Reihe bekomme, dass das mit dem Stipendium klappte. Und ich wollte diesen Schein einfach aufrechterhalten.“ (B_01)

Bei einer Teilnehmerin bestand zudem die Angst, ihre Angehörigen zu überfordern:

„Ähm, ich glaube, ich hätte dem einen oder anderen, auch meinen Eltern, äh, das eher erzählt, wenn ich gewusst hätte, die haben jemanden, an den sie sich wenden können. Sie stehen nicht alleine damit da.“ (B_03)

3.2.1.3 Erfahrungen im Hilfesystem

Auch wenn das Projekt GiBS sich primär mit der Gemeindepsychiatrie beschäftigt, wurden die Gesprächspartnerinnen und -partner in den Interviews nach ihren Erfahrungen im Hilfesystem insgesamt gefragt. Denn im Zusammenhang mit Suizidgefährdung sind häufig verschiedenste Unterstützungsformen (gleichzeitig oder nacheinander) relevant, die bestenfalls aufeinander bezogen sein sollten. Somit ergaben sich als weitere Subkategorien erster Ordnung auch der stationäre Sektor und die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, sind Subkategorien zweiter Ordnung nur durch Fettung hervorgehoben.

Subkategorie „Stationärer Sektor“

Der **Zugang zur stationären Akutpsychiatrie** erfolgte für die meisten der Befragten unfreiwillig nach einem Suizidversuch:

„Also ich wurde fast von der Intensivstation gefühlt direkt dorthin verlegt. Ja, und ähm, war körperlich noch gar nicht bereit für was Neues und kognitiv. Ich war zwar ansprechbar, aber das war es dann halt auch schon, ansprechbar.“ (B_01)

„Ich war dann nachts intensiv, bin dann wieder in die Klinik gekommen, ähm, wieder mit Beschluss.“ (B_03)

Eine Betroffene suchte bei drängenden Suizidgedanken teilweise auch selbst Hilfe in der Klinik:

„Also sobald dann die (...) Träume kamen, das war für mich dann, wenn ich es selber nicht wollte, wenn ich gesagt habe, nee, Suizid ist kein, keine Option, dann habe ich halt bei meinem Therapeuten oder halt beim Sozialarbeiter Alarm geschlagen oder bin dann halt auch schon mal selber in die Klinik gegangen, habe gesagt, okay, das ist gerade nicht gut.“ (B_03)

Allerdings erlebte sie die Verantwortlichen als abweisend:

„Was ich dann in der Klinik immer schwierig fand, war: Ich hatte das Gefühl, ich müsste betteln, aufgenommen zu werden. Also dieses, dieses provokative Fragen. Dieses, dieses Herausfinden, wie, wie schwer oder wie schlecht geht es mir eigentlich? Das fand ich immer furchtbar. Und ich bin dann einmal beigegangen und habe gesagt: Gut, dann gehe ich wieder. Ähm, ja, das wollten sie dann aber auch nicht. (...) Bis mir dann irgendjemand mal erklärt hat, ähm, dass sie halt einfach nur herausfinden wollen: Ist das so nach dem Motto ‚Ich brauche ein Bett für die Nacht‘? Oder ist es tatsächlich ernst? Wo ich dann gesagt habe: Leute, aber das ist jetzt nicht so wirklich der richtige Weg!“ (B_03)

Bezüglich der **Erfahrungen der Befragten in der Akutpsychiatrie** ergibt sich ein heterogenes Bild. Zwei Teilnehmende erlebten die psychiatrische Klinik – trotz mancher Kritikpunkte – auch als Schutzraum:

„Aber es gab, es war halt irgendwie schon ein Netz. Es war irgendwie so eine Umgebung und es war irgendwas, wo ich mich rechtfertigen konnte und wo mir zumindest solche Dinge abgenommen wurden wie ich muss mich um mein Essen kümmern oder irgendwie andere Alltagssachen, sondern das war einfach so ein Rahmen. Und weil ich ja auch nicht so ganz körperlich fit war, war das deswegen für mich total hilfreich. Also das war hilfreich, das könnte man sagen.“ (B_01)

„In der (...) Psychiatrie hat man ja diesen Safe Place. Man kriegt keine Post, also keine gelben Briefe. Keiner will irgendwas von dir. Du musst nirgendwo hin, außer halt deine Aktivitäten oder deine Skills lernen. Oder halt über Probleme reden. (...) Und man vermisst das. Man vermisst das wirklich. Also ich persönlich vermisse es, aber ich will nicht noch mal rein.“ (B_02)

Der Zusatz „ich will nicht noch mal rein“ lässt jedoch eine gewisse Ambivalenz erkennen. Tatsächlich machte die Befragte, die in zwei unterschiedlichen Kliniken jeweils auf der geschlossenen Akutstation behandelt wurde, extrem gegensätzliche Erfahrungen. Die erste Klinik bezeichnet sie als „super“ (B_02):

„Sie wollten immer, dass die Zimmer auf sind, also die Türen auf sind, außer nachts. Und die haben immer wieder reingeguckt, haben gefragt: Geht es dir gut? Wenn man geweint hat: Möchtest du eine Umarmung haben oder sollen wir reden? Wir können auch gerne in irgendeinen Raum gehen. Oder sollen wir zusammen was spielen? Dann haben die mit uns gespielt, Mensch ärgere dich nicht, Karten oder so, oder Rätsel zusammen gemacht in irgendeinem Heft. Und, ähm (...) die haben das Gefühl gegeben, man ist aufgehoben, man... Es wird sich um einen gekümmert. Zum Beispiel war der Ergoraum immer offen, also bis, manchmal sogar bis 19 Uhr, und man konnte da immer reingehen. Man konnte Radio hören dort, man konnte basteln, man konnte an fast alle Dinge dran und ähm, ich habe da meine Körbe gemacht oder ich habe da irgendwelche Flechttechniken gemacht. Das war immer sehr, sehr schön. Und da war halt auch immer jemand da, der halt auch mit aufgepasst hat. (...) Die waren, auch wenn die gestresst waren, haben die nie einen angepöbelt, sondern gesagt: Hey, ich habe im Moment keine Zeit, aber ich komme in zehn Minuten noch mal wieder, kannst so lange auf mich warten oder vielleicht was anderes machen. Man hat es richtig gemerkt, dass die versucht haben, ihren Stress nicht an uns auszulassen. Und die haben auch gesagt, wenn du deine Ruhe haben möchtest, kein Problem. Aber wenn irgendwas sein sollte, komm einfach, ist kein Problem.“ (B_02)

Ihre späteren Erlebnisse in einer anderen Klinik waren in jeder Hinsicht gegenteilig und entsprachen damit eher dem, was die anderen Befragten schildern. Tatsächlich wurden in den Interviews eine ganze Reihe von Kritikpunkten an der stationären Akutpsychiatrie genannt. Dazu

zählt zunächst der Verlust der persönlichen Autonomie. Dies betrifft zum einen das gesamte Setting:

„Ich empfinde stationär als eine sehr, sehr drastische Maßnahme. Für mich ist eine Psychiatrie eine Institution und irgendwie auch so eine totale Institution, weil eine Geschlossene ist einfach geschlossen, auch wenn sie sie mittlerweile beschützt nennen. Das ändert nichts.“ (B_01)

Darüber hinaus schildert eine Gesprächspartnerin eine medikamentöse Behandlung ohne jede Aufklärung und informierte Einwilligung:

„Weil nach meinen Suizidversuchen wurde ich sofort medikamentös eingestellt, ohne Gnade, ob ich wollte oder nicht. Und man hat mir nie gesagt, was das eigentlich ist.“ (B_01)

Die weiteren Behandlungsangebote auf der Akutstation – mit Ausnahme des oben genannten Positivbeispiels – wurden von den Befragten übereinstimmend als unzureichend erlebt. Dies gilt erstens hinsichtlich des Umfangs:

„Ähm, aber so mit Ärzten und Therapeuten, das waren meistens... Es waren ja oftmals auch nur ein, zwei oder drei Gespräche insgesamt für den gesamten Aufenthalt.“ (B_03)

„Und, ähm, (...) dass man halt nichts machen konnte. Es gab halt eine Stunde Ergo oder halt auch Musik oder Malen oder sowas. Aber halt nur diese Stunde.“ (B_02)

Vor allem aber erschien die Behandlung den Betroffenen als nicht bedarfsgerecht. Zu den Standardinterventionen gehörte bei einer Gesprächspartnerin das Training sozialer Kompetenzen:

„Und ansonsten war ich in einer Gruppe, die hieß soziale Kompetenz. Und da habe ich so Sachen gelernt wie: Wenn ich das Gefühl habe, ich werde von jemandem schwach angedet von der Seite, dann soll ich sagen, mir geht es jetzt gerade nicht gut damit, was du sagst, weil das verletzt mich. Also es war, finde ich, jetzt auch so ein bisschen an der Sache vorbei. Weil das nicht das Problem war. Ich sehe das ein, dass es viele, viele Problematiken gibt, wo soziales Miteinander ganz, ganz schwer sein kann. Aber das war für mich, finde ich, einfach nicht passend.“ (B_01)

Zudem wurde sie der Ergotherapiegruppe zugewiesen:

„(...) weil ich zum Beispiel auch in die Ergotherapie gegangen bin. Dort sollte ich besser mit mir in Kontakt kommen und besser mich empfinden. Und letztendlich habe ich dort Apfelkuchen gebacken und das fand ich halt alles sowas von am Sinn vorbei und habe mich nicht verstanden gefühlt.“ (B_01)

Zwei der Befragten sagen aus, dass das Thema Suizidgefährdung in der Akutpsychiatrie nicht in ausreichender Weise relevant gewesen sei. Eine Gesprächspartnerin vermisste das Interesse an den Hintergründen ihres Suizidversuches:

„Aber es war nie (...) irgendwas, wo ich sage, okay, das ist ein Versuch, mir zu helfen, oder das ist ein Versuch, zumindest nachzuvollziehen, warum ich es getan habe, sondern ich war einfach da.“ (B_01)

Auch die Frage nach der Suizidgefährdung nach Klinikentlassung wurde nicht gestellt:

„Aber es war nie einer, der aktiv hergekommen ist und gesagt hat: Wenn wir Sie jetzt morgen entlassen, bringen Sie sich dann wieder um oder versuchen Sie dann gleich wieder, sich umzubringen? Das hat nie einer gemacht.“ (B_01)

Eine andere Befragte wurde zwar während ihres akutstationären Aufenthaltes nach aktuellen Suizidgedanken gefragt, hatte aber nicht den Eindruck ehrlichen Interesses:

„Es interessiert die ja eh nicht. Das ist eine Standardfrage, die sie stellen müssen. Wenn ich ja sage, passiert auch nichts anderes, außer, dass ich nicht entlassen werde. Es ändert sich an der aktuellen Situation auf Station überhaupt nichts.“ (B_03)

Insgesamt erlebte eine Gesprächspartnerin keinen nachhaltigen Nutzen ihrer Klinikaufenthalte:

„(...) weil ich muss sagen, ich habe die Aufenthalte in der Psychiatrie nur als Verwahrung empfunden.“ (B_01)

Eine Befragte berichtet zudem, sie habe sich auf der Akutstation ungute Strategien von Mitpatienten abgeschaut:

„Und, ähm, dann fing es aber an mit selbstverletzendem Verhalten. (...) Ich hatte immer so einen inneren Druck, den ich nicht losgeworden bin, und ich habe leider in der Psychiatrie auf der Geschlossenen gelernt, dass es Leute gibt, die das halt machen, damit es ihnen besser geht. Ja, ähm, man lernt nicht immer nur Gutes.“ (B_03)

Die **Entlassung aus der Akutklinik** erfolgte in einem Fall extrem kurzfristig:

„Man kam zu mir und sagte, der Kostenträger zahlt nicht weiter. Sie werden heute Nachmittag entlassen. (...) Also mich hat ein Krankentransport nach Hause gefahren und die haben mich dann vor der Tür abgeliefert und sind dann gegangen. (...) Man hatte mir halt wirklich noch mal ans Herz gelegt, dass ich nach einem Psychiater und Psychotherapeuten gucken soll. Aber das war es quasi dann im Entlassgespräch. (...) Und das war dann schon schlimm, dieses Realisieren, man ist jetzt wieder im alten Leben zurück, also wortwörtlich im alten. Es hat sich nichts geändert. (...) Also, ich hatte so das Gefühl, du schaffst es nicht mal, dich umzubringen. Und jetzt stehst du da und keiner hilft dir. (...) Und das war für mich so der dunkelste Punkt, als ich dann entlassen wurde.“ (B_01)

Grundsätzlich erlebte die Interviewte das Entlassmanagement der Kliniken als mangelhaft:

„Die Perspektive nach Hause, die wurde bei allen meinen psychiatrischen Krankenhausaufenthalten nie geschlagen. Es ging immer nur: Sie sind jetzt hier. Und sobald Sie durch diese Tür sind, sind wir Sie endlich los. Und es gab für mich überhaupt kein Netz (...) Ja, und da hätte ich Perspektiven gebraucht. Da hätte ich gebraucht: Guck mal, es gibt hier den sozialpsychiatrischen Dienst, und es gibt hier die PIA [= *Psychiatrische Institutsambulanz; EP*] oder ganz wurscht was, Hauptsache, man hätte mir eine Option oder eine Perspektive gegeben.“ (B_01)

Insgesamt positiver als Akutstationen wurden **Psychotherapiestationen und Tageskliniken** erlebt. Eine Gesprächspartnerin lobt die angebotenen Aktivitäten in der Tagesklinik:

„Man konnte, also man wurde halt immer in Gruppen eingeteilt, die anderen kochen, die anderen machen dies oder die anderen sind in der Werkstatt. (...) Man konnte da auch eine Massage bekommen, man konnte da auch Fahrrad fahren. Äh, dann mittwochs gab's immer Ausflüge. Ähm, oder wir sind dann bei schönem Wetter raus in den Garten und haben Spiele gespielt. Oder nach dem Essen Bewegung. Das war toll. Das war richtig toll.“ (B_02)

Als besonders hilfreich erlebte eine andere Befragte die Individualität der Behandlung. Nur unter diesen Rahmenbedingungen habe sie ehrlich über Suizidgedanken gesprochen:

„Also, ähm, Tagesklinik und Therapiestation, wo auch wirklich dann geschaut wurde: Wie kann man die Situation verändern, verbessern? Da war es so, dass ich halt wirklich ehrlich war, wenn es für mich gefährlich wurde, in Anführungszeichen.“ (B_03)

Der Umgang mit Suizidgefährdung wurde dort gemeinsam abgesprochen, wobei auch vorübergehende Freiheitseinschränkungen ein probates Mittel sein konnten – allerdings nicht von außen vorgegeben, sondern als autonom erbetene zeitweise Autonomiebegrenzung:

„Ähm, und dann ging es auch wirklich gleich darum: Was ist entlastend? Was kann helfen? Wenn ich dann gesagt habe, also zum Beispiel, ähm, ich brauche einfach eine längere Mittagspause, oder, ähm, das und das stresst mich, oder, ähm, allein auch zu sagen: Das Problem, dass ich jederzeit raus kann, äh, dass ich mich nicht abmelden muss, dass ich nicht irgendwie eine enge Vorgabe habe oder

so, das stresst mich im Moment. Ähm, dann war das ganz einfach: Okay. Es gibt die und die Vorgaben.“ (B_03)

Als zentrale Wirkfaktoren beschreiben die Betroffenen **die Kommunikation und die Beziehung** zu den Fachpersonen – gleichermaßen in allen Formen stationärer Versorgung. Eine Person empfand eine bestimmte Klinik nicht zuletzt deshalb als wenig hilfreich, weil keine therapeutische Beziehungskontinuität gegeben war:

„Es gab einmal die Woche einen Psychotherapeuten, der kam, aber das war auch jede Woche ein anderer. Und das ist halt für mich wenig Hilfe, weil für mich ist wichtig, wenn ich jemandem vertrauen möchte und was erzählen möchte, dann brauche ich eine Art Beziehung. Und wenn jede Woche ein anderer kommt, dann muss ich halt jede Woche sagen, warum ich eigentlich hier bin. Dann ist schon mal ein Viertel der Zeit um. Und deswegen, das hat mir überhaupt nicht geholfen.“ (B_01)

Das genaue Gegenteil erlebte sie in einer psychosomatischen Reha-Klinik – mit positiven Folgen:

„Ich habe den Arzt dieser Station als meinen Einzeltherapeuten gehabt und das war im Nachhinein mein großes Glück. Also das ist jemand, mit dem ich unglaublich gut zusammenarbeiten konnte und kann. Den habe ich bis heute. Der ist bis heute geblieben. Und obwohl sich viel getan hat, neue Arbeit, neuer Umzug, alles. Aber trotzdem ist der noch da. Und ja, das hat wirklich wortwörtlich mein Leben geändert.“ (B_01)

Aber selbst in einmaliger Kommunikation können Fachpersonen nachhaltig positiv wirken. Eine Befragte erinnert sich nach vielen Jahren noch an eine ärztliche Visite:

„Ich hatte eine Oberärztin, die unglaublich empathisch war. (...) Und sie kannte mich vielleicht höchstens zwei Tage, 48 Stunden. Sie hat mich nämlich nicht mal aufgenommen und hat aber so viel in mir gesehen, was ich mir immer gewünscht habe, dass andere Leute in mir sehen. Also dieses, wie schwer es eigentlich war, (...) bis hierher zu kommen. Und, ähm, sie hat dann den Satz gesagt und der hat mich unglaublich berührt. Sie hat gesagt: Ich habe das Gefühl, Sie lächeln ganz viel weg. Und das stimmt, weil ich ja Ihnen erzählt habe, dass ich einen Master drin habe, alle glauben zu machen, dass ich glücklich bin. Und ja, sie hat mir das zu verstehen gegeben, ohne irgendwie, ja, irgendwie zu werten oder irgendwie... Sondern sie hat einfach nur gesagt: Ich sehe dich. Und das hat mich unglaublich berührt, weil das noch nie jemand zuvor gemacht hat.“ (B_01)

Eine andere Person sprach nach einem Suizidversuch im Jugendalter ebenfalls nur einmalig mit einem Arzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bevor die Verlegung in eine andere Klinik erfolgte:

„Und er hat mir was gesagt, was mich bis heute begleitet. Und zwar, ähm... Ich habe gesagt, ich... Es wird doch eh nichts mehr, mir geht es so schlecht. Und dann sagt er: Stell dir vor, du bist eine Rose, eine Stielrose. Die Blüte ist vertrocknet, aber seitlich am Stiel kommt eine Knospe und die ist grün. Und da sieht man schon so ein bisschen die, die, die Blütenblätter. Und daran musst du dich festhalten. Das ist... Ja, da ist noch was. Und, ähm, wie gesagt, das hat mich durchgehend begleitet.“ (B_03)

Nicht nur bezüglich der ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitenden, sondern auch im Hinblick auf die Pflege werden Kommunikation und Beziehung von den Befragten als wichtig angesehen. Auch hier sind die Erfahrungen je nach Klinik aber unterschiedlich. Als positiv wird die aktive Kontaktaufnahme durch Stationsmitarbeitende bewertet:

„Oder dass man sich, dass sie einfach, wenn sie Zeit hatten, äh, haben sie sich zu uns gesetzt und mit uns einfach geredet.“ (B_02)

In einer andere Klinik hingegen stellte sich die Situation gegenteilig dar:

„Ähm, es war mehr ein Auffangbecken, die, äh, Schwestern und ähm, Helferlein da alle, die waren halt immer nur für sich, im Großen und Ganzen. (...) Und das ist, war für mich schade. Die saßen da, haben da gegessen, was auch nicht schlimm ist. Sie haben da gequatscht. Aber manchmal wäre es schön gewesen, dass sie sich mal zu uns gesetzt hätten. Oder jemandem, der alleine sitzt, vielleicht nicht die kontaktfreudigste Person ist oder sowas, einfach mal gesagt: Na, wie geht's dir oder Sonstiges.“ (B_02)

Subkategorie „Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten“

Erfahrungen mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten kamen in den Interviews eher am Rande zur Sprache. Eine Betroffene suchte im Anschluss an die stationäre Behandlung nach einem Suizidversuch vergeblich nach entsprechenden Angeboten:

„Und wir waren in [Ort] und da war es halt wirklich so, dass es kaum möglich war, einen Psychiater zu finden, der in nächster Zeit freie Kapazitäten gehabt hätte. Also da heißt es dann ja, wir nehmen keine neuen Patienten oder wir nehmen welche, aber erst in drei Monaten. (...) Und dasselbe mit der Psychotherapie. Man hat mir gesagt, es würde (...) in meinem Fall Sinn ergeben, eine Therapie zu machen. Aber man hat mir auch gleich gesagt, das wird sehr, sehr schwer werden, einen Therapeuten zu finden.“ (B_01)

Eine andere Gesprächspartnerin hatte lange Zeit Schwierigkeiten, für ihr Krankheitsbild die passende Unterstützung zu erhalten, bevor sie schließlich erfolgreich war:

„Und, ähm, ich habe dann auch mit einer sehr, sehr guten Psychotherapeutin tatsächlich die dissoziativen Zustände, die ich seit 2005 dann (...) durchgehend hatte, habe ich dann 2019 tatsächlich besiegt. (...) Das war dann die erste, die wirklich mal geschaut hat: Okay, was kann man da machen und wie kriegt man das weg? Die Psychotherapeuten davor waren entweder von der Diagnose Borderline... Ja, die hatten halt diese Scheuklappe (...), oh Gott, Borderline! Und haben sich auch nicht getraut, irgendwie Traumaarbeit zu machen, weil da sind ja die dissoziativen Anfälle.“ (B_03)

Auch die dritte Befragte brauchte mehrere Anläufe, um die passende Psychologin zu finden. Sie nutzte gezielt die Möglichkeit des Ausprobierens:

„Ich habe schon sehr viele Psychologen gehabt beim Erstgespräch, und wenn ich nicht das Gefühl habe, dass ich mich sicher fühle oder dass derjenige nicht lieb genug ist, in Anführungszeichen, also ist vielleicht das falsche Wort. Sondern wo es halt nicht funktioniert. Man hat halt einfach das Gefühl, hm, nee, der ist irgendwie komisch. Der will mir irgendwelche Muster aufsetzen, die ich gar nicht haben möchte.“ (B_02)

Schließlich fand sie aber eine Therapeutin, die sie als große Stütze bezeichnet. Besonders hilfreich sei die niedragschwellige Erreichbarkeit:

„Ich kann jederzeit anrufen. Also auch, wenn ich der Meinung bin, mitten in der Nacht könnte ich meine Psychologin anrufen. (...) Ich habe sie über WhatsApp, wenn irgendwas ist, ähm, ich kann sie jederzeit anschreiben. Und das ist, das ist ein richtig gutes Gefühl.“ (B_02)

Vor allem aber sei die erforderliche Vertrauensbasis gegeben:

„Und das ist auch die erste Psychologin, wo ich sage, da fühle ich mich zu Hause, da kann ich mich öffnen.“ (B_02)

Beim Auftreten von Suizidgedanken machte eine Befragte gute Erfahrungen mit Psychotherapeuten:

„Und mit meinen verschiedenen Therapeuten war dann die Frage: Okay, wie konkret? Und wenn ich dann gesagt habe, okay, es ist einfach nur so im Hinterkopf, dann ging es halt drum, okay, ähm, was

brauche ich? Und kann ich mich darauf verlassen, dass wir uns halt wiedersehen? Und mit dem Zeitpunkt, wo ich gesagt habe, ich weiß es nicht, da war dann aber trotzdem immer die Eigenverantwortung: Okay, ähm, dann halt in die Klinik oder zumindest dann erstmal zum Psychiater. Es war aber nie so, dass mein Psychotherapeut oder meine Psychotherapeutin gesagt haben, so, Rettungsdienst, ab in die Klinik. (...) Und, ähm, das war wirklich diese, diese ruhige Art der Profis, das hat immer gut getan. Ich habe mich auf der einen Seite ernst genommen gefühlt, ähm, dass sie merken, okay, da ist tatsächlich eine schwierige Situation oder eine ernste Situation. Aber auf der anderen Seite halt eben mir dann nicht, ähm, die Verantwortung genommen haben oder nicht gleich über mich hinweg entschieden haben.“ (B_03)

Subkategorie „Gemeindepsychiatrie“

Zwei der Befragten wurden zum Interviewzeitpunkt bereits seit längerer Zeit im Ambulant Betreuten Wohnen bzw. Betreuten Einzelwohnen gemeindepsychiatrisch begleitet. Die **Zugänge** in dieses Unterstützungssystem waren unterschiedlich. Eine Teilnehmerin hatte sich diese Unterstützung selbst gesucht, eine andere war über die Klinik dorthin vermittelt worden:

„Ja, und ich habe da dann irgendwann gesagt gehabt, ich brauche Unterstützung zu Hause. Und da war der Sozialarbeiter aus der Klinik, der hatte gesagt gehabt: Mensch, es gibt so diese, dieses Betreute Einzelwohnen.“ (B_03)

Allerdings wussten gar nicht alle Befragten von der Existenz gemeindepsychiatrischer Hilfen.

„Also das war mir komplett unbekannt. Und ich muss zugeben, sowas habe ich auch nicht gegoogelt oder sowas. Ich saß da in meinem Elend und bin da nicht weitergekommen und habe mich von jedem unverstanden gefühlt und habe immer nur gedacht, wie soll das weitergehen? Aber dass ich da jetzt anfangen, was zu googeln oder was zu suchen, habe ich nicht, weil ich immer nur so im Kopf hatte: Es gibt eh keinen Psychiater, der mich nimmt. Es gibt eh keinen Psychotherapeuten, der mich nimmt. Und damit waren für mich die greifbarsten Dinge weg.“ (B_01)

Der Schwerpunkt der Gemeindepsychiatrie liegt in der Regel nicht (bzw. nicht erst) in der Krisenintervention, sondern in individueller, bedarfsgerechter **Unterstützung in der Lebenswelt** der Betroffenen. Die beiden Gesprächspartnerinnen mit entsprechendem Erfahrungshintergrund schildern die Rolle ihrer jeweiligen Bezugsmitarbeiterin wie folgt:

„Also, sie kommt zu Gesprächen, sie geht mit mir spazieren und sie geht mit mir zu Ärzten, weil wenn ich rausgehe, habe ich Angst. Also ich habe eine Angststörung. Bei Menschen, zu vielen Menschen oder, ähm, wenn ich halt keinen guten Tag habe, habe ich auch Probleme rauszugehen, und sie begleitet mich halt.“ (B_02)

„Oder wenn es mir wirklich so schlecht ging, dass ich halt eigentlich gar nicht aus der Wohnung raus wollte, sind wir schon mal gemeinsam einkaufen gegangen. Oder ich hatte mal einen Termin, ich weiß gar nicht mehr genau was, wo ich gesagt habe: Ich weiß nicht, ob ich da dann wieder zurückkomme nach Hause. – Kein Problem, ich hole Sie ab, und dann fahren wir noch irgendwie Kaffee trinken oder so. Oder einfach nach Hause und wir sprechen und, ähm... Also auch so ganz einfache Alltagshilfen. Einfach mal in der Situation, wo ich mich alleine überfordert fühle, dann halt sagen: Ähm, ja, okay, das machen wir gemeinsam.“ (B_03)

„Oder eine Vertretung hat mal gesagt gehabt: Wir gehen jetzt einfach mal eine Runde spazieren. Sie wohnen am Wald und, äh, Sie sehen so aus, als wenn Sie dringend mal wieder ein bisschen frische Luft, ein bisschen Bewegung brauchen könnten. Und, äh, ich habe meinen Hund dabei. Der sitzt im Auto und freut sich schon drauf. Und wir gehen jetzt einfach mal, ähm, die eine Stunde spazieren.“ (B_03)

Die Begleitung zu Arztterminen wird als hilfreiche Unterstützung genannt:

„Und ähm, da bin ich auch nicht alleine, weil ich vergesse dann vieles. Ich weiß dann nicht mehr, was ich gesagt habe, was der Doktor gesagt hat. Und sie merkt sich das halt alles und kann es mir dann noch mal in Ruhe erzählen, oder wenn wir uns halt wieder treffen: Der Arzt hat das und das gesagt: Und dann überlege ich: Ja, stimmt, der hat das und das gesagt. Es ist halt die Angst, die mich halt einfach blind und taub werden lässt. Also in dem Moment verstehe ich es. Aber sobald ich dann raus bin, ist alles weg.“ (B_02)

Eine Person lobt, dass ihre Bezugsmitarbeiterin sie, wenn nötig, auch nachdrücklich aktiviere:

„Ich habe vorher einen Herrn gehabt und ähm, der, äh, war nur darauf aus, jetzt noch zu warten, bis er in die Rente geht. So. Wir haben nicht wirklich was gemacht. (...) Und dann (...) ist er halt in Rente gegangen und dann habe ich sie bekommen und sie war ganz anders. Die hat mir in den Hintern getreten. Sie hat gesagt: Komm, wir machen das jetzt zusammen, wir gehen da hin. (...) Erst war ich geschockt. Vorher so alles voll chillig und man muss nix machen. Ach, es läuft alles. Und dann eine, eine Frau mit Power, die auch wirklich mal gesagt hat, nee, du bleibst heute nicht zu Hause. Wir gehen jetzt zu dem Arzttermin, mach dich fertig, auch wenn wir fünf Minuten zu spät kommen. Wir gehen da hin. (...) Und sie hält mir halt gewisse Dinge vor. Ich habe zu ihr immer gesagt: Sei knallhart ehrlich. Auch wenn ich das nicht toll finde. Weil das mag so gut wie keiner. Aber ich möchte, dass du knallhart ehrlich bist. Und das ist sie auch. Sie sagt dann: Ja, ich weiß, dir geht's nicht gut, aber glaub mir, wenn du das geschafft hast, dann kannst du stolz auf dich sein. Sie hat mich halt versucht mit aufzubauen, nicht zu sagen: Ja, gut, dann hast du halt keinen Bock, oder die Depressionen sind zu stark. Also wenn die zu stark sind, weiß sie ganz genau, sie kriegt mich nirgendwo hin. Aber manchmal braucht man halt so einen kleinen Arschtritt. Aber einen netten. So, und das hat sie halt drauf. Sie hat mich halt wirklich gepusht.“ (B_02)

Auch die andere Befragte mit Erfahrungen in der Gemeindepsychiatrie hatte – nach zwei sehr guten Erfahrungen – vorübergehend einen weniger hilfreichen Betreuer, der jung und überfordert war. Dessen Nachfolgerin zeigte sich engagierter:

„Und dann habe ich eine andere Sozialarbeiterin bekommen und die hat dann mal gefragt gehabt: Wie ist es eigentlich, was machen Sie so den ganzen Tag? – Nix, so. Naja, ich bin beim Roten Kreuz, aber sonst... Da sagt sie: Ja, und wie sieht es mit Ihrem Tagesablauf aus? – Pfff, irgendwann stehe ich auf und ja, dann gehe ich auf die Couch und dann gucke ich halt mal. Und dann hat sie vorgeschlagen, dass ich in einem Secondhandladen, der vom Sozialpsychiatrischen, also von der Caritas betreut wird, dass ich da dann, ähm, arbeite. (...) Es gibt halt nur eine Aufwandsentschädigung. Dann hab ich gesagt: Gut, das ist egal, ähm, aber Hauptsache, was zu tun haben. Und da war ich dann erstmal, ich glaube, zweimal die Woche und habe dann irgendwann auf dreimal die Woche aufgestockt für jeweils drei Stunden, weil mehr als drei Stunden darf ich halt nicht arbeiten, und das war super.“ (B_03)

Als wichtig erlebt es eine Gesprächspartnerin, dass sie mit ihrer Bezugsmitarbeiterin über alles sprechen kann, ohne sich zu schämen:

„Also ich kann da auch Dinge erzählen, ähm, die vielleicht nicht so gesellschaftsfähig sind. Also ich kann ihr halt auch meine kranken Gedanken in Anführungszeichen... Also sie sagt halt immer, äh, ich tu anders denken als alle anderen. (...) Ähm, also sie bezieht das nie als eine Krankheit, sondern immer, dass ich anders bin. (...) Und äh, ein schwereres Leben hatte als manch andere und dementsprechend du einfach kämpfen musst und du einfach im Moment schwach bist. Und das tut einfach gut, gesagt zu bekommen, man ist nicht krank. Sondern (...) dass man einfach vom Kopf her zu viel durchgemacht hat und der das nicht wirklich verarbeiten kann. Dementsprechend, ähm, habe ich... Ich habe vollstes Vertrauen zu den Menschen, die mir helfen. Und ich kann ihnen alles erzählen, auch wenn es nicht konform ist. Oder halt vielleicht, ähm, keine Ahnung... Ich kann wirklich alles erzählen.“ (B_02)

Die persönliche Vertrauensebene ist auch zentral, wenn es zu Krisen mit **Suizidgefährdung** kommt. Eine Befragte bezeichnet ihre Betreuerin als „Fels in der Brandung“ (B_02). Die andere Gesprächspartnerin beschreibt eine hilfreiche konkrete Krisenintervention:

„Also meine Sozialarbeiterin hat dann erstmal zugehört. Und dann kam die Frage: Was brauchst du? Was, was brauchst du, damit es nicht passiert? (...) Was brauchst du, damit, ähm, Du damit klarkommst? Schaffst du es allein zu Hause? Sollen wir... Möchtest du in die Klinik oder sollen wir mehrmals die Woche Besuchstermine ausmachen? Soll ich mit dir zu deinem Psychiater gehen? Sollen wir den mit einschalten? Es waren halt dann eher Lösungsansätze und nicht: Oh, da müssen wir jetzt... Und du musst in die Klinik und das ist ganz wichtig und... Na ja, sondern wirklich erstmal überlegt: Was kann ich selber machen oder wo kann sie mich dann unterstützen?“ (B_03)

Für die Befragte war es wichtig, über die Suizidgedanken sprechen zu können, ohne eine Überreaktion auszulösen:

„Und das war halt super hilfreich, weil ich dann auch das Gefühl hatte, okay, es ist nicht so schlimm, weil sie bricht jetzt nicht in völlige Panik aus. Und, ähm, okay, ich habe jetzt den Kopf von diesem Gedanken erstmal ein bisschen freier. Und, stimmt, ähm, ich könnte ja mal überlegen, was mir gut tut und was hilfreich wäre.“ (B_03)

Als wesentlich nennt sie das Wissen, in der Krise nicht alleine zu sein, sondern eine mitmenschliche Begleitung zu haben:

„Und es ist halt jemand da, der mir auch durch diese schwierige Zeit hilft, bis die Suizidgedanken wieder abebben. Oder ich kann mit der Person gemeinsam, ähm, schauen, warum die jetzt gerade so heftig sind, und diese Situation dann lösen oder durch diese Situation dann durchgehen.“ (B_03)

Effektive Suizidprävention ist jedoch auch schon vor Auftreten von Akutsituationen möglich. Eine Befragte schildert, wie sie gemeinsam mit ihrer Bezugsmitarbeiterin ein „Waffenarsenal“ (so die Sozialarbeiterin) entsorgen konnte:

„Da ist eine Sache zum Beispiel, wo ich dann hier zu meinem Mann gezogen bin. Ich hatte noch sehr viele Altlasten bei mir in einer Kommode. Da habe ich zu meiner Sozialarbeiterin gesagt gehabt: Das schaffe ich nicht alleine, (...) da brauche ich Unterstützung, da weiß ich nicht, was passiert. Und dann sagt sie: Ja, kein Problem, machen wir das. Sie wollte aber vorher wissen, was da so alles zu erwarten ist. (...) Sie hat dann auch ganz offen gesagt... Also puh, ähm, sagt sie, also das ist ja ähnlich wie so ein Waffenarsenal. Ähm, ich hatte halt viele verschiedene Medikamente. Ich habe eine Zeit lang, ähm... Ich hatte einen schweren Bandscheibenvorfall, musste Opiate nehmen. (...) Und, ähm, ja, es war halt was übrig geblieben. Und das habe ich halt nicht entsorgt. (...) Man kann es ja mal für irgendwas brauchen. Und, ähm, Skalpelle, Rasierklingen, sowas halt auch. Und dann hatte sie das dann gesehen gehabt und sie hat auch ganz ehrlich gesagt gehabt: Okay, ähm, hätte ich das früher gewusst, ähm, hätte ich das früher mit Ihnen mal entschärft. Dann hat sie aber auch direkt gesagt gehabt: Ich kann es verstehen, dass Sie das früher nie angesprochen haben, weil das ist eine gute Versicherung und das ist schön, das so im Hinterkopf zu haben. Aber sie sagte: Genauso viel Respekt, dass Sie das nicht alleine ausgeräumt haben. Das kann wirklich an einem falschen Tag böse enden.“ (B_03)

Analog zu den anderen Settings wird auch in der Gemeindepsychiatrie die **vertrauensvolle, stützende Beziehung** als zentraler Wirkfaktor für eine nachhaltig wirksame Suizidprävention beschrieben:

„Also meine Betreuerin ist zwar keine, nicht meine beste Freundin, aber es gibt das Gefühl, dass sie eine Freundin ist, obwohl ich weiß, dass sie dafür bezahlt wird, mich zu betreuen. (...) Aber das braucht, braucht dieser Mensch einfach. Einfach einen Moment, wo... So einen Safe Place halt, wo er wirklich einfach mal zur Ruhe kommen kann und Menschen um einen hat, wo man denkt, die mögen mich wirklich. (...) Und das nimmt sehr, sehr viel Druck weg. Und deswegen habe ich seit, äh,

vor zwei, drei Jahren, äh, seitdem habe ich nicht wirklich daran gedacht, mich nochmals umzubringen. Der Gedanke ist zwar jeden Tag da und man kämpft auch jeden Tag damit. Aber der ist nicht so präsent, dass ich es machen würde.“ (B_02)

3.2.1.4 Ressourcen / stützende Faktoren außerhalb des Hilfesystems

In dieser Kategorie bezogen sich viele Antworten auf das persönliche Umfeld, weshalb die erste Subkategorie „Familie und Freunde“ genannt wurde. Alle weiteren Angaben wurden unter die Subkategorie „Sonstiges“ subsumiert.

Subkategorie „Familie und Freunde“

Drei der Befragten nennen als zentrale Stütze außerhalb des professionellen Hilfesystems Menschen aus ihrem engen persönlichen Umfeld, allerdings nicht aus der eigenen Herkunftsfamilie. Eine Befragte hat inzwischen ein hilfreiches Netzwerk:

„Also ich habe viele Freunde, die habe ich schon 20 Jahre, oder mein Mann ist jetzt auch schon sehr, sehr lange bei mir. Und das ist eigentlich so das tragfähigste Netz, so im Nachhinein. Sicherlich ist die Psychiatrie ein ganz wichtiger Ankerpunkt oder eben Therapie, bei mir ist Therapie ein super wichtiger Ankerpunkt. Aber ohne die Unterstützung von Freunden geht das nicht. Ich habe keine Unterstützung mehr von Familie. Die habe ich nicht mehr. Aber ich habe gelernt, dass Freunde das auch kompensieren können.“ (B_01)

Für eine andere Gesprächspartnerin ist die – inzwischen erwachsene – Tochter der wichtigste Anker:

„Sie ist halt mein Lebenselixier. Das ist also das Einzige in meinem Leben, auch wenn sich das sehr traurig anhört, das, was ich gut hinbekommen habe, wirklich gut hinbekommen. So.“ (B_02)

Die Tochter war zuletzt auch der Grund dafür, bei drängenden Suizidgedanken eigenständig in die Klinik zu gehen:

„Ich war jetzt schon wieder, vor zwei, zwei Jahren ungefähr war ich hier in der [Klinik] in [Ort] in der Psychiatrie, weil ich einfach, ähm, meiner Tochter versprochen habe, das nicht mehr zu tun.“ (B_02)

Auch die dritte Befragte betont den Wert einer stützenden Beziehung:

„Ich habe da jetzt Mitte 2016 meinen jetzigen Mann kennengelernt und, ähm, da war das dann... Irgendwann war die Beziehung so gefestigt, dass ich gesagt habe, ich muss andere Wege finden. Das geht nicht. Und also Suizidgedanken hatte ich gar keine mehr. Ich hatte dann zwischendurch immer noch so ein paar Mal das Gefühl: Selbstverletzung, das, ähm, also das wäre jetzt so das, wo ich sagen würde, das bräuchte ich jetzt. Aber es war halt keine Option.“ (B_03)

Subkategorie „Sonstiges“

Die vierte Person fand wesentliche Unterstützung in einer Subkultur, die auch dabei half, sich vom professionellen Hilfesystem – nach schlechten Erfahrungen – weitgehend fern zu halten:

„Es war aber damals eben so in diesem antiautoritären Spektrum, wo man eben nicht gleich zur Polizei oder zum Psychiater rennt, wenn irgendwas nicht so läuft, wie es soll. Und ich war ja auch in der Punkszene sozusagen angebunden unterwegs. Und ich meine, wie viele Leute haben sich da irgendwie geritzt, aufgeschnitten oder sonst was? Also ja, war eben, ich weiß nicht, ob man das jetzt sagen soll, Teil der Kultur (...) Klar hat man dann geschaut irgendwie, die Wunden zu versorgen (...), aber trotzdem, das war halt, es war einfach so. Und das war ja auch mein Glück, dass ich halt auch dann irgendwie bei diesen Episoden, die ich hatte, mal außerhalb der ersten relativ lange unbehandelt blieb.“ (B_04)

Die autonome Krisenbewältigung und Kontakte zur Selbsthilfe wurden als stärkend erlebt:

„(...) und dann aber auch die Erfahrung gemacht habe, irgendwie zwei hochpsychotische Zustände unbehandelt zu durchleben und dann auch mitbekommen habe, was da an Unterstützung für mich gut war. Und eben auch die Erfahrung zu machen (...) mit Kontakten zu Irren-Offensive und so weiter, dass ich auch nicht der Einzige bin.“ (B_04)

Wichtig waren zudem offene Orte, an denen keine Erwartungen zu erfüllen waren:

„Natürlich, was mir auch in verschiedenen Kontexten geholfen hat, (...) ist halt irgendwie Orte zu haben, wo man willkommen ist. Wo man sein kann ohne... Was jetzt nicht mit diesem Ding irgendwie ‚Bringt gute Laune mit‘ oder sowas.“ (B_04)

3.2.1.5 Wünsche für die Suizidprävention

Im Anschluss an die Schilderung eigener Erfahrungen wurden die Gesprächspartnerinnen und -partner gebeten, ihre Wünsche für eine in der Praxis hilfreiche Suizidprävention zu formulieren. Die Antworten ließen sich fünf Subkategorien zuordnen: Erkennen von Suizidgefährdung, unmittelbare Reaktionen auf Suizidgefährdung, weiterführende professionelle Angebote, Rahmenbedingungen des Hilfesystems und Forderungen auf gesellschaftlicher Ebene.

Subkategorie „Erkennen von Suizidgefährdung“

Damit suizidgefährdete Menschen frühzeitig Hilfe erhalten können, fordern die Befragten übereinstimmend mehr Wachsamkeit, und zwar in verschiedenen Kontexten. Schon bei Kindern sei es wichtig, Warnzeichen zu erkennen:

„Wenn Kinder auffällig werden in der Schule, zum Beispiel zu aggressiv sind oder zu sehr in sich gekehrt und, ähm, eingeschüchtert sind oder sowas, da hängt immer was hinter, egal, was es ist. Und ähm, es ist wichtig, dass man aufmerksam, aufmerksam ist. Ich weiß, Lehrer haben es schwer, auch Erzieherinnen, also hier im Kindergarten, (...) bei 20 Kindern ein gewisses Auge auf jeden einzeln zu haben. Aber es gibt halt wirklich spezielle Kinder, die halt wirklich auffallen. Und da halt nicht: Das Kind, ja, das Kind ist aggressiv oder so. Sondern: Warum ist es so? Was passiert in der Familie oder was passiert hier unter den Kindern?“ (B_02)

Auch im Erwachsenenalter wünschen sich die Betroffenen, dass das persönliche Umfeld sensibel auf Auffälligkeiten reagiert:

„Was ich hilfreich finde, ist, wenn dann Leute wirklich konkret nachfragen. Zum Beispiel so, ich habe jetzt ja auch meine Zeiten, an denen ich, äh, nicht so aktiv und lebensfroh und sonst irgendwas bin. Und es gibt aber Leute, die dann fragen: Ja, ich muss aber mir keine Sorgen machen? Oder was weiß ich was alles konkret ansprechen, ob es jetzt direkt oder so ein bisschen durch die Blume ist.“ (B_04)

Eine Gesprächspartnerin betont, dass dabei durchaus eine gewisse Beharrlichkeit sinnvoll sei. Das Gegenüber solle eine hilfreiche Hand ausstrecken:

„Und ähm, ein Depressiver sagt immer: Es ist alles in Ordnung. Wenn jemand fragt: Wie geht es dir? Ja, mir geht's gut. Also das ist schon die erste Lüge, und wenn man weiß, der Mensch ist depressiv, muss man nachhaken: Wenn du mir was erzählen möchtest, erzähl es mir. Wenn nicht, können wir vielleicht später darüber telefonieren oder du kannst mir auch schreiben oder Sonstiges. Dass man eine reichende Hand hat. Das ist für mich das Wichtigste, weil Leute, die Depressionen haben, die sagen nicht: Hey, ich habe Depressionen. Sondern die größte Lüge ist immer: Mir geht es gut. Mir geht's okay.“ (B_02)

Ein großes Anliegen ist es für alle Befragten, dass Fachpersonen nicht mit Abwehr auf das Thema Suizidgefährdung reagieren. Die immer noch häufig anzutreffende Tabuisierung müsse überwunden werden:

„Ich fände es wichtig, dass alle Mitarbeiter mal diesen Gedanken aus dem Kopf bekommen, dass man Suizidalität nicht ansprechen sollte, weil es dadurch nur schlimmer wird. Ich glaube, das geistert so irgendwie durch diese ganzen Kliniken, Akut-Psychiatrien, was auch immer. Ähm, aber so ist es einfach nicht, also aus Betroffenenperspektive, so ist es überhaupt nicht, sondern es ist eher das Gegenteil. Also ich persönlich würde mich eher gesehen fühlen, wenn jemand sagt: Wie ist das jetzt gerade? Ist es jetzt gerade schwer, sein Leben auszuhalten?“ (B_01)

Kritisch gesehen wird hingegen die standardisierte Abfrage der Suizidgefährdung bei Klinikaufnahme:

„Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn ich psychiatrisch aufgenommen wurde, dass ich eine Standardfrage bekommen habe, nämlich: Haben Sie suizidale Gedanken oder Absichten? Und manche haben sogar wirklich so eine Checkliste, die sie dann abhaken. Das gibt es wirklich. (...) Und ich fand das unglaublich, weil ich mir dachte, das ist ja... Also zum einen fragt er mich gerade irgendwie: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein. Und dann: Haben Sie suizidale Gedanken oder Absichten? Nein. [*Lacht*] Und das kam mir einfach so verrückt vor. (...) Und ich glaube, da sagen die meisten Leute einfach reflexartig nein, egal, was ist. Habe ich auch gemacht.“ (B_01)

Die Gesprächspartnerin schlägt angemessenere Alternativen vor:

„Aber ich finde in der Situation, wenn man danach fragt, wäre es vielleicht besser, wenn man eine andere Formulierung benutzt. So was wie: Haben Sie schon mal darüber nachgedacht, dass es jetzt vielleicht besser wäre, wenn Sie nicht mehr leben würden? (...) Und ich finde, das ist auch nicht so geschäftsmäßig irgendwie. Also ich bin jemand, der sehr viel auf Sprache achtet, und mir ist es wichtig, wie es formuliert wird und mit welcher Intonation es kommt. Und dieses listenmäßige Abfragen ist mir gar nicht in den Kopf gegangen, dass das in einer Institution gemacht wird, die mit psychisch kranken Menschen arbeitet. (...) Ich finde, es ist so wichtig, dass man das aufrichtig fragt und eben auch in einer Formulierung, von der man sich als Betroffener gesehen fühlt.“ (B_01)

Subkategorie „Unmittelbare Reaktionen auf Suizidgefährdung“

Wenn nun Menschen aus dem **persönlichen Umfeld** auf die Suizidgefährdung aufmerksam werden: Wie sollen sie reagieren? Eine Betroffene schildert ihre Wünsche wie folgt:

„Einfach erstmal zuhören. Einfach nur erstmal annehmen, dass ich das habe. Ähm, zuhören, auch wenn man selber überfordert ist (...). Erstmal nicht anmerken lassen in der Situation. Also sich auch, wenn man die Frage stellt, wirklich darauf vorbereiten, dass derjenige ja sagt.“ (B_03)

Überreaktionen mit der sofortigen Hinzuziehung von Polizei und/oder Rettungsdienst seien nicht hilfreich:

„Also wenn das dann direkt kommt, wenn ich sage, ‚Ja, ich habe‘, und derjenige halt direkt sagt: ‚Okay, dann rufe ich jetzt...‘, das ist so... Das wäre für mich so eine völlige Überreaktion, die dafür sorgen würde, dass ich halt beim nächsten Mal das nicht mehr sage. Wenn er das nächste Mal fragt, dann so: Nee (...), ich bin einfach nur gerade so ein bisschen schlecht drauf oder so, und das halt nicht mehr sagen würde.“ (B_03)

Eine andere Befragte betont die Bedeutung von Verständnis und menschlicher Nähe:

„Ähm, ich hätte mich gefreut über echtes Verständnis im Sinne von: Man nimmt mich in den Arm und man redet mit mir. Also nicht über mich, sondern mit mir. (...) Und ich hätte gern jemanden gehabt, der so nah bei mir ist emotional und der einfach gesagt hat: Ich verstehe das, ich kann es verstehen, und vielleicht würde ich es auch so machen. Und ja, der vielleicht auch gesagt hätte: Ich kann verstehen, dass der Weg bis hierher so schlimm war. (...) Also vielleicht etwas Anerkennung dafür, dass es nicht leicht war bisher. Ich glaube, jeder, der sich umbringen will, sagt für sich: Mein Leben ist nicht leicht. Aber seltsamerweise hätte ich es einfach gern, nicht als Bestätigung, aber irgendwie als Rückmeldung von jemand anderem gehört. Also das hat gefehlt. Dann hat zum einen was körperlich Nahes gefehlt. (...) Ich hätte gerne jemanden gehabt, der mich hält oder der mich irgendwie umarmt.“ (B_01)

Auch hinsichtlich der **professionellen Krisenintervention** werden Zuhören und Verstehen als zentrale Basis aller weiteren Schritte bezeichnet:

„Für mich wäre es (...) wichtig, wenn tatsächlich mehr gezeigt wird, dass man (...) die Person versteht, dass man das Problem versteht.“ (B_03)

Eine Person warnt diesbezüglich vor einer Abstumpfung bei den in der Akutpsychiatrie tätigen Fachpersonen:

„Ich meine, natürlich, auf einer Akutstation, ähm, die haben tagtäglich mit Menschen zu tun, die Suizidgedanken haben. Ähm, es ist klar, dass man dann abstumpft. Aber für die Person ist es gerade existenziell. Und das irgendwie (...) dem Gegenüber halt auch besser zeigen.“ (B_03)

Nach einer gelungenen emotionalen Grundlegung sei die gemeinsame Suche nach passenden kurzfristigen Hilfen sinnvoll:

„Eine gute Reaktion wäre für mich ein aufrichtiges Fragen: Warum ist es jetzt so? Warum ist es so und was können wir jetzt gerade in diesem Moment tun, dass das Gefühl besser wird? Was wäre jetzt hilfreich? Was wäre gut? Gibt es irgendwas? Und wenn es noch so klein ist, braucht es jetzt irgendwie eine Wärmflasche oder irgendwas? Aber was können wir tun, damit dieses Gefühl jetzt gerade besser wird?“ (B_01)

Gewünscht werden regelmäßige Kontakte und Gesprächsangebote:

„So wie: Ich komme jetzt jede volle Stunde vorbei. Und wenn du reden magst, dann kannst du gerne reden. Und wenn nicht, dann gehe ich einfach wieder. Also eine Anlaufstelle. Wieder ein Anker, den ich gebraucht hätte.“ (B_01)

Auch so genannte Antisuizidverträge können den Aussagen zufolge eine wichtige Stütze bieten. Eine Betroffene hat solche Vereinbarungen nicht erlebt, hätte sie sich aber gewünscht:

„(...) ein Antisuizidvertrag. (...) Furchtbares Wort, aber die Idee dahinter hätte mir geholfen. Dieses: Wir sehen uns heute und wir sehen uns nächste Woche Montag, kann ich mich darauf verlassen, dass es bis dahin funktioniert? Und wenn nicht, müssen wir jetzt drüber reden, was tun wir, falls es so weit kommt? Und sowas hätte ich auf jeden Fall brauchen können.“ (B_01)

Allerdings funktioniere eine solche Absprache nur dann, wenn eine entsprechende persönliche Basis zwischen den Beteiligten gegeben sei:

„Es geht tatsächlich um die Beziehung. Also die Person muss mir schon wichtig sein, und ich muss auch das Gefühl haben, dass diese Person, ähm, es auch interessiert. Dass es nicht einfach so ein Satz ist in einem Fragenkatalog, der dann ganz unten abgehakt wird, sondern dass es auch wirklich so ist, dass es demjenigen wichtig ist und dass es demjenigen was bedeutet.“ (B_03)

Subkategorie „Weiterführende professionelle Angebote“

Auch jenseits der unmittelbaren Krisenintervention sollte das Thema Suizid nach Meinung der Befragten im Hilfesystem eine größere Rolle spielen. Eine Interviewte spricht sich dafür aus, entsprechende Themengruppen einzurichten:

„Ich fand es irgendwie komisch, (...) sowohl in der Akutklinik, wo ich war, als auch in der Reha war es so, es gab sogenannte Themengruppen, zum Beispiel gab es Themengruppe Schlaf oder Themen... Ich weiß gar nicht, was es noch alles gab, also gefühlt gab es alles, aber es gab nichts zu Suizid. (...) Ich finde es so seltsam, weil ich glaube, dass im Bereich psychische Gesundheit Suizidalität voll die große Rolle spielt. (...) Ich glaube, ganz viele haben schon mal suizidale Gedanken gehabt. Und ich finde das so seltsam, dass es dafür keine Gruppen gibt. Die muss man nicht Themengruppe Suizid nennen, schon klar. Aber ich finde (...), irgendwie ergibt es Sinn, dass man sich besser austauschen kann.“ (B_01)

Auch Selbsthilfegruppen könnten hilfreich sein, allerdings mit professioneller Leitung:

„Ich habe nämlich das Gefühl, dass, wenn es schief geht, dass es dann zu einer Gruppe wird, wo sich alle Tipps geben. Und das ist absolut nicht Sinn und Zweck. (...) Ich finde, das muss professionell geleitet werden. (...) Und es muss ganz klare Regeln geben. Was wird angesprochen? Also es wird auf keinen Fall angesprochen: Wie hast du versucht, dich umzubringen? Und dann geht es reihum und jeder erzählt mal und es ist... Sowas darf, finde ich, nicht sein. Nicht, weil wir nicht über Suizid reden wollen, sondern weil ich finde, wir müssen es irgendwie abstrahiert betrachten. Und da ist es nicht hilfreich zu sagen: Ich habe versucht, mich so umzubringen, und was hast du gemacht und wie bist du eigentlich an die Tabletten gekommen?“ (B_01)

Ein weiterer Vorschlag einer Betroffenen bezieht sich auf spezifische Angebote für An- und Zugehörige suizidgefährdeter Menschen:

„Also (...) was mir noch so spontan einfällt, wäre, dass es auch irgendwie eine Anlaufstelle, niederschwelliges Angebot für Angehörige gibt oder für Freunde halt dann auch in der Situation, wenn derjenige sagt im Gespräch: Du, ich habe Suizidgedanken, oder es fängt wieder an oder so. Dass es halt zum Beispiel eine Telefonnummer gibt wie, ähm, es gibt ja die Telefonseelsorge oder so, aber die (...) auch so in die Richtung halt offen ist. (...) Das ist halt das Problem, wenn ich das Gefühl habe, ich muss mich jemandem mitteilen, und derjenige aber zwar irgendwie emotional mit mir verbunden ist, aber halt so in die Richtung gar nicht mit so was klar kommt. Ähm, dann habe ich auch immer die Überlegung gehabt, schädige ich denjenigen jetzt? Weil es ist mir nicht geholfen, wenn ich es ausspreche und ich mich dann um denjenigen kümmern muss (...) und trösten muss und in den Arm nehmen muss, ähm, weil derjenige dann halt eben völlig überfordert ist. Ähm, dass es da in die Richtung irgendein Angebot gibt, dass die halt da dann Hilfe oder Unterstützung bekommen.“ (B_03)

Subkategorie „Rahmenbedingungen des Hilfesystems“

Alle Befragten haben Erfahrungen mit stationärer Akutpsychiatrie gemacht, nicht selten unfreiwillig. Die diesbezüglichen Eindrücke sind in Kapitel 3.2.1.3 zusammengefasst. Bei der Frage nach Wünschen für die Suizidprävention wurden diverse Alternativen für die **Angebotsstruktur** genannt. Eine Person fordert Schutzräume ohne Zwang:

„Und dass die Orte und Schutzräume, die es vielleicht auch gibt oder geben sollte, dann vielleicht auch wirklich Schutzräume sind. Also dass ich jetzt nicht irgendwie hingeh, weil ich merke, okay, äh, besser, ich hole mir Hilfe, und dann aber irgendwie einen Haufen übles Zeug erlebe irgendwie, wenn ich dann nicht das Medikament nehme, was ein anderer denkt, was für mich gut ist. So stressig, das sollte halt nicht sein.“ (B_04)

Eine andere Gesprächspartnerin plädiert für außerstationäre Hilfen, wobei allerdings je nach individueller Situation der Betroffenen zu differenzieren sei:

„Also für jemanden wie mich, der sein häusliches Umfeld nicht als wesentlichen Trigger empfunden hat, wäre es auf jeden Fall die bessere Möglichkeit gewesen, zu Hause zu bleiben. Es gibt mit Sicherheit Leute, bei denen ist es mitunter das tragende Problem. Und da verstehe ich es, wenn man sagt: Wir nehmen dich raus. Aber bei mir war es wirklich so, dass das Zuhause eine Sicherheit war, und hätte man mich jetzt wieder auf eine Geschlossene getan, das wäre für mich der Untergang gewesen. Deswegen, für jemanden wie mich wäre ein ambulantes Programm auf jeden Fall die bessere Wahl.“ (B_01)

Zudem wird angeregt, einen Schwerpunkt nicht auf Interventionen, sondern auf Da-Sein/Dabei-Sein („being with“) im Sinne des Soteria-Gedankens zu legen:

„Also (...) dieser Hilfebegriff, da ist dann für mich was Paternalistisches drin oder was man bei Profis halt oft hat, irgendwie, die denken, sie müssten was tun. Deshalb also, seit ich mich dann irgendwie mit diesen anderen Modellen beschäftige, also dieser Soteria-Ansatz, also einfach nur mal da sein... Am besten nehmen wir Leute, die nicht therapeutisch oder sonst irgendwie vorgebildet sind.“ (B_04)

Unabhängig von der Struktur der Hilfen bezeichneten alle Befragten die **Haltung** der Fachpersonen als zentralen Faktor. Eine Betroffene bringt dies wie folgt auf den Punkt:

„Also gerade in diesen Berufen, in diesen sozialen Berufen sollte man wirklich Herz haben und nicht einfach, ähm, da arbeite ich jetzt halt einfach so. Also Herz spielt da eine sehr, sehr große Rolle und Empathie.“ (B_02)

Um die Suizidprävention zu verbessern, seien **Schulungen** für Fachpersonen erforderlich – und zwar unbedingt mit Einbezug der Expertise von Betroffenen:

„Auf jeden Fall Betroffene hören. Es gibt... Lustigerweise arbeiten die jeden Tag mit zahlreichen Betroffenen. Aber irgendwie kommt es so nicht zur Sprache, habe ich das Gefühl. (...) Ich zum Beispiel würde das jetzt auch als Betroffene machen, sagen, okay, ich komme mit und erzähle euch aus Betroffenenperspektive, wie es ist. Und ich finde Austausch einfach so wichtig. (...) Ich finde, da kann man viel besser und viel plastischer einfach sagen, wie wäre jetzt vielleicht ein besserer Umgang mit mir gewesen? Stellvertretend für Menschen mit suizidalen Absichten.“ (B_01)

Subkategorie „Gesellschaftliche Ebene“

Mehrere Anregungen zur Stärkung der Suizidprävention beziehen sich auf die gesellschaftliche Ebene. Zwei Personen haben dabei vor allem die Schulen und das Thema Mobbing im Blick:

„Mobbing ist auch ein ganz, ganz richtig großes Thema, was bei Suizid ist, weil man wird niedergemacht, man wird gebrochen, und dann...“ (B_02)

„Als Gesamtkonzept müsste man noch mal schauen irgendwie: Was passiert denn eigentlich in den Schulen? Also sprich, das sind ja Strukturen, in denen massive Mobbing-Geschichten usw. entstehen, und das ist jetzt nicht nur, weil Kinder böse sind, sondern weil es insgesamt eine ungesunde Struktur ist, wie Schule funktioniert.“ (B_04)

Angesichts vielfältiger widriger gesellschaftlicher Umstände schlägt ein Gesprächspartner etwas ganz Besonderes vor:

„Ich wüsste nicht, was können wir jetzt konkret tun, damit das anders wird. Außer dass wir halt irgendwie als Einzelperson vielleicht losgehen, jemandem ein Lächeln schenken.“ (B_04)

3.2.2 Die Perspektive der Angehörigen

Für die Gruppe der Angehörigen konnten nur zwei Personen rekrutiert werden, mit denen jeweils Einzelinterviews von 45 bis 60 Minuten Dauer geführt wurden. Analog zu den Interviews mit Betroffenen waren auch hier zum Zeitpunkt der Rekrutierung keine Details der Erfahrungshintergründe bekannt. Individuelle Spezifika sowie einige Parallelen zwischen den beiden interviewten Angehörigen traten erst während der Interviews zutage.

In Tabelle 13 sind die Pseudonyme sowie Angaben zu Geschlecht und Alter der befragten Personen aufgelistet.

Pseudonym	Geschlecht	Alter
A_01	w	45
A_02	m	63

Tabelle 13: Angaben zu den interviewten Angehörigen

Bei der qualitativen Auswertung der beiden Interviews ergaben sich sechs Hauptkategorien mit null bis vier Subkategorien (vgl. Tab. 14). Aufgrund der schmalen Datenbasis sind die Subkategorien teils sehr klein; sie dienen aber der besseren Übersichtlichkeit der Ergebnisse.

Hauptkategorie	Subkategorie erster Ordnung
Erfahrungen mit Suizidgefährdung von Angehörigen	
Erkennbarkeit der Suizidgefährdung	
Erfahrungen im Hilfesystem	Stationärer Sektor
	Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten
	Gemeindepsychiatrie
	Einbezug der Angehörigen
Unterstützung für Angehörige	Unterstützungsbedarf
	Angehörigen-Selbsthilfe
	Fachliche Unterstützung
Stützende Faktoren für die suizidale Person	
Wünsche für die Weiterentwicklung der Suizidprävention	Unterstützung für die Angehörigen
	Sonstiges

Tabelle 14: Hauptkategorien und Subkategorien für die Interviews mit Angehörigen

3.2.2.1 Erfahrungen mit Suizidgefährdung von Angehörigen

Bei beiden interviewten Personen betraf die Suizidgefährdung jeweils die eigene Tochter. Die erste Gesprächspartnerin hatte darüber hinaus weitere Berührungspunkte mit dem Thema Suizid:

„(...) dass meine Tochter vor ein bisschen mehr als einem Jahr einen Suizidversuch unternommen hat mit 14 Jahren und ich auch eine Oma hatte, die Suizid angedroht hat. Aber da war ich ja, das habe ich selber nie mitbekommen, da war ich einfach noch zu klein. Und auch in der Gemeinde, in der Schule, im Studium Leute sich umgebracht haben (...)“ (A_01)

Bei ihrer Tochter traten zunächst andere psychische Probleme auf. Trotz begonnener therapeutischer Behandlung folgte dann relativ schnell ein Suizidversuch:

„Also bei meiner Tochter war das ja so, dass das nicht mit Suizidgedanken angefangen hat, sondern mit Essstörungen und selbstverletzendem Verhalten. Daraufhin (...) haben wir einen Therapieplatz bekommen, ergattert, und die Therapeutin hat uns versichert, es ist eine mittelschwere Depression, aber sie ist nicht suizidgefährdet. Sie war allerdings erst drei Termine bei der Therapeutin, aber wir waren dann entlastet, weil wir dachten, ja okay, dann ist das einfach nur, diese Gedanken mit dem Tod sich zu beschäftigen, pubertär und das ist dann alles nicht so wild. Und ja, und das war falsch. Also tatsächlich hat sie dann versucht, einen Suizidversuch zu unternehmen und sogar in der Klinik noch mal nachgelegt und es dort noch mal versucht.“ (A_01)

Einen Erklärungsansatz findet die Mutter im sozialen Umfeld der Tochter:

„Sie hatte einen Freund, der sie zu diesem selbstverletzenden Verhalten noch mit angestachelt hat. Der war hoch toxisch. Ich weiß nicht, was sie noch an Selbstmordfantasien dort produziert haben. Also das Internet ist ja voll von krassem Zeug, aber sie hatte zu dem Zeitpunkt auch keine Freundinnen, weil durch dieses Corona ist viel weggebrochen und sie war auch im Schulwechsel vorher noch von Grundschule auf Gymnasium und ist dort noch nicht richtig angekommen gewesen.“ (A_01)

Beim zweiten Gesprächspartner liegt der erste Suizidversuch der Tochter schon etwas länger zurück, bahnte sich aber ähnlich an:

„Also meine Tochter ist jetzt 20 Jahre, das ist jetzt sechs Jahre her, da war sie 14 und, äh, hat für mich total überraschend (...) einen Suizidversuch unternommen.“ (A_02)

Das damalige Geschehen beschreibt er wie folgt:

„Das war damals so, (...) sie ist aus dem Haus gegangen, wollte laufen gehen und kam dann nicht zurück. Meine Frau hat sie ein paar Mal versucht per WhatsApp oder telefonisch zu erreichen und hat keine Verbindung gekriegt. Sie hat sich nicht gemeldet. Ich war dann auf dem Weg zum Dienst (...), war Montagabend und dann ruft mich mein Sohn an, also der ist zweieinhalb Jahre älter als meine Tochter: Ich soll nach Hause kommen, egal was ist, ich soll gleich nach Hause kommen. (...) Und dann sind wir in die Klinik. Sie war nicht so schwer verletzt, weil es halt... Sie hat selbst den Notruf abgesetzt (...) und der Rettungswagen hat sie dann gleich in das Frühbehandlungszentrum in [Ort] gebracht. Also nicht in die Klinik oder Chirurgie, sondern weil die Verletzungen halt nicht so stark waren, gleich Psychiatrie. Und, ähm, ja, dann sind wir dorthin gefahren. Also mein Sohn, meine Frau und ich. Und haben (...) gefragt: Wieso hast du das gemacht? Und dann sagt sie: Weil ich die Menschen hasse. Also was mich natürlich auch geschockt hat. (...) Und also der Grund für sie war, die Menschen, ähm, zerstören die Umwelt, bringen Tiere um und, äh, machen halt viele Dinge, die nicht gut sind. Und da sie selbst auch ein Mensch ist, war dann für sie die logische Schlussfolgerung, dass es besser wäre, wenn sie nicht da wäre.“ (A_02)

Nach einem kurzen Klinikaufenthalt folgte eine mehrmonatige teilstationäre Behandlung in einem familientherapeutischen Zentrum. Danach hatte die Tochter noch wöchentlich ambulante Termine bei einer jungen Psychologin, die aber letztlich nicht ausreichten:

„Jedenfalls dort war sie dann über ein paar Monate und die, äh, junge Dame hat dann irgendwann gesagt, es reicht nicht aus. Sie soll wohl stationär in die Psychiatrie, weil sonst kommt sie da nicht mehr draus. Also sonst wird das nicht besser.“ (A_02)

Die Klinikaufnahme verlief allerdings anders als geplant, weil die Tochter kurzfristig erkrankte:

„Sie hatte dann aber Magen-Darm-Probleme, als sie aufgenommen wurde, und ist dann am nächsten Tag gleich nach Hause geschickt worden. (...) Sie sollte wiederkommen, wenn die Magen-Darm-Probleme behoben sind. Dass nicht die ganze Station angesteckt wird. Und die Zeit hat sie dann genutzt, um einen zweiten Suizidversuch zu unternehmen. Und der war wesentlich heftiger. Also da ging es tatsächlich um Leben und Tod.“ (A_02)

Der Vater sieht einen Grund für die Wahl der Suizidmethode:

„Also (...) zu diesen Depressionen aufgrund von der Tatsache, dass sie die Menschheit, die Menschen hasst, kam noch dazu, dass sie in einen koreanischen, äh, Popsänger verliebt war, der ein Jahr zuvor sich mit *[dem gleichen Mittel, das die Tochter beim zweiten Suizidversuch verwendete]* das Leben genommen hat. (...) Dem wollte sie dann folgen.“ (A_02)

3.2.2.2 Erkennbarkeit der Suizidgefährdung

Die erste Gesprächspartnerin wurde vom Suizidversuch der Tochter völlig überrascht:

„Es hat keine Person kommen sehen. Ich würde auch nie jemandem einen Vorwurf deswegen machen. Sie hat es gut verborgen. Ich habe auch nachgefragt: Möchtest du dich umbringen? Und sie hat gesagt, sie würde es mir nicht sagen, wenn es so wäre. Also sie hat niemanden an sich rangehen lassen und da hat man einfach keine Chance.“ (A_01)

Erst rückblickend und mit ihrem heutigen Kenntnisstand interpretiert die Mutter einige Vorkommnisse als Warnsignale:

„Was ich jetzt im Nachhinein weiß, ist, dass sie in der präsuizidalen Phase war. Sie hat ihr Zimmer aufgeräumt, sie war extrem gut gelaunt drei Wochen vorher. Sie hat Weihnachtsgeschenke gebastelt und sie hat (...) noch neue Schuhe bestellt, ewig teure. Und wir dachten alle, es geht gerade bergauf. Sie hat wieder normal gegessen. Das selbstverletzende Verhalten hat aufgehört für diese drei Wochen und da wollte man aufatmen.“ (A_01)

Auch für den zweiten Gesprächspartner kam der Suizidversuch der Tochter unerwartet:

„Also sie hat sich vorher schon geritzt gehabt. (...) Und wir haben das aber nicht gemerkt, weil sie hat langärmlige Sachen angehabt und konnte gut kaschieren. Und ich hätte nie im Leben gedacht, dass meine Tochter, ähm, sowas mal macht. Äh, dass sie (...) überhaupt den Mut, äh, finden wird, so was zu machen.“ (A_02)

Erst im Nachhinein sieht er mögliche Hinweise, die aber vor dem Hintergrund des Alters seiner Tochter für ihn schwer zu interpretieren gewesen seien:

„Ähm, diese negative Einstellung, dass eigentlich alles, was so in der Schule oder außerhalb von der Schule war, dass das sehr negativ gesehen worden ist. Es war schon fast ein bisschen nervig, wenn wieder kam: Das ist alles scheiße und... Also, da hätten wir vielleicht drauf kommen können, dass... Aber wenn ich ehrlich bin, also... Ich habe damit nicht gerechnet (...) Also das Alter von 14

Jahren ist ja auch, da spielt die Pubertät ja auch eine Rolle. (...) Ich habe das halt so als pubertär angesehen und gut.“ (A_02)

Seine Frau habe schon eher ein ungutes Gefühl gehabt und sich gesorgt, allerdings ebenfalls, ohne Konkretes zu ahnen. Erst kurz nach dem ersten Suizidversuch der Tochter erfuhren die Eltern, dass das Thema Selbsttötung in der Schulklasse virulent war:

„Also es war wohl auch, das haben wir erst im Nachhinein mitgekriegt, (...) bei den Mitschülerinnen, dass die wohl in der WhatsApp-Gruppe, dass da schon über das Thema geschrieben worden ist, dass dann die eine gesagt hat: Wenn du das machst, mache ich das auch. Und ähm, es war auch so, dass, äh, kurz nachdem der erste Suizidversuch war, eine Klassenkameradin von ihr bei uns angerufen hat und gefragt hat. Sie wollte wissen, wie es der *[Name der Tochter des Befragten]* geht. Sie würde sich Sorgen machen. (...) Und wo wir schon gesagt haben, dass sie einen Suizidversuch unternommen hat. Und dann hat sie gesagt, sie hat die Befürchtung gehabt, weil das war wohl in der Gruppe so das Thema. (...) Und die Klassenkameradin, die da angerufen hat, die, äh, musste ihr eigentlich versprechen, dass sie nichts sagt (...) Praktisch entgegen dem Versprechen hat sie bei uns angerufen.“ (A_02)

Die Schulsozialarbeiter bemerkten von der Problematik offenbar nichts:

„Es gibt Schulsozialarbeiter. Aber da gab es überhaupt keine Ansprache von denen, dass da irgend- ein Warnsignal gekommen ist.“ (A_02)

3.2.2.3 Erfahrungen im Hilfesystem

Diese Kategorie wurde in vier Subkategorien unterteilt. Analog zur Auswertung der Interviews mit Betroffenen wird im Folgenden zwischen stationärem Sektor, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten sowie der Gemeindepsychiatrie unterschieden. Hinzu kommt als weitere Subkategorie der Einbezug der Angehörigen in die Hilfen.

Subkategorie „Stationärer Sektor“

Die Tochter der ersten Gesprächspartnerin wurde nach ihrem ursprünglichen Suizidversuch und dem kurz darauf folgenden zweiten Versuch in der Klinik insgesamt rund drei Monate voll- bzw. teilstationär behandelt, davon zwei Monate auf der geschlossenen Station und einen Monat in der Tagesklinik. Die Mutter lobt die vorwurfsfreie Unterstützung, die sie in dieser Zeit erhielt:

„Also die waren zum einen super entspannt und haben gesagt, na ja, wenn es das Kind, wenn das Kind sterben will, macht es das sowieso, Sie können das nicht kontrollieren, aber Sie können eine Stütze sein. Sie können... Bindung, Bindung, Bindung haben die eigentlich immer gesagt. Sorgen Sie für schöne Momente miteinander.“ (A_01)

Im Rahmen des Entlassmanagements wurde nach weiteren Hilfen gefragt:

„Die Klinik hat sich interessiert, wie das mit den Therapeutinnen aussieht. Da haben wir gesagt, wir sind schon im Netzwerk drin. Wir haben eine Therapeutin und einen Psychiater. Damit waren die total zufrieden. Da waren die, waren die happy: Okay, dann sind Sie versorgt. Das ist selten so.“ (A_01)

Der zweite Gesprächspartner beschreibt ebenfalls positive Erfahrungen mit Kliniken, hat allerdings auch kritische Anfragen. Die Akutversorgung nach dem ersten Suizidversuch der Tochter hatte zunächst einen positiven Aspekt:

„Ähm, klar, im ersten Moment, wo sie dann direkt nach dem ersten Suizidversuch in dieses Behandlungszentrum gekommen ist, das war auf alle Fälle hilfreich, weil wir total überfordert waren.“ (A_02)

Die Behandlungsdauer erschien ihm allerdings als unzureichend:

„Also meine Tochter war dann zwei Nächte oder drei Nächte in diesem Frühbehandlungszentrum und ist dann wieder entlassen worden, was in meinen Augen oder in unseren Augen total viel zu früh war. (...) Weil sie hat zwar mit den Psychiatern dann einen Vertrag gemacht, dass sie das nicht wiederholen wird. Und das war's für die dann. (...) Und es wäre uns in der Situation eigentlich lieber gewesen, wenn sie länger stationär aufgenommen worden wäre.“ (A_02)

Eine Alternative zu einer längerfristigen Akutbehandlung bot das Familientherapiezentrum als teilstationäre Einrichtung in der Region. Für zwei bis drei Monate, genau kann sich der Gesprächspartner nicht mehr erinnern, nahmen Mutter und Tochter dort von morgens bis nachmittags an den Angeboten teil:

„Also das war jetzt nicht nur Therapie, sondern auch irgendwelche Ausflüge, Basteln, äh, Aktionen, wo sie irgendwas zusammen gemacht haben, Einzelgespräche und auch die Termine, wo die ganze Familie dabei war. Das war schon auch so, dass man da gute Ratschläge bekommen hat oder gute Sachen erarbeitet hat in den Gesprächen.“ (A_02)

Sein Gesamturteil über das Zentrum fällt rundum positiv aus:

„Also ich bin überzeugt, dass das sehr hilfreich war. Also ich kann das, äh, kann die nur loben. Das war eine gute Sache.“ (A_02)

Der Zugang war allerdings nicht einfach, weil die Kosten normalerweise nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet worden wären. Erst nach einem „harten Streit“ (A_02) mit seiner Kasse konnte der Vater eine Kostenübernahme erwirken.

Nach dem zweiten Suizidversuch einige Monate später war die Tochter zunächst zwei Tage in der Kinderklinik und wurde dann in die Psychiatrie verlegt, wo sie vier Monate verbrachte. Auch hier war das Vorgehen aus Sicht des Vaters zu wenig restriktiv, denn die Tochter kam von der geschlossenen Station „dann aber für meine Verhältnisse oder für mein Empfinden auch wieder viel zu früh in die Offene“ (A_02). Dennoch empfand er – im Gegensatz zu seiner Tochter – die stationäre Behandlung insgesamt als hilfreich:

„Ähm, ja, ich sehe es so, dass der Aufenthalt (...) ihr geholfen hat. Sie sagt heute, es hat nichts geholfen, aber, ähm...“ (A_02)

Subkategorie „Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten“

Die erste Gesprächspartnerin wandte sich aufgrund der erkennbaren psychischen Probleme der Tochter – an eine Suizidgefährdung dachte zu diesem Zeitpunkt noch niemand – zunächst an den Kinderarzt, wurde dort aber abgewiesen:

„Wir haben erstmal festgestellt durch Zufall, weil die Hose verrutscht war, was das Ausmaß des selbstverletzenden Verhaltens war. Haben daraufhin auch schon parallel gehabt, dass wir gemerkt haben, dass sie komisch ist, und haben zuerst versucht, den Kinderarzt anzusteuern und zu sagen: Hier, machen Sie mal Bluttests mit der, ist die Schilddrüse im Eimer oder sonst irgendwas. War der nicht bereit dazu: Na ja, das ist üblich in dem Alter usw.“ (A_01)

Die anschließend aufgesuchte Therapeutin erwies sich ebenfalls nicht als hilfreich:

„Da haben wir eine Therapeutin gefunden, die mit Schuldgefühlen gearbeitet hat: Ja, was du machst... Also stell dir vor, deine Eltern bringen sich jetzt deswegen um, weil du das und das machst... Und da hat sie, da war sie erst mal gebranntes Kind. Das heißt, es ist dann auch schief gegangen.“ (A_01)

Trotz dieser schlechten Erfahrungen suchten die Eltern weiter und fanden schließlich für die Tochter therapeutische und fachärztliche Unterstützung.

„Genau, und dann habe ich, haben wir die Therapeutinnen nach und nach runtertelefoniert und bei einer wirklich Glück gehabt, dass die gesagt hat, ja, Sie können kommen. Aber das hat alles dann doch ein bisschen gedauert vom selbstverletzenden Verhalten bis zum ersten Therapietermin. (...) Und dann der Psychiater noch parallel, da war sie beim ersten, ersten Termin und da kam die Diagnose mittelschwere Depression noch mit ins Spiel. Und dass sie eigentlich in eine Tagesklinik müsste mit diesem Bild, diesem Störungsbild. (...) Das kam nicht zustande, weil meine Tochter sich dann entschieden hat zu suizidieren und dann ging es sofort in die Geschlossene.“ (A_01)

Nach dem Klinikaufenthalt wurde mit der Therapeutin und dem Psychiater ambulant weiter gearbeitet:

„Viele haben einfach danach nichts und haben das Kind zu Hause. (...) Da waren wir ja froh, dass wir vorher schon Hilfe hatten. Und die wollten auch beide, beide Hilssysteme wollten dann weiter da sein.“ (A_01)

Dass es seitdem zu keinen weiteren Suizidversuchen mehr kam, ist aus Sicht der Mutter vor allem der Therapeutin zu verdanken, „die dann (...) den Fuß in die Tür gekriegt hat, was aber lange gedauert hat“ (A_01).

Beim zweiten Gesprächspartner musste nach dem Suizidversuch der Tochter und dem folgenden, sehr kurzen Klinikaufenthalt kurzfristig die ambulante Weiterversorgung organisiert werden. Das Ergebnis war zunächst nicht befriedigend:

„Ähm, und wir waren dann erstmal so ein bisschen hilflos auf uns gestellt. Auf die Schnelle kriegt man ja keinen Psychologen, Psychiater, der die dann behandelt. Das heißt, wir haben dann versucht, Hilfe zu bekommen, aber das hat dann schon gedauert, bis wir dann jemanden gehabt haben, und dann war es auch bei einer Dame, zu der sie eigentlich gar nicht so einen guten Draht gehabt hat.“ (A_02)

Nach Abschluss der Behandlung im Familientherapeutischen Zentrum fand sich eine andere Psychologin:

„Und sie hat dann noch so einmal die Woche eine Psychologin gehabt, zu der sie gegangen ist. Das war eine relativ junge Dame, die, ähm, ich glaube, mit der Ausbildung auch noch nicht ganz fertig war.“ (A_02)

Ein erneuter Wechsel erfolgte nach dem zweiten Suizidversuch und dem anschließenden längeren Klinikaufenthalt:

„Danach hat sie dann auch noch, als sie entlassen wurde, bei einer Kinderpsychologin Termine gehabt, einmal die Woche und dann später in längeren Abständen. Aber es ging dann vielleicht noch mal so ein Jahr rum, und dann war das beendet. Sie sagt, sie hat heute schon immer noch Depressionen. Sie ist aber zumindest, schätzen wir so ein und sehen auch, dass sie nicht suizidgefährdet ist.“ (A_02)

Subkategorie „Gemeindepsychiatrie“

Die erste Gesprächspartnerin erhielt von Klinik und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten bzw. Therapeutinnen/Therapeuten keinerlei Informationen über gemeindepsychiatrische Angebote. Sie konnte aber eigene Vorkenntnisse nutzen:

„Mir war das nur bekannt, weil ich (...) die Frauengesundheitszentren kannte und Strukturen und selber auch schon die eine oder andere genutzt habe, dann einfach recherchiert habe, Leute befragt habe und es mir mühevoll zusammengesucht habe.“ (A_01)

So ergab sich ein recht breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten. Die Tochter allerdings verweigerte alles:

„Das Jugendamt hätte familientherapeutische Hilfe angeboten. Das hat sie abgelehnt. Familienbegleitung hat sie abgelehnt. Sie hat Ex-In-Genesungsbegleitung abgelehnt. Sie hat Drogen-, die Drogenberatungsstellen haben so Treffpunkte, abgelehnt. Und alle anderen, so Familienberatungsstellen-Geschichten.“ (A_01)

Der zweite Gesprächspartner erhielt von der Klinik, in der seine Tochter nach dem ersten Suizidversuch behandelt worden war, den Hinweis auf die Möglichkeit einer aufsuchenden Familienberatung. Er empfand diese Unterstützung als hilfreich:

„Und das war auch eine hilfreiche Sache, wo praktisch dann die Familie unterstützt worden ist und, ähm, auch wieder gemeinsam Dinge erarbeitet worden sind, was man anders machen kann, dass die Situation in der Familie weniger angespannt ist. (...) Wir haben, glaube ich, zwei Blöcke da gehabt. Also es musste einmal verlängert werden dann. Und irgendwann war es dann auch so, ich glaube die letzten zwei Sitzungen haben wir gar nicht mehr gebraucht.“ (A_02)

Subkategorie „Einbezug der Angehörigen in die Hilfen für die suizidgefährdete Person“

Beide Interviewten waren mit dem Einbezug in die Hilfen zufrieden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Töchter zum Zeitpunkt der Behandlung minderjährig waren und das Sorgerecht bei den Eltern lag. Insofern betont die erste Gesprächspartnerin eher den Einbezug ihrer Tochter in die Gespräche:

„Also in der Klinik, das war super. Auch wenn ich das alles erfragen musste. Da waren wir, waren wir gut aufgehoben. Die waren auf Augenhöhe und haben mit den Kindern auf Augenhöhe auch... Die Kinder auch immer dabei gehabt in den Gesprächen, dass es nicht irgendwie Eltern über Kinder geht, sondern zusammen. Und das war hilfreich.“ (A_01)

Über die Medikation der Tochter fühlte sie sich bestens informiert:

„Und was die Medikamente betraf, natürlich auch das Aufklärungsgespräch und Beratungsgespräch mit der Psychiaterin vor Ort. Und das war auch gut gemacht, also auf Augenhöhe und vorher Materialien zum Lesen geschickt, damit wir in Ruhe lesen können, worum es geht. Das war super.“ (A_02)

Für den zweiten Gesprächspartner waren vor allem die Hilfen für die gesamte Familie wichtig:

„Es war auch im [Name des Klinikums] dann so, dass es da einen (...) Sozialarbeiter gab, der dann auch so Familientreffen, ähm, moderiert hat, also wo dann auch besprochen worden ist: Wie kann man das in der Familie hinkriegen, dass die Stimmung besser ist, dass man Konflikte besser löst? Das ist schon immer hilfreich gewesen.“ (A_02)

Noch mehr als die Akutklinik war das Familientherapiezentrum auf den Einbezug der Angehörigen ausgerichtet. Hier war in erster Linie die Ehefrau des Befragten involviert:

„Gut, bei dem Familientherapiezentrum war es so, dass meine Frau, die hat auch mit Depressionen Probleme gehabt. Und also sie und (...) unsere Tochter, die waren praktisch jeden Tag dann dort (...). Ich denke mal, alle zwei Wochen war dann vielleicht mal ein Gespräch, wo ich dabei war oder auch wo dann der Sohn noch mit dabei war. Aber das, das ist auf alle Fälle sinnvoll, dass man da die ganze Familie mit einbezieht.“ (A_02)

3.2.2.4 Unterstützung für Angehörige

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden auch hier drei (wenn auch kleine) Subkategorien gebildet, und zwar zu den Themenkomplexen Unterstützungsbedarf, Angehörigen-Selbsthilfe und fachliche Unterstützung.

Subkategorie „Unterstützungsbedarf“

Beide Interviewten betonen übereinstimmend, dass die Angehörigen suizidgefährdeter Menschen selbst Unterstützung benötigen. Grundsätzlich gelte:

„Man kann die Betroffenen nur dann unterstützen und ihnen helfen, wenn man selber einigermaßen... Nicht voll im Keller sitzt.“ (A_02)

Eine Befragte erklärt, warum für sie vor allem verständnisvolle Gesprächspartner wichtig sind:

„Die Suizidalität, das kannst du keinem außerhalb (...) eigentlich erzählen. Also zum einen, weil das Kind geschützt werden muss aus Respekt. Sie möchte nicht, dass das jemand weiß. Da haben wir sowieso den Maulkorb. (...) Und dann die Reaktion auch auszuhalten der anderen, die Überforderung, und da habe ich gar keine emotionale Kapazität dazu. Genau, das macht es echt hart. Weil wenn mich jemand fragt, wie es mir geht, dann kann ich eigentlich nie ehrlich antworten.“ (A_01)

Subkategorie „Angehörigen-Selbsthilfe“

Beide Interviewten sind im weit gefassten Kontext der Selbsthilfe aktiv; allerdings würden nähere Angaben dazu die Anonymität mindestens der einen Person gefährden. Deshalb wird im Folgenden nur die andere Person auszugsweise zitiert. Sie unternahm eine umfangreiche Recherche:

„Und parallel habe ich versucht, Selbsthilfegruppen in [Ort] zu finden (...), um dann festzustellen, dass es nur in Heidelberg eine Gruppe für Angehörige von suizidversuchten Menschen gibt. (...) Und dass das die einzige in ganz Deutschland ist. Ich habe auch in Österreich mit gesucht, mir haben Hochschulen geholfen, mir haben sämtliche Selbsthilfegruppen, Trägervereine, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, AGUS [= *Selbsthilfegruppe von Angehörigen nach vollendetem Suizid; EP*], alle haben mitgeholfen, und wir haben festgestellt, da ist nichts. Da war ich sozusagen mit dem Thema tatsächlich... Als Eltern waren wir damit ziemlich alleine.“ (A_01)

In einer Selbsthilfegruppe für Angehörige psychisch kranker Menschen fühlte sie sich überfordert:

„(...) da waren die Kinder eben schon alle erwachsen und die Themen waren krass, nur mit Psychosen und so, also das... Also für mich war das halt kaum zu, zu handeln, weil das hat das noch überschritten, was, was ich erlebt hatte. Das auszuhalten, das war Hölle.“ (A_01)

Subkategorie „Fachliche Unterstützung“

Neben der Selbsthilfe nennen beide Befragten fachliche Beratungs- und Unterstützungsangebote als zweiten wichtigen Anker. Dazu gehört insbesondere eine eigene Psychotherapie, bei einem Gesprächspartner individuell für jedes Familienmitglied:

„Nach dem ersten Suizidversuch haben wir alle (...) uns dann, äh, psychologische Hilfe gesucht. (...) Ähm, ich muss sagen, ich habe immer eine etwas nicht so positive Meinung von Psychologen und Psychiatern. Aber ich habe meine Meinung, äh, stark revidiert. Ich war echt froh, dass ich dann die Psychologin hatte.“ (A_02)

Die andere Gesprächspartnerin fand bei der Therapeutin ihrer Tochter Hilfe:

„Die Therapeutin hat auf Nachfrage von mir uns angeboten, uns einmal die Woche zu treffen. Aber das war wohl bemerkt ihre Therapeutin, was ich vielleicht auch ein bisschen schwierig... Also ich weiß nicht, wie sie das gemacht hat, das zu trennen. Genau, das war hilfreich.“ (A_01)

Zusätzlich nutzt sie Familienberatungsstellen und verschiedene Online-Hilfen:

„Und Telefonseelsorge mit Email und Chatberatung hat mich über Wasser gehalten. Und OBEON, das neue Projekt, da bin ich auch in der Emailbegleitung nach wie vor.“ (A_01)

3.2.2.5 Stützende Faktoren für die suizidale Person (außerhalb des Hilfesystems)

Bei beiden Befragten erwies sich ein **Wechsel des schulischen Umfeldes** für die Tochter als hilfreich. Der einen Gesprächspartnerin ging es dabei vor allem darum, Problemen mit den früheren Mitschülerinnen und Mitschülern zu entkommen:

„Ach so, wir haben einen Schulwechsel gemacht, weil Mobbing war auch noch mit am Start. Das hat geholfen, neue Leute kennenzulernen, die nicht so krass rechtskonservativ sind, wie es in der Klasse war.“ (A_01)

Die Tochter des anderen Befragten wechselte an ihrer Gesamtschule vom Gymnasial- in den Realschulzug und fand dort ein besseres Umfeld vor:

„Die eine Psychologin hat gemeint, ob man nicht überlegen sollte, ob sie nicht in den B-Zug wechselt. (...) Das hat sie gemacht und da hat sie dann auch einen super tollen Klassenlehrer gehabt. Also der ist so was von empathisch gewesen und der hat sie wirklich toll unterstützen können. Ähm, ich glaube auch, dass der einen ganz großen Anteil daran gehabt hat, dass sie da in der Klasse gut... Und die Klasse selbst war auch genial. Super.“ (A_02)

Bei einem Auslandsaufenthalt wurde die **Gastmutter** zu einer wichtigen Stütze:

„Und irgendwann hat sie [die Tochter; EP] dann gesagt, sie will ins Ausland und, ähm, da mal eine Zeit lang sich Gedanken machen, was sie alternativ macht, und war dann in [Land], über so ein Onlineportal, (...) wo man in der Familie wohnt, kriegt dort Unterkunft, Essen und... (...) Und, ähm, da hat sie auch eine ganz tolle Familie gehabt. Also neun Hunde haben die gehabt. (...) Das war genau richtig. Und auch die Mutter war... Sie hat irgendwann mal gesagt, das wäre die bessere Therapeutin gewesen.“ (A_02)

3.2.2.6 Wünsche für die Suizidprävention

Die meisten Angaben in dieser Kategorie betrafen die Unterstützung für die Angehörigen. Diverse weitere Wünsche wurden der Subkategorie „Sonstiges“ zugeordnet.

Subkategorie „Unterstützung für die Angehörigen“

Beide Befragten plädieren dafür, die Angehörigen stärker zu unterstützen. Bereits während des Klinikaufenthaltes der suizidgefährdeten Person sollten deren Angehörige begleitet werden:

„Ich möchte, dass die Angehörigen in der Klinik eine Begleitung bekommen. Das ist nicht vorgesehen. Ich habe alle Kliniken abtelefoniert, es ist nicht vorgesehen.“ (A_01)

Auch solle eine Vernetzung der Angehörigen in der Klinik ermöglicht werden:

„Sondern dass vor Ort, dass vor Ort die Möglichkeit besteht, dass die Eltern sich untereinander austauschen, weil das hat am meisten gefehlt. Ich habe Eltern dann angesprochen und ihnen meine Telefonnummer gegeben und gebeten, ob sie sich mal austauschen wollen.“ (A_01)

Gewünscht werden zudem regelhafte Informationen über Unterstützungs- und Selbsthilfeeinrichtungen für Angehörige:

„Also wünschenswert wäre es sicher, wenn man in der Situation von der Stelle, wo dann die Tochter ist, also der Betroffene ist, ja, wenn man dort vielleicht dann schon angesprochen werden würde. Erstens mal, ob man sowas sich vorstellen kann, zweitens noch vielleicht eine Liste kriegt, wo man sich hinwenden kann, (...) und wenn es nur übergangsmäßig ist.“ (A_02)

Subkategorie „Sonstiges“

Hinsichtlich der **Hilfen für die betroffene Person** selbst fordert eine Gesprächspartnerin den Ausbau ambulanter Therapieplätze im Kinder- und Jugendbereich:

„Und dass die Therapeutinnen-Bereitstellung einfach da ist. Eine Liste mit hundert Namen zu haben und die abzutelefonieren und dann immer noch nicht zu wissen, ob es menschlich dann auch funktioniert... Ja, ein Roulette, und dann muss ich meine Tochter noch überzeugen und dann muss das noch irgendwie in der Nähe sein, damit es mit der Schule noch halbwegs funktioniert. Also dass diese Barrieren einfach abnehmen. Also eine höhere Dichte an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendtherapeutinnen. Das wünschte ich mir sehr.“ (A_01)

Übereinstimmend nennen beide Interviewten die **Sensibilisierung von Lehrkräften** an den Schulen als einen wichtigen Punkt:

„Ich glaube, es müssten einfach gerade im Kinderbereich die Lehrkräfte auch gut geschult sein, dass die sensibel vorgehen können, weil die sind ja am nächsten dran.“ (A_01)

„Hm, ich glaube, dass man an den Schulen vielleicht die Lehrer versuchen könnte da ein bisschen zu sensibilisieren.“ (A_02)

Ein Gesprächspartner regt trotz mancher Bedenken eine **Enttabuisierung** des Themas Suizid an:

„Ich weiß, dass das so ein zweischneidiges Schwert ist. Äh, die Suizide werden in der Öffentlichkeit eigentlich eher mit einem Tabu belegt und es wird nicht darüber gesprochen. Und (...) ich weiß auch, dass es Gründe dafür gibt, warum es so gemacht wird. Dass man praktisch niemandem einen Anreiz geben will, dass er Suizid begeht. (...) Aber ich bin mir nicht sicher, ob das wirklich in allen Fällen so der richtige Weg ist (...). Dafür sind die Zahlen, finde ich, zu hoch und, ähm, ich glaube, dass es besser wäre, wenn man es ein bisschen, naja, wenn man offener drüber reden würde.“ (A_02)

Er schlägt öffentliche Informationsveranstaltungen vor:

„Also an der Schule könnte es zum Beispiel so sein, dass man das Thema halt so, wie man zum Rauchen, zu Drogen allgemein irgendwelche, ähm, Infoveranstaltungen macht, (...) könnte ich mir

das auch vorstellen, dass man so was zum Thema Suizid macht. (...) Und die Kirche könnte vielleicht auch ein bisschen unterstützen. Ich weiß nicht, ob die das machen, ob die sich das auf die Fahnen schreiben wollen, keine Ahnung. Aber die Schule wäre sicher... Schule und Uni.“ (A_02)

3.2.3 Die Perspektive der Fachpersonen

Mit Fachpersonen wurden zwei Interviews geführt: ein Einzelinterview von 50 Minuten und ein Fokusgruppeninterview von 80 Minuten Dauer. An der Fokusgruppe nahmen drei Personen teil, die zum Zeitpunkt des Interviews in unterschiedlichen Positionen für den gleichen, recht großen gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer tätig waren.

In Tabelle 15 sind die Pseudonyme sowie Angaben zu Geschlecht und Alter aufgelistet.

	Pseudonym	Geschlecht	Alter
Einzelinterview	F_01	w	53
Fokusgruppe	F_02_P2	w	64
Fokusgruppe	F_02_P3	w	37
Fokusgruppe	F_02_P4	m	55

Tabelle 15: Angaben zu den interviewten Fachpersonen

Bei der Auswertung der Interviews ergaben sich sieben Hauptkategorien mit null bis vier Subkategorien erster Ordnung (vgl. Tab. 16).

Hauptkategorie	Subkategorie erster Ordnung
Erfahrungshintergrund	
Beispiele für Suizidgefährdung von Klientinnen und Klienten	
Vorbereitung auf den Umgang mit Suizidgefährdung	
Umgang mit Suizidgefährdung	Kommunikation / Einschätzung der Situation
	Außerstationäre Hilfen
	Stationäre Akutpsychiatrie
	Nachbesprechung mit Klientinnen und Klienten
Nach vollzogenen Suiziden	Fachliche Aufarbeitung / Unterstützung für Mitarbeitende
	Angebote für verschiedene Zielgruppen
	Persönliche Rituale
Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention	Zielgruppenerreichung
	Kooperationen
Wünsche für die Weiterentwicklung der Suizidprävention	Einzelfallbezogene Kooperation / Helferkonferenzen
	Reflexion und Schulungen
	Aufklärung / Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft

Tabelle 16: Hauptkategorien und Subkategorien für die Interviews mit Fachpersonen

3.2.3.1 Erfahrungshintergrund

Die Gesprächspartnerin aus dem Einzelinterview blickt auf mehrere Jahrzehnte Berufserfahrung als Sozialarbeiterin zurück:

„Ich habe vor fast genau 30 Jahren (...) angefangen im psychiatrischen Arbeitsfeld und das beim Sozialdienst katholischer Männer die ersten zehn Jahre (...). Also ich habe (...) gearbeitet damals mit vielen Menschen (...) aus sehr prekären Lebensverhältnissen, also viele Menschen ohne festen Wohnsitz, äh, Ko-Morbiditäten, (...) einfach herausfordernde psychosoziale Notlagen. Also wir haben sie irgendwie alle versammelt und versucht zu begleiten. (...) Dann (...) war ich noch, glaube ich, bei zwei anderen Trägern oder drei (...) und habe weiter immer im ambulant betreuten Wohnen gearbeitet, zusätzlich eine Ausbildung gemacht in Psychotraumatologie und mich da mehr darauf fokussiert, komplex traumatisierte, aber auch akut traumatisierte Menschen zu begleiten.“ (F_01)

Zudem war sie in den Feldern Aus-/Fortbildung und Supervision engagiert. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet sie in der psychosozialen Beratung.

Mit dem Thema Suizidgefährdung und Suizid kam sie im Rahmen ihrer Berufstätigkeit bereits vielfach in Berührung:

„Und würde (...) sagen, dass ich in 30 Jahren acht vollzogene Suizide erlebt habe. Ähm, sehr unterschiedliche, auch in einem sehr unterschiedlichen Verhältnis zu den Menschen, die sich suizidiert haben, und mit sehr verschiedenen Geschichten vorher, Lebensgeschichten und akuten Geschichten. (...) Und habe dieses Thema bei vielen Menschen als selbstverständlich sehr präsent erlebt. (...) Bei manchen nicht. Und bei vielen durchaus als lebensbegleitendes, präsent, immer wiederkehrendes Thema.“ (F_01)

Die drei Teilnehmenden an der Fokusgruppe sind zum Zeitpunkt des Interviews für eine gemeindepsychiatrische Trägerorganisation tätig, die eine der Interviewten wie folgt beschreibt:

„Das ist eine große Komplexeinrichtung mit einem ganz breiten Angebot für Menschen mit psychischer Erkrankung. Das geht von stationären Plätzen über Klinikplätze bis zu ganz vielen Wohnplätzen. Und wir haben auch regionale Angebote (...) in drei Landkreisen (...). Wir haben auch noch einen Krisendienst (...)“ (F_02_P2)

Der Umgang mit Suizidgefährdung gehöre zum erweiterten Aufgabenbereich:

„Grundsätzlich sind wir ausgestattet. Suizidkrisen oder Ankündigungen von Suizid gehört zu unserer also nicht alltäglichen Arbeit, aber zum erweiterten Alltag. Wir arbeiten mit Menschen mit seelischer Erkrankung und da kommt es einfach immer wieder zu Krisen.“ (F_02_P2)

Die Gesprächspartnerin selbst arbeitet in diesem Unternehmen in einer regionalen Leitungsfunktion:

„Ich bin Sozialpädagogin und arbeite seit vielen Jahren in unserer großen Einrichtung (...). Ich bin zuständig für eine Region (...), habe jetzt momentan nicht mehr so viel direkte Klientenkontakte, aber habe natürlich mit dem Thema Suizid in Teambesprechungen, in Leitungsbesprechungen immer wieder zu tun und bin auch noch Mitglied bei uns in der Leitungsrunde, (...) wo es im Endeffekt auch eher um strukturelle oder organisatorische Fragen geht, wo Suizid, Suizidprävention immer am Rande eine Rolle spielt.“ (F_02_P2)

Ihre Kollegin bringt aktuelle Praxiserfahrung in die Fokusgruppe ein:

„Ich leite den Sozialpsychiatrischen Dienst in [Ort], war bis vor Kurzem noch in der Suchtberatung tätig und davor auch schon im Rahmen vom ambulant begleiteten Wohnen an verschiedenen Stellen und habe daher in verschiedensten Arten schon mit suizidalen Klienten zu tun gehabt. (...) Und seit noch das Aufgabengebiet des Krisendienstes dazu kam, ist es noch mal eine andere Funktion und Dringlichkeit. Wir decken da den Tagdienst ab, also die Leute, die zwischen 8:00 und 16:00 Uhr anrufen und ein Krisenteam benötigen, da rücken wir dann aus. Und gerade in dem Kontext ist natürlich Suizidalität oft abzuklären.“ (F_02_P3)

Der dritte Gesprächspartner innerhalb der Fokusgruppe ist in einer Leitungsfunktion tätig:

„Ich bin Kollege von (F_02_P2) und von (F_02_P3). Arbeite auch natürlich demnach bei [Name des Trägers], hatte ganz zu Beginn meiner Berufstätigkeit auch direkt mit Suizidversuchen zu tun von Klienten. Aber das ist schon sehr, sehr lange her. Und bei mir ist es ähnlich wie bei (F_02_P2) in der Zwischenzeit eher (...) in beratender oder begleitender Funktion (...) und dann natürlich auch in Teambesprechungen. Und gelegentlich hatten wir das jetzt auch schon bei so eher konzeptionellen Überlegungen oder strategischen Fragen. Da ging es ja vor geraumer Zeit auch mal um die Frage begleiteter Suizid, inwiefern man sich da bei dem Thema mit beteiligen möchte, als Beratungsstelle beispielsweise.“ (F_02_P4)

3.2.3.2 Beispiele für Suizidgefährdung von Klientinnen und Klienten

In beiden Interviews wurden die Gesprächspartnerinnen und -partner gebeten, aus ihrem persönlichen Erleben konkrete Beispiele für Suizidgefährdung von Klientinnen und Klienten zu schildern.

Im Einzelinterview erinnert sich die Befragte an eine akute Krisensituation, die ohne Klinikeinweisung gelöst werden konnte:

„Ähm, wir hatten einen älteren Herrn, den ich (...) seit meinem Berufsanfang (...) kannte und den ich wieder getroffen habe bei einem anderen Träger (...). Und der hatte auch Depressionen und Angststörungen. Und Tavorabhängigkeit, also eine starke Benzodiazepinabhängigkeit, und sehr viel Stress damit. Ähm, und der hat (...) angerufen (...) und hat gesagt, ich stehe an einer bestimmten Stelle in [Ort] auf den Gleisen. Warte auf den Zug. (...) Und dann habe ich mit ihm telefoniert und im Telefonat war das... Also ist es, ist es die Entscheidung oder gibt es, kann es irgendwas geben, was den Moment für Sie ändert und Sie treten von den Gleisen wieder zurück? Man muss sagen, es waren keine Hauptgleise, deswegen gab es diese Möglichkeit. Eher Güterverkehr, Nebengleis (...). Und wenn jetzt noch mal jemand heute vorbeikommt, wäre das eine Option, und wir setzen uns noch mal hin oder wir treffen uns morgen? Oder was kann es geben, was Ihnen helfen könnte, um die Situation aufzulösen? Und da hat er sich im Gespräch drauf eingelassen. Und es gab in keinem Fall eine Klinikeinweisung darum. (...) Der ist letztes Jahr an einem ganz normalen Herzinfarkt gestorben. Und ich habe gedacht, Mensch, wenn der selber wüsste, dass er es geschafft hat, sich nicht suizidiert zu haben, das würde ihn wirklich richtig stolz machen.“ (F_01)

Im Fokusgruppeninterview wurde die Frage nach konkreten Erfahrungen mit suizidgefährdeten Klientinnen und Klienten von der Person mit dem stärksten Praxisbezug beantwortet. Sie erinnert sich spontan an eine noch nicht lange zurückliegende Begebenheit. In diesem Fall führte der Weg des Klienten von der Hausärztin über den Krisendienst in die Klinik:

„Ja, also wir hatten kürzlich den Anruf einer Hausärztin aus der Region, die direkt beim Sozialpsychiatrischen Dienst (...) angerufen hat, (...) die gerade einen Patienten bei sich sitzen hatte im Wartezimmer, der sich akut suizidal geäußert hat, der kein soziales Umfeld in der Umgebung hat, quasi auf sich alleine gestellt war, schon seit Jahren immer wieder mit Suizidgedanken gekämpft hat und auch schon verschiedene Versuche hinter sich hatte. Genau. Und dem es eben so schlecht ging akut, dass er, (...) quasi den Plan gefasst hatte (...). Hat sich aber an seine Hausärztin gewandt, zu der er ein sehr gutes Vertrauensverhältnis hatte, die wiederum uns kontaktiert hat. Und dann haben wir einen Kriseneinsatz über den Krisendienst ausgelöst. (...) Also, die Praxis war zehn Minuten entfernt. Er ist dann fußläufig zu uns rübergekommen, hat direkt ein Krisengespräch bekommen und wurde dann auch im Verlauf noch taggleich in der Psychiatrie aufgenommen. (...) Der war sehr compliant, hat auch selber den Wunsch geäußert, dass es ihm so schlecht geht und er Hilfe sucht, weil er sonst für nichts mehr garantieren kann. Da funktioniert die Zusammenarbeit vor Ort sehr gut mit der Psychiatrie, dass dann eben auch wirklich schnell übergeleitet werden kann. Und er war dann auch noch in der Lage, sich, also er hatte eine Stunde, bis er zu seinem Termin dort erscheinen sollte, sich dann da zu strukturieren und zu sagen, okay, die Zeit kann ich noch überbrücken. Und genau, wir haben dann auch Rückmeldung erhalten, dass er da auch gut angekommen ist.“ (F_02_P3)

Ebenfalls zu einer Klinikaufnahme kam es bei einem Mann, der wegen einer Krebserkrankung im Endstadium palliativ betreut wurde:

„Wir hatten auch neulich den Fall, dass ein Klient über eine hohe Anzahl an Schmerzmedikamenten verfügt hat, wo auch nicht klar war, wie viele denn jetzt genau. Und der, also, eben ein Krebspatient im Endstadium, also der eben (...) sowieso in einer sehr schwierigen Situation war, mit dem war eigentlich immer gut Kontakt herstellbar und der Kollege hat ihn regelmäßig besucht. Und einmal, äh, er [der Kollege; EP] kündigt sich dann immer vorher an, sagt, ich komme dann gleich rüber, und dann war der Klient nicht mehr klar ansprechbar. Also er war halt eindeutig verwirrt, hat ihn nicht mehr erkannt am Telefon. Und mit dem Hintergrundwissen, dass er eben auf so einer ganzen Packung Opiaten sitzt, sind wir (...) zu zweit im Vier-Augen-Prinzip dann ausgerückt da zum Hausbesuch. Es war aber überhaupt nicht klar mehr festzustellen, was hat er denn jetzt genommen, wie viel? Also er war einfach nicht mehr ansprechbar. Und da haben wir dann eben auch, ja, den Rettungsdienst dann verständigt. Der ist dann auch nach einiger Überredungskunst freiwillig mitgegangen. Aber weil es eben einfach sicherheitshalber nicht abzuschätzen war und er auch keine klare Aussage mehr machen konnte. Hat immer nur gesagt, ich bin ja schon tot, ich bin ja schon tot. Aber das ist ja vielfältig interpretierbar.“ (F_02_P3)

Als drittes Beispiel nennt die Befragte einen Klienten, der ständig zwischen ambulanter Betreuung und Klinik wechselt:

„Wir haben da auch gerade aktuell einen Klienten, der jeden Tag quasi den Rettungsdienst ruft oder irgendeine andere soziale Stelle, die dann den Rettungsdienst ruft, weil es ihm eben so akut schlecht geht. Und dann wird er jedes Mal in die Klinik gebracht, aufgenommen und sobald er irgendwie halbwegs glaubwürdig bezeugen kann, er will sich nichts antun, ist er wieder draußen und er ist aber in der Dauerkrise. Genau, da mangelt es irgendwie an Alternativen, was man da noch anbieten kann. (...) Auf der anderen Seite [will er] eben auch nichts annehmen an Angeboten, die es ja gäbe halt. Aber die sind für ihn alle nicht passend.“ (F_02_P3)

Die Gesprächspartnerin aus dem Einzelinterview erinnert sich zudem an einen vollendeten Suizid eines Klienten:

„Weil es in der in der persönlichen Überzeugung des Klienten so anders war, ist es mir so im Gedächtnis geblieben. Ein, ein Mann, der unwesentlich, vielleicht ein Jahr jünger war als ich und der im höheren Alter, also höheres Alter ist Ende 30, noch mal einen Versuch gemacht hat, über ambulant betreutes Wohnen vielleicht mehr Backup im Leben zu haben, also jenseits der Eltern und jenseits weniger sozialer Kontakte, kleiner Freundeskreis, nochmal eine objektive Begleitung in sein Leben zu holen, die er vielleicht belasten darf. (...) Es gab immer wieder zu ihm gehörende, eigentlich sagt er, seitdem er auf der Welt war, depressive Phasen und für ihn immer das Dazugehörige: Und irgendwann werde ich mich entscheiden, dass ich so nicht mehr leben möchte. (...) Und dann entscheide ich mich sehr bewusst dafür. Und dann ist es auch gut. Und das hat er auch immer so formuliert, dass das so sein wird, und hat damit sehr viel Ängste und sehr viel (...) Aktionismus in seinem familiären und Freundeskreis ausgelöst. Und der war sehr klar und hat mir immer gesagt: Können Sie damit oder können Sie damit nicht? (...) Und deswegen ist er mir so im Gedächtnis geblieben, weil das eine klare Absprache war: Ich kann das so. Und das, diese Entscheidung, findet meinen Respekt. (...) Und er hat sich suizidiert in einem Moment, in dem ich überhaupt nicht damit gerechnet habe. (...) Und hat das so getan, dass (...) es keine, ich sage mal so, Zumutung für jemanden wird. Also dass niemand mit reingezogen wird, (...) die Wohnung aufbrechen lassen muss.“ (F_01)

3.2.3.3 Vorbereitung auf den Umgang mit Suizidgefährdung

Die Gesprächspartnerin im Einzelinterview beantwortet die Frage, welche Regeln es bei ihren verschiedenen sozialpsychiatrischen Arbeitgebern für den Umgang mit Suizidgefährdung gegeben habe, knapp und erschöpfend mit:

„Gar keine.“ (F_01)

Die gemeindepsychiatrische Trägerorganisation, deren Mitarbeitende an der Fokusgruppe mitwirken, hat dagegen eine Verfahrensanweisung in Form einer Checkliste entwickelt:

„Also wir haben (...) eine Verfahrensanweisung gemacht für Krise und Notfall, wo wir beschreiben, (...) was wer zu tun hat. Wir haben sogenannte Notfallkarten erstellt im, im A5-Format, die wir mitführen können, weil unsere Arbeit ja oft auch bei den Menschen vor Ort in ihren eigenen Wohnungen stattfindet.“ (F_02_P2)

Zudem gibt es festgelegte Informations- und Kommunikationswege:

„Und dann haben wir noch natürlich so eine Art Informationswesen intern, dass man sagt, wenn jetzt was passiert ist oder wenn es wirklich sehr brenzlich wird, dass wir auch intern dann die Leitenden mit einbeziehen (...). Und eventuell kann ja auch sein, dass die Polizei dann mit ins Spiel kommt, auch wenn was passiert ist. Und die müssen ja wissen, welche Ansprechpartner sie dann haben. Und das geht bei uns natürlich dann auch an obere Stellen.“ (F_02_P4)

Spezifische Schulungen zum Umgang mit Suizidgefährdung bietet die Organisation nicht an. Als thematisch relevant wird aber das Deeskalationsmanagement genannt:

„Wir haben (...) ein Deeskalationsmanagement, eine viertägige Fortbildung, die jeder Mitarbeiter machen kann, wo es einfach auch darum geht, auch in Krisenzeiten: Wie kann ich mit den (...) Menschen umgehen? Auf was muss ich achten? Was muss ich im Vorfeld tun? Weil es sehr wichtig ist, den Fokus so früh wie möglich auf Krisen zu haben, dass man einfach auch früh dagegen steuern kann.“ (F_02_P2)

3.2.3.4 Umgang mit Suizidgefährdung

Dieser zentralen Kategorie wurden in der Auswertung vier Subkategorien zugewiesen: Kommunikation und Einschätzung der Situation, außerstationäre Hilfen, stationäre Akutpsychiatrie und Nachbesprechung mit Klientinnen und Klienten.

Subkategorie „Kommunikation und Einschätzung der Situation“

Wie im Falle einer Suizidgefährdung weiter vorzugehen ist, klärt sich in der Regel im Gespräch mit dem betroffenen Menschen. Die dafür entwickelten, klassischen Fragenkataloge werden von den interviewten Fachpersonen zwar nicht völlig abgelehnt, aber als nicht hinreichend betrachtet. Eine Gesprächspartnerin bezweifelt die Aussagekraft der Ergebnisse:

„Der Klassiker ist ja, wir stellen fünf Fragen: Wie ernst ist Ihr Vorhaben eigentlich? Es wird ja allen beigebracht. (...) Und dann gehen wir beruhigt nach Hause, wenn einer sagt: Ach, so richtig eine Idee habe ich noch nicht. (...) ich glaube, dass es keine große Verlässlichkeit hat in den Antworten.“ (F_01)

Eine andere Befragte plädiert für die Kombination von Handwerkszeug und Bauchgefühl:

„Und da spielt natürlich schon Handwerkszeug bei der Einschätzung eine wichtige Rolle. Aber es spielt immer noch auch, (...) also schon so ein Gefühl von dem Mitarbeiter eine Rolle, wie er das

jetzt sieht und was er für ein Bauchgefühl hat, schlichtweg. Das hört sich immer so unprofessionell an, aber ich glaube, in diesem Fall ist das ein, ein Baustein, der (...) wichtig ist.“ (F_02_P2)

In der Art der Gesprächsführung werden aber unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Für eine Interviewte ist es wichtig, gelassen zu bleiben, den Suizidgedanken Raum zu geben und die Situation auszuhalten:

„Wobei ich auch sagen würde, (...) die Äußerung der Suizidalität bedeutet nicht den Suizid in den nächsten zwölf Stunden, sondern das ist ein Äußern eines ernst zu nehmenden Gefühls, das geäußert werden darf, so. Und das gilt es auszuhalten und rauszufinden...“ (F_01)

Sie warnt vor Überreaktionen und der Androhung von Konsequenzen, die den Gesprächsraum verschließen würden:

„Dass sie es aussprechen dürfen. Also dass sie es aussprechen dürfen, dass das Gegenüber das aushält und ernst nimmt. Und nicht in blinden, wilden Aktionismus gerät. Nicht dieses: Wenn Sie es jetzt noch einmal sagen, muss ich aber den RTW rufen, das ist Ihnen schon klar?“ (F_01)

Gegenteilig äußert sich eine andere Fachperson. Sie spricht sich dafür aus, von Anfang an klar auf „andere Maßnahmen“ hinzuweisen, die ergriffen würden, wenn der Betroffene sich von der Suizidabsicht nicht distanzieren:

„Transparenz den Klienten gegenüber. Also wir kommunizieren das dann auch ganz klar, wenn sie es nicht mehr zusichern können, dass wir da an unsere Grenzen stoßen und dann andere Maßnahmen ergriffen werden müssen.“ (F_02_P3)

Subkategorie „Außerstationäre Hilfen“

Unstrittig erscheint, dass zunächst nach Alternativen zu einer Klinikeinweisung gesucht werden sollte. Eine Gesprächspartnerin schildert das entsprechende Vorgehen wie folgt:

„Aushalten. Aushalten, wenn möglich Absprachen miteinander treffen, spätere Verabredungen. Können wir uns darauf einigen, dass wir morgen noch mal darüber sprechen? (...) Wer könnte jetzt hilfreich sein? Also gibt es jemanden im Verwandten- oder Freundeskreis, zu dem wir jetzt Kontakt aufnehmen können? Also was könnte hilfreich sein?“ (F_01)

Zwei der Befragten verwenden unabhängig voneinander die Metapher eines engmaschigen Netzes aus vielfältigen Kontakten:

„Engmaschige Kontakte, würde ich sagen. Also ein Helfer- und Helferinnen-Netz zu stricken, im besten Falle aus verschiedenen, Familie, Freunde, wenn das geht, Bezugspersonen, meinetwegen Fachärzte, Fachärztinnen, die manchmal auch mitspielen. Ein enges Hilfenetz erstmal temporär anzubieten.“ (F_01)

„Ja, wir versuchen die Leute dann möglichst engmaschig anzubinden und zu begleiten. Also wir bieten viele kurzfristige Termine an, vielleicht wöchentlich oder auch mehrmals pro Woche, versuchen drum herum alles zu aktivieren, was irgendwie hilfreich sein kann. Also zum Beispiel im Bereich Tagesstruktur: Wo können die Leute den Tag verbringen, das wirklich kleinteilig zu gestalten, zu schauen, was gibt es im sozialen Umfeld an Unterstützung? Können die Leute, Angehörige, Freunde, wen auch immer aktivieren? Oder wer kann da noch unterstützend mit dabei sein, vielleicht Zeit mit demjenigen verbringen? All diese Faktoren klappern wir dann ab und versuchen daraus dann eben ein Netz zu stricken, was möglichst hilft.“ (F_02_P3)

Ein anderer Gesprächspartner verweist auf tägliche Kontakte, auch am Wochenende:

„Wir versuchen dann sowieso engmaschig Begleitung anzubieten, möglichst täglich. Also da ist es auch so, dass unsere Mitarbeitenden dann auch übers Wochenende Kontakt halten.“ (F_02_P4)

Allerdings liege die Entscheidung bezüglich der Wochenenden bei den Mitarbeitenden selbst:

„Und meistens kommen die Dinge ja am Freitag, also vor dem Wochenende, und dann muss man natürlich irgendwas besprechen. Und ich gestehe dann auch den Mitarbeiter:innen zu, zu sagen, also ich möchte jetzt nicht das ganze Wochenende nur noch diesen Gedanken in mir haben. Und dann muss man gucken, dass man vorher noch irgendwas vereinbaren kann. Und denen ist es oft auch lieber, dass man dann wenigstens einmal noch am Wochenende Kontakt hat, dass man wenigstens den Rest vom Wochenende vielleicht halbwegs noch mental entspannen kann.“ (F_02_P4)

Darüber hinaus gebe es eine Rufbereitschaft und den allgemeinen Krisendienst:

„Also, wir geben dann wirklich beides raus. Also einmal die Rufbereitschaft vom Wochenende und zusätzlich die Telefonnummer vom Krisendienst.“ (F_02_P4)

Ein Befragter nennt ein Beispiel für kreative individuelle Lösungen, um die Suizidgefährdung zu reduzieren:

„Es war auch schon mal so, dass wir eine Absprache treffen konnten (...) mit einer Apotheke, dass Medikamente nur immer tageweise oder in Mengen ausgegeben wurden, die jetzt nicht lebensgefährlich sind.“ (F_02_P4)

Die Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews weisen allerdings auch auf Grenzen der außerstationären Hilfen hin. Zum einen müsse die betroffene Person „absprachefähig“ sein:

„Und natürlich, bei diesen ganzen Maßnahmen, die wir anbieten, ist eine Grundvoraussetzung, die ja, ich sage es der Vollständigkeit halber, eigentlich selbstverständlich ist, dass die Menschen immer noch absprachefähig sind, (...) dass wir ein gutes, ich sage es jetzt mal extra, ein gutes Bauchgefühl auch haben, dass das wirklich passt, was wir denen anbieten und dass die Zusagen, die die machen, wir auch für glaubwürdig halten. Und wenn das nicht mehr ist, dann, dann, dann können wir die Menschen nicht mehr alleine lassen, sondern dann müssen wir natürlich tätig werden.“ (F_02_P2)

Zudem gebe es strukturelle Grenzen:

„Aber (...) es gibt eben leider auch Klienten, die wirklich über sehr wenige soziale Kontakte oder Unterstützung verfügen. (...) Und da merkt man eben, dass da manchmal, dass man an seine Grenzen stößt, was so begleitend möglich ist. (...) Und auch wenn wir engmaschige Kontakte anbieten, können wir natürlich auch nicht jeden Tag dann vor Ort sein oder ein Krisengespräch anbieten.“ (F_02_P3)

Subkategorie „Stationäre Akutpsychiatrie“

Eine **Klinikeinweisung** ziehen die Befragten erst dann in Betracht, wenn die außerstationären Hilfsmöglichkeiten erschöpft sind:

„Und (...) der Krisendienst ist ja installiert worden oder auch der sozialpsychiatrische Dienst, ja mit dem Ziel, das möglichst zu vermeiden, also Klinikunterbringungen. Das heißt, es ist ja im Vorfeld eigentlich auch schon sehr viel passiert und sehr viel gelaufen, bis man dieses Mittel ja überhaupt in Erwägung zieht.“ (F_02_P3)

Eine Gesprächspartnerin betont den Willen des Betroffenen als zentralen Aspekt:

„Also (...) ein Gefühl dafür zu kriegen – auch das ist erlebt worden: Möchte jemand, dass ich jetzt eigentlich den RTW rufe? Auch das kann sein. Geht es darum, aus der Situation, sage ich mal, genommen zu werden? (...) Auch da gibt es Erfahrungen mit Klientinnen und Klienten, die gesagt haben im Nachhinein, das war das Richtige, ich war stinksauer oder ich war irgendwas, aber es war genau das Richtige. Ich bin so froh, dass ich mich nicht suizidiert habe, auch wenn die Klinik scheiße ist. Aber ich war froh, dass ich da war.“ (F_01)

Sie hat eine differenzierte Sicht auf die Rolle der Akutpsychiatrie:

„Ich (...) hatte aber durchaus mit Menschen zu tun auch, die, ähm, sehr wiederkehrend in Kliniken gehen und die auch ihren Outcome davon haben, in der Klinik zu sein. (...) Und ich glaube, dass auch gute Krisenintervention in Kliniken möglich ist. Ich glaube, dass Klinik im besten Falle auch Schutzraum sein kann, Entlastung sein kann aus der Situation zu Hause, die unerträglich ist, unaushaltbar ist. In einem anderen Szenario zu sein. Dass man sich auch fallen lassen kann, im besten Falle. Es kommt immer natürlich darauf an, wie die Klinik dann damit arbeitet.“ (F_01)

Gegen den Willen des Betroffenen würde diese Befragte nicht handeln:

„Ich würde immer fragen: Ich möchte es nur nicht missverstehen, kann es sein, dass Sie, dass Sie mir den Auftrag geben? (...) Möchten Sie, dass ich die Entscheidung treffe? (...) Und dann würde ich die Antwort mir angucken (...) Aber ich kann nicht zwangseinweisen gegen den Willen. Ich kann das nicht. Ich finde, das ist so ein brutales Szenario.“ (F_01)

In der Fokusgruppe wird eine restriktive Haltung der Kliniken als Problem genannt: Es sei zunehmend schwierig, Klientinnen und Klienten dort unterzubringen:

„Ja, möchte ich noch ergänzen, ein strukturelles Problem, weil die auch viel Fachkräftemangel haben in den Kliniken und auch einfach die Mitarbeiter nicht herkriegen. Und das hat sich auch zunehmend verstärkt, dass diese Einweisungen in die Kliniken wirklich, ja, dass die Hürde einfach höher geworden ist.“ (F_02_P2)

Das führe dazu, dass Klientinnen und Klienten dazu aufgefordert würden, klare Suizidabsichten zu äußern:

„Also wir müssen dann... und in einer Stufe weiter drunter zum Beispiel Wohngemeinschaftsbetreuung. Da müssen wir fast schon etwas manipulativ die Klienten dahin bewegen, dass sie selber ausdrücklich ihre Suizidabsichten artikulieren. Das ist fast die einzige Chance, dass wir die in die Klinik bringen. Wenn wir sagen, der ist suizidal, dann kann es uns passieren, dass der Assistenzarzt, der gerade am Telefon ist, sagt, es reicht halt nicht, so ungefähr. Also da müssen wir manchmal, also das ist sehr, sehr belastend für die Mitarbeiter, dass man da so, also so stark oder so (...) fordernd auftreten muss.“ (F_02_P4)

Wenn Klientinnen oder Klienten in die Klinik eingewiesen wurden, halten die Mitarbeitenden der Gemeindepsychiatrie den **Kontakt** aufrecht:

„Also natürlich die Menschen, die vorher schon bei uns angebunden waren, zu denen halten wir auch den Kontakt und das geht quasi nahtlos dann weiter nach der Entlassung.“ (F_02_P3)

Allerdings kommt die **Entlassung** nach Meinung der Fachpersonen teilweise zu früh:

„Na ja, also dieses sich selbst, sobald man sich selbst wieder entlassen kann, das macht bei uns schon die Kolleginnen auch manchmal sehr nervös, weil man hat ja, man weiß ja, das ist noch nicht überstanden eigentlich. Und manche sind halt einfach nach 24 oder 48 Stunden wieder da.“ (F_02_P4)

Das Entlassmanagement der Kliniken wird kritisch gesehen. Die Absprachen seien verbesserungsbedürftig:

„Also beim ambulanten Wohnen kann es uns auch passieren, dass es heißt, ihr könnt den morgen um 10:00 Uhr wieder abholen, so ungefähr. Also da gibt es überhaupt keine Absprachen, wenn wir Pech haben, oder es muss eher von unserer Seite aus verfolgt werden. Das ist manchmal auch etwas mühsam, überhaupt mal an einen Arzt dran zu kommen (...)“ (F_02_P4)

Überlastete Sozialdienste schoben die Verantwortung gerne an die Gemeindepsychiatrie ab:

„Die Sozialdienste sind teilweise auch chronisch überlastet. Die sind immer froh, wenn die wissen, da gibt es noch ein ambulantes Wohnen, da gibt es ja auch noch mal Fachkräfte. Da müssen wir uns jetzt vielleicht nicht so intensiv kümmern, wie wenn wir jetzt jemanden ohne diese fachliche Unterstützung ins Private oder ins alte Umfeld entlassen. Und das, ja, da wünschen wir uns manchmal ein bisschen mehr Kooperation. Also die geht, würde ich jetzt mal sagen, eher von unserer Seite aus.“ (F_02_P4)

Besonders dramatisch sei die Situation bei Wohnungsverlust des betroffenen Menschen:

„Was (...) ich auch noch gerne ergänzen möchte, was auch in den letzten (...) Jahren einfach dazu gekommen ist, dass das ja auch immer eine Frage ist, wo geht der Mensch wieder hin? Hat er überhaupt noch die Wohnung? Hat er die verloren? Kann er in sein Umfeld zurück, kann er nicht mehr zurück? Und je knapper der Wohnungsmarkt ist, desto schwieriger ist es ja für den Menschen, eine Perspektive zu entwickeln. (...) Und (...) das sind einfach Umstände, die für Menschen mit seelischer Erkrankung wirklich hochdramatisch sind.“ (F_02_P2)

Subkategorie „Nachbesprechung mit Klientinnen und Klienten“

Nach suizidalen Krisen ist bei dem Leistungserbringer, dessen Mitarbeitende an der Fokusgruppe teilnehmen, eine Nachbesprechung mit den Betroffenen vorgesehen:

„Wir versuchen, das als Standard anzuwenden (...). Bei euch, glaube ich, in einer Beratungsstelle macht ihr das. Und im Wohnen natürlich, wo man die Menschen noch wesentlich intensiver betreut, ist es schon, es gehört zu einer Nachbearbeitung einfach mit dazu.“ (F_02_P2)

Die Umsetzung des Standards funktioniere in der Praxis aber noch nicht immer optimal:

„Also wir empfehlen das (...) mit Nachdruck und das wird aber schon unterschiedlich gemacht dann in den Teams. Also ich glaube, da hätten wir noch ein bisschen Optimierungsbedarf.“ (F_02_P4)

3.2.3.5 Nach vollzogenen Suiziden

Dieser Kategorie wurden in der Auswertung drei (jeweils kleine) Subkategorien zugeordnet: Fachliche Aufarbeitung und Unterstützung für die Mitarbeitenden, Angebote für verschiedene Zielgruppen sowie persönliche Rituale.

Subkategorie „Fachliche Aufarbeitung und Unterstützung für die Mitarbeitenden“

Die Gesprächspartnerin im Einzelinterview hat in ihrer bereits langjährigen Berufstätigkeit keine umfassende Aufarbeitung vollzogener Suizide im professionellen Team erlebt:

„Also es kommt so was wie: Geht's dir denn einigermaßen gut und wenn nicht, dann bleib doch mal zu Hause. Aber nicht, keine wirkliche fachliche Auseinandersetzung und auch kein großes Interesse daran, das zu besprechen, das muss ich leider so sagen, so gut der Träger war.“ (F_01)

Nach ihrem Eindruck besteht die Tendenz, dem Thema auszuweichen:

„Und alle sind froh, wenn du dich nicht am nächsten Tag krank meldest. Alle sind froh, wenn das eigentlich so weiterläuft und wenn man es nicht thematisieren muss, glaube ich.“ (F_01)

Ein Teilnehmer der Fokusgruppe berichtet von einer gewissen Divergenz von Anspruch und Wirklichkeit im Umfang der Aufarbeitung:

„Na ja, also erstmal holt die Wirklichkeit den Anspruch oft ein. Also (...) wir versuchen, die Teams (...) und die Kollegen, die mehr miteinander zusammenarbeiten, da immer sehr darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig das ist. Ich versuche das auch im Einzelgespräch, aber man könnte das wahrscheinlich noch intensiver und besser machen. Ich bin ja auch auf das angewiesen, was meine Gegenüber dann auch mitteilen.“ (F_02_P4)

Wichtig sei es für ihn, bei Nachbesprechungen auf Schuldzuweisungen zu verzichten:

„Wichtig ist halt vor allen Dingen, dass keiner irgendeine Schuld hat, wenn was passiert ist. Also dass jetzt keiner das Gefühl hat, er hat irgendwas massiv verkehrt gemacht oder er hätte anders handeln müssen, um den Suizid bei dem Klienten zu vermeiden. Also (...) die Schulddiskussion (...) darf gar nicht geführt werden.“ (F_02_P4)

Subkategorie „Angebote für verschiedene Zielgruppen“

In besonderen Wohnformen (früher: „Wohnheime“) des Leistungserbringers aus dem Fokusgruppeninterview werden nach Aussage einer Befragten Team und Hausgemeinschaft in die Aufarbeitung einbezogen:

„Ich glaube, dass das auch ganz wichtig ist und dass wir auch versuchen, die verschiedenen Ebenen, also (...) die anderen Hilfeberechtigten, die Mitarbeiter, das Team, die Hausgemeinschaft mit einzubeziehen, Gespräche anzubieten, natürlich da zu sein. Und je nachdem, wie lange das her ist, welche Stufe das ist, wird es natürlich dann ausgedünnt (...)“ (F_02_P2)

Zudem bestünden seelsorgliche Angebote:

„Man bietet auch externe Hilfen an. Wir haben hier bei uns (...) ausgebildete Seelsorger, dass, wenn auch noch jemand (...) eine Frage hat, ein Anliegen hat, wo der Glaube mit hineinspielt, haben wir schon auch Möglichkeiten, noch andere Menschen mit ins Boot zu holen und es mit abzudecken.“ (F_02_P2)

Bei Bedarf schaue man auch nach den Angehörigen. Aber viele Klientinnen und Klienten seien ganz alleine:

„Falls es Angehörige gibt, müssen wir natürlich auch gucken, was wir da machen. Aber interessanterweise haben wir auch oft mal Klienten, da kennen wir keinen einzigen Verwandten. Oder man hat auch mal den Eindruck, die sind wirklich allein, und gehen dann auch allein aus dem Leben.“ (F_02_P4)

Subkategorie „Persönliche Rituale“

Eine Befragte betont die Bedeutung des persönlichen Abschiednehmens nach einem Suizid:

„Aber ich habe den Eltern geschrieben und ich war bei der Beerdigung (...), das war sehr wichtig, da im Kontakt zu sein, das war für mich wichtig in der Aufarbeitung.“ (F_01)

Auch seien Rituale der Trauer und des Gedenkens hilfreich:

„Wir haben später damit angefangen, Gedenktafeln zu machen und auch darüber (...) das auch, also wirklich zu betrauern. Also ich finde, es braucht ein Ritual für Menschen, die in dem Bereich arbeiten, die das erleben.“ (F_01)

3.2.3.6 Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention

Zu dieser Kategorie wurden in der Auswertung die Subkategorien Zielgruppenerreichung und Kooperationen gebildet.

Subkategorie „Zielgruppenerreichung“

Mit ihrer alltäglichen Arbeit unterstützt die Gemeindepsychiatrie eine wichtige Zielgruppe der Suizidprävention, nämlich Menschen mit psychischen Vorerkrankungen.

„Also ich glaube, Menschen, die bei uns schon angebunden sind, sei es über die Tagesstätte, die wir auch betreiben in den Landkreisen oder den SpDis oder im ambulanten Wohnen, glaube ich, tragen wir viel zur Prävention bei. Behaupte ich jetzt einfach mal arrogant.“ (F_02_P2)

Durch den Sozialpsychiatrischen Dienst inkl. Krisendienst erreicht die gemeindepsychiatrische Trägerorganisation, der die Teilnehmenden der Fokusgruppe angehören, neben der eigenen festen Klientel auch andere Menschen, die sich in akuten Krisen befinden:

„Die sozialpsychiatrischen Dienste schreiben sich ja eigentlich seit jeher auf die Fahne, eben ihren Beitrag zur Suizidprävention zu leisten. Dadurch, dass wir ja sehr niedrigschwellig verortet sind und Klienten leicht bei uns angebunden werden können.“ (F_02_P3)

Allerdings sehen die Befragten auch eine hohe Zahl von Menschen, die keinen Zugang ins Hilfesystem finden, insbesondere mangels ausreichender Informationen:

„Ich glaube, es gibt ganz viele Menschen, die sind in dem psychiatrischen System überhaupt noch nicht zu Hause und die wissen auch nicht darum. Und für die, glaube ich, ist es schwierig, den Schritt dahin zu machen, die Informationen zu bekommen und wirklich da sich eine passende Hilfe abzurufen.“ (F_02_P2)

Subkategorie „Kooperationen“

Die Befragten aus der Fokusgruppe berichten zum einen von einem gelungenen Austausch mit der Polizei, der zu einer verstärkten Hinzuziehung des Krisendienstes führte:

„Also der Krisendienst (...) hat in den letzten Jahren intensiv Polizeischüler sozusagen geschult, um eben auch auf den Krisendienst aufmerksam zu machen und da einfach mehr Verständnis zu schaffen, weil vorher die Polizei oft gar nicht auf die Idee kam, den Krisendienst hinzuzuziehen. (...) Mittlerweile ist tatsächlich, ungefähr jeder dritte Krisendiensteinsatz wird von der Polizei quasi mit initiiert.“ (F_02_P3)

Zudem tausche sich der Sozialpsychiatrische Dienst regelmäßig mit der zuständigen Klinik aus:

„Wir jetzt vom Sozialpsychiatrischen Dienst zum Beispiel, wir haben auch Austauschgespräche mit der Klinik (...), wo wir einfach besprechen, was läuft wie, wo kann man was verbessern? Wie geht es mit den Einweisungen? Was macht die Klinik gerade für Angebote? Was machen wir für Angebote und wie können wir gegenseitig profitieren?“ (F_02_P2)

Auf der Ebene des Landkreises finde ein Austausch in Steuerungsverbänden statt:

„Wir haben so Steuerungsverbände, wo im Landkreis alle Mitarbeiter, die in der Psychiatrie tätig sind, sich zusammengeschlossen haben. Und da kennt man sich, da tauscht man sich aus, da bespricht man Projekte und dadurch (...) hat sich eine Zusammenarbeit einfach eindeutig verbessert.“ (F_02_P2)

3.2.3.7 Wünsche für die Suizidprävention

Dieser Kategorie wurden drei (wiederum recht kleine) Subkategorien zugewiesen: Einzelfallbezogene Kooperation / Helferkonferenzen, Reflexion und Schulungen sowie Aufklärung und Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft.

Subkategorie „Einzelfallbezogene Kooperation / Helferkonferenzen“

Eine Gesprächspartnerin plädiert für eine verbesserte Kooperation der Leistungserbringer:

„Wünschenswert ist ein Zusammenarbeiten der verschiedenen gemeindepsychiatrischen Anbieter (...) oder Träger der Gemeindepsychiatrie.“ (F_01)

Sie bezieht dies konkret auf die Betreuung einzelner suizidgefährdeter Menschen:

„Also es kommt jemand in die Tagesstruktur und zeigt Suizidalität und dann wäre es wichtig, sich zusammenzusetzen mit den anderen anbietenden Diensten, die ja oft gegeben sind. (...) Ich glaube, der größere Teil (...) wird von verschiedenen Stellen betreut, und (...) ein gemeinsames Zusammen setzen und einen gemeinsamen Konsens mit dem Menschen zu finden und allen involvierten Institutionen, also wie so typische Helfer:innen-Konferenzen, das finde ich ein sinnvolles... Um da Transparenz für alle zu schaffen und gemeinsam ein (...) gutes Netz zu stricken. Und das, glaube ich, ist aber auch noch ausbaufähig.“ (F_01)

Subkategorie „Reflexion und Schulungen“

Jenseits des Alltagshandelns wünschen sich die Befragten Raum zur Reflexion und das Angebot von Schulungen, um den eigenen Horizont zu erweitern:

„Ja, offen zu bleiben, (...) Perspektiven zu wechseln. Also, wir können für uns nicht in Anspruch nehmen, dass wir jetzt schon auch als Fachleute alles wissen an der Stelle.“ (F_02_P4)

Ein Schwerpunkt solle dabei auf ethischen Fragen liegen:

„Diese ethische Komponente auch. Wann sind wir an dem Punkt, dass wir den Menschen einfach... Also wenn wir uns davon überzeugt haben, dass das sein ausdrücklicher Wille ist (...) Also bei schwerer Krankheit mit starken Schmerzen ist es noch am nachvollziehbarsten. Bei Liebeskummer muss man natürlich schon wieder sehr vorsichtig sein, weil der geht erfahrungsgemäß irgendwann auch vorbei. Aber das finde ich schon eine Herausforderung. Also diese, diesen ganzen ethischen Bereich noch mal zu wälzen. Der von Schirach hat ja auch noch mal ein Buch geschrieben. „Gott“, heißt das, da gab es ja auch einen Film dazu. Ich finde, das sind Fragen, also dem sollte man sich mehr stellen.“ (F_02_P4)

Eine Gesprächspartnerin empfiehlt zudem die Selbstreflexion, die am besten in Schulungen gelinge:

„Es hilft die Selbstreflexion. Also, was sind meine eigenen Aktien da drin? Was ist meine eigene Angst? Warum fühle ich mich verantwortlich für eine Situation, die ich gar nicht verantworte? Und darüber muss es einen (...) ehrlichen Austausch geben. Den gibt es dann viel öfter in Schulungen als in Teamsitzungen.“ (F_01)

Als weitere Schulungsinhalte schlägt sie Hinweise für den Umgang mit Suizidgefährdung in der Praxis sowie die Möglichkeit zur Selbsterfahrung vor:

„Was ist Suizidalität? Was ist Suizidprävention? Was sind Handlungsmöglichkeiten? Also ganz praktischer Umgang damit. Nicht zwingend, aber einräumend als Möglichkeit ein Selbsterfahrungsmodul, wenn das gewünscht ist.“ (F_01)

Wichtig sei die konsequente Nutzung von Erfahrungsexpertise:

„Ich würde mir wünschen, dass Schulungen nicht von Fachmenschen angeboten werden, sondern von Menschen mit eigener Suizidalitätserfahrung.“ (F_01)

Ein Aspekt, der eine enge inhaltliche Verbindung zu Reflexion und Schulungen aufweist, ist die Schaffung einer Kultur in den Einrichtungen. Diese sei wichtig und müsse klar kommuniziert werden, meint eine Interviewte:

„Es hilft, darüber im Unternehmen zu sprechen und sich zu vergewissern (...): Also was möchte (...) eigentlich ein Unternehmen? (...) Ich glaube, das habe ich oft beobachtet, dass sich Kolleginnen und Kollegen nicht trauen, so zu handeln, wie es ihre Intuition sagt, sondern glauben, sie müssten den Rettungswagen auch rufen, weil sie Angst vor Konsequenzen durch den Arbeitgeber haben.“ (F_01)

Subkategorie „Aufklärung und Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft“

Als wichtiger Aspekt wird die Frühprävention genannt:

„Ich glaube tatsächlich, da müsste man schon bei ganz klein anfangen und beispielsweise in den Schulen beginnen, das heißt auch mit einem Fach wie Mental Health oder so, also dass einfach schon von klein auf den Kindern beispielsweise beigebracht wird, auf sich zu achten oder eben zu gucken, wenn irgendwas schwierig ist. Und dass es eben auch keine Schande ist, sich da Hilfe zu holen. (...)“ (F_02_P3)

Eine Befragte tritt zudem für eine stärkere öffentliche Präsenz und Antistigma-Arbeit durch die psychosozialen Leistungserbringer ein:

„(...) wie wenig wir in der Öffentlichkeit präsent sind. Das liegt ein Stück weit auch an uns. Es liegt auch ein Stück weit an der an der Aufklärung, an der Stigmatisierung immer noch von psychischer Erkrankung, das muss man ganz klar sagen.“ (F_02_P2)

Eine solche Öffentlichkeitsarbeit müsse niedrigschwellig erfolgen:

„Und natürlich müssten vielleicht auch wir andere Wege gehen, die Leute besser anzusprechen, sei es jetzt im digitalen Raum vielleicht, oder nah an die Orte hingehen, wo sie sind.“ (F_02_P3)

3.3 Diskussion

Angesichts der relativ geringen Anzahl von Interviews, die mit den begrenzten Ressourcen des Projektes GiBS geführt werden konnten, sind die Ergebnisse durchaus bemerkenswert. Es gelang in den Gesprächen durchgehend, über reine Frage-Antwort-Sequenzen hinauszukommen und umfangreiche Einblicke in das persönliche Erleben, aber auch in biographische Hintergründe zu erhalten. Auch wenn keine Verallgemeinerungen möglich sind, ergeben sich doch vielfältige Eindrücke und Impulse, die als Ausgangspunkt weiterführender Untersuchungen dienen können.

Bei den **Betroffenen** zeigen sich bedeutsame Unterschiede in der lebensgeschichtlichen Einbettung der Suizidgefährdung, im persönlichen Erleben und in den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen. Dies deutet darauf hin, dass ein schematisches Vorgehen in der Krisenintervention nicht zielführend ist. Stattdessen sollte es darum gehen, die persönlichen Umstände und die gegebene Situation zu erkunden und gemeinsam nach dem aktuell besten Weg zu suchen. Im Einzelfall kann das auch eine akutstationäre Klinikaufnahme sein. Allerdings waren die Erfahrungen der Befragten in solchen Kontexten überwiegend negativ. Die Interviews geben Anlass

zu der Annahme, dass es in der vollstationären akutpsychiatrischen Versorgung – mit allerdings großen Unterschieden zwischen einzelnen Kliniken – teils erhebliche Verbesserungspotenziale gibt, insbesondere hinsichtlich der individuellen Passgenauigkeit der Angebote.

Die Unterstützungsmöglichkeiten der Gemeindepsychiatrie scheinen im Gegensatz zu Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten weit weniger bekannt zu sein. Zwei der interviewten Betroffenen nutzten sie jedoch bereits langjährig. Auch hier wurden unterschiedliche Erfahrungen gemacht; einzelne Bezugsmitarbeitende wurden als wenig hilfreich erlebt. Insgesamt zeigt sich aber bei beiden Befragten eine hohe Zufriedenheit. Die lebensweltbezogenen Angebote der Gemeindepsychiatrie – konkret z. B.: Begleitung zu Arztterminen, Motivation zu Aktivitäten, Vermittlung von Beschäftigungsmöglichkeiten – und insbesondere die kontinuierliche stützende Beziehung tragen anscheinend deutlich zu einer Grundstabilisierung von Menschen mit wiederkehrenden Suizidgedanken bei. Zudem erleichtert die bestehende Vertrauensbasis den Umgang mit Krisensituationen.

Eine große Übereinstimmung besteht zwischen den Wünschen aller vier Betroffenen im Hinblick auf die Kommunikation in suizidalen Krisen. Unabhängig vom jeweiligen Setting möchten sie zuerst als Menschen mit einer – in der Regel schweren – Lebensgeschichte wahrgenommen und ernstgenommen werden. Die biographischen Einblicke, welche die Gesprächspartnerinnen und -partner uns ermöglicht haben, lassen die hohe Bedeutung insbesondere von frühen Traumatisierungen erkennen. Dieser Faktor ist innerhalb der Selbsthilfe psychisch erkrankter Menschen weithin bekannt, wird aber in Fachkreisen anscheinend immer noch zu wenig wahrgenommen. Die von uns befragten Betroffenen wünschen sich eine ehrliche Würdigung ihrer bisherigen Überlebensleistung, statt sich mit reflexhaften „Maßnahmen“ wegen aktueller Suizidgedanken konfrontiert zu sehen. Erst auf einer solchen Verstehensbasis, die persönliches Interesse und Empathie des Gegenübers voraussetzt, kann das Vertrauen für die gemeinsame Absprache der nächsten Schritte entstehen. Zu diesen Schritten können auch so genannte Antisuiizidverträge oder -vereinbarungen gehören. Diese werden allerdings nur dann als tragfähig erlebt, wenn sie mit spürbarem persönlichem Interesse der Fachperson am suizidgefährdeten Menschen und dessen Wohlergehen verbunden sind. Durchgehend zeigen die Interviews, dass Interventionen, die als rein standardisiert und unpersönlich erlebt werden, ins Leere laufen.

Die Interviews machen auch deutlich, dass Suizidprävention über die kurzfristige Verhinderung der Selbsttötung deutlich hinausgehen muss. Die Betroffenen benötigen in der Regel längerfristige, individuell passgenaue Unterstützung mit Beziehungskontinuität. Hier scheint eine große Schwäche des aktuellen Versorgungssystems zu liegen, denn die Übergänge zwischen einzelnen Hilfesettings funktionieren nach Angaben der Befragten schlecht bis gar nicht. (In dieser Hinsicht decken sich die Aussagen der Betroffenen mit denen der Angehörigen.) Die Entwicklung von Lebensperspektiven sollte allerdings auch darauf abzielen, individuelle Ressourcen zu identifizieren und weiterzuentwickeln. Als stützende Faktoren außerhalb des Hilfesystems nennen die interviewten Betroffenen vor allem Partnerschaft und Freundeskreis, in einem Fall auch die eigene Tochter. Eine wichtige Aufgabe der Suizidprävention sollte darin bestehen, die individuell hilfreichen Netzwerke zu stärken.

Zu den **Angehörigen** lassen sich aufgrund der sehr schmalen Datenbasis nur einige Eindrücke formulieren. Deutlich wird hier, wie stark bei Suizidversuchen im Kindes- und Jugendalter die

Herkunftsfamilie involviert ist. Mit ihrem eigenen Unterstützungsbedarf fühlen sich die Angehörigen weitgehend alleine gelassen. Sie berichten von erheblichen psychischen Belastungen und wünschen sich regelhafte Beratung und Begleitung im Hilfesystem. Zudem sollte es mehr Selbsthilfeangebote für Angehörige von Menschen nach Suizidversuch geben.

Für ihre suizidgefährdeten Kinder hätten sich die befragten Eltern eher längere Klinikaufenthalte und eine bessere Überleitung in weiterführende Hilfen gewünscht. Ein großes Problem stellt nach ihren Angaben der schwierige Zugang zu Psychiaterinnen/Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Kinder- und Jugendbereich dar.

Die Interviews mit den **Fachpersonen** aus der Gemeindepsychiatrie lassen ein breites Spektrum an Erfahrungen und persönlichen Haltungen erkennen. Insbesondere die von ihnen genannten Beispiele und geschilderten Vorgehensweisen machen deutlich, wie unterschiedlich die Handlungsmaximen im konkreten Einzelfall sein können: von der Devise „grundsätzlich kein Zwang“ bis zum Grundsatz „im Zweifel immer Sicherungsmaßnahmen“. Es ist anzunehmen, dass diese Divergenz in anderen Settings (Kliniken, ärztliche und therapeutische Versorgung) ebenso besteht; dafür sprechen auch die von den interviewten Betroffenen geschilderten Erlebnisse in unterschiedlichen Versorgungskontexten.

Vor diesem Hintergrund erscheinen Reflexion und Schulungen als wichtige Desiderata. Beides wird von den befragten Fachpersonen auch explizit gewünscht, aber in der Praxis – wie die Ergebnisse aus Teilstudie 1 belegen – bislang eher selten und vor allem nicht themenspezifisch angeboten. Hier besteht ein großes Entwicklungspotenzial, wobei insbesondere die Perspektive der Betroffenen in die Schulungen einbezogen werden sollte. Die Interviews mit den Betroffenen zeigen, dass auf deren Seite eine große Bereitschaft zur Mitwirkung besteht.

Die Gespräche mit den Fachpersonen lassen darüber hinaus aber auch erkennen, dass die Gemeindepsychiatrie grundsätzlich eine Vielzahl von Möglichkeiten hat, um Suizidgefährdung individuell zu begegnen. Berichtet wird von regelmäßigen Kontaktangeboten, der Aktivierung persönlicher Ressourcen aus dem Umfeld des betroffenen Menschen, aber auch von kreativen Lösungen wie der Absprache mit der Apotheke, Medikamente in kleineren, ungefährlichen Dosen auszugeben. Hier zeigt sich ein großes Potenzial, und es wäre wünschenswert, solche Optionen systematischer zu erfassen und in Schulungsangebote einfließen zu lassen.

Alle drei Gruppen von Befragten – Betroffene, Angehörige und Fachpersonen – sehen für eine Verbesserung der Suizidprävention auch Ansatzpunkte auf **gesamtgesellschaftlicher Ebene**. Übereinstimmend fordern sie einen stärkeren Fokus auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen und eine entsprechende Sensibilisierung der Lehrkräfte. Aus Sicht der Betroffenen ist es in diesem Kontext auch wichtig, dass Hinweisen auf sexuellen und emotionalen Missbrauch im familiären Umfeld konsequent nachgegangen wird. Trotz (oder vielleicht gerade wegen) der schwierigen Umsetzung sollte dieser Aspekt im Rahmen der bundesweiten Initiative zur Stärkung der Suizidpräventionen deutlich mehr Aufmerksamkeit erhalten.

Schließlich geht aus den Interviews auch hervor, wie wichtig für alle mit dem Themenfeld Suizid Befassten eine Enttabuisierung ist. Der Entlastungseffekt des Darüber-Sprechen-Könnens ist unstrittig und hilft allen Beteiligten gleichermaßen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Mit einer umfassenden Befragung gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer sowie semi-strukturierten, auch biographisch ausgerichteten Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen hat das Projekt „GiBS“ eine Vielzahl von Einblicken erbracht, die über das Ausgangsthema „Gemeindepsychiatrie und ihr Beitrag zur Suizidprävention“ noch deutlich hinausgehen. Dies erscheint auch notwendig, denn der Umgang mit Suizidgefährdung kann nicht auf das Aufgabengebiet eines Leistungserbringers reduziert werden. Vielmehr bedarf es komplexer, individuell passgenauer Unterstützungsangebote, die bei Bedarf von verschiedenen Akteuren in guter Abstimmung erbracht werden.

Die Ergebnisse unseres Projektes geben zahlreiche Hinweise darauf, wie solche Angebote aussehen sollten, sowohl hinsichtlich der unmittelbaren Krisenintervention als auch mit Blick auf weiterführende Hilfen. Allerdings ließen die begrenzten Ressourcen nur ein exploratives Vorgehen zu. Weitere Forschung ist erforderlich, insbesondere sollten weitere qualitative Interviews geführt werden. Der Rahmen einer nutzergeleiteten Studie hat sich im Projekt GiBS bewährt und sollte beibehalten werden.

Zugleich erscheint es bereits jetzt sinnvoll, die gewonnen Erkenntnisse für die Praxis nutzbar zu machen. Die Onlinebefragung der Leistungserbringer und die Interviews lassen gleichermaßen insbesondere zwei Ansatzpunkte erkennen: Zum einen sollten spezifische Schulungen zur Suizidprävention konzipiert und erprobt werden, und zwar explizit unter Einbezug der Erfahrungen von Betroffenen. Zum anderen gilt es, die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungssettings zu verbessern, insbesondere hinsichtlich des Klinik-Entlassmanagements.

Unabhängig von diesen wichtigen Perspektiven hoffen wir, mit dem Projekt GiBS einen Beitrag zur Enttabuisierung des Themas Suizid/Suizidgefährdung geleistet zu haben. Wenn der vorliegende Ergebnisbericht zum Nachfragen, Nachdenken und vielfältigen Diskutieren motivieren sollte, auch über die Grenzen der Gruppen von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen hinaus, dann hätten wir viel erreicht.

5. Literatur

Brieger P., Menzel S., Hamann J. (2022). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? Bundesgesundheitsblatt 2022; 65:25–29

<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0>

Bronisch T., Götze, P., Schmidtke A., Wolfersdorf M. (2002). Suizidalität. Ursachen – Warnsignale – therapeutische Ansätze. Stuttgart: Schattauer.

Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 74:694–702

DESTATIS, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Zugriff: 28.03.2024).

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018). S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. 1. Update 2018 (Langversion). Berlin: Springer.

Kuckartz U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Auflage). Grundlagentexte Methoden. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Müller-Pein H., Wache K., Fiedler G. (2023) Suizide in Deutschland 2022.
www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2022.pdf

Spieß H. (2019). Mehr Fokus auf poststationäre Suizide! Psychiat Prax 2019; 46:67–69 DOI <https://doi.org/10.1055/a-0790-3114>

Stein C. (2019). Die Psychodynamik der Suizidalität. Psychotherapie Forum 2019; 23:81–86
<https://doi.org/10.1007/s00729-019-00124-2>

Stone DM, Simon TR, Fowler KA et al (2018). Vital signs: trends in state suicide rates - United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide - 27 states, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 67:617–624

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionale Verortung der befragten Organisationen (Bundesland)	8
Abbildung 2: Art der Trägerschaft	9
Abbildung 3: Mitarbeitendenzahl	9
Abbildung 4: In der Mitarbeiterschaft vertretene Berufsgruppen	10
Abbildung 5: Anzahl angebotener Leistungsarten pro Organisation	11
Abbildung 6: Leistungsangebote	12
Abbildung 7: Anteil von Klientinnen und Klienten, die schon einmal suizidgefährdet waren ...	13
Abbildung 8: Berührung mit Suizidgefährdung eigener Klientinnen und Klienten.....	13
Abbildung 9: Berührung mit Suizidgefährdung externer Personen	14
Abbildung 10: Interne Vorgaben zum Umgang mit Suizidgefährdung	16
Abbildung 11: Angebot von Mitarbeiterschulungen zur Suizidprävention	16
Abbildung 12: Anteil der Mitarbeitenden mit direktem Klientenkontakt, die innerhalb der letzten drei Jahre eine Schulung zur Suizidprävention erhalten haben.....	17
Abbildung 13: Zugang zu einer Liste regionaler Krisenhilfen	17
Abbildung 14: Erstellung und Nutzung von Krisenplänen	18
Abbildung 15: Vermittlung suizidgefährdeter Klientinnen und Klienten in andere Hilfen	20
Abbildung 16: Bewertung der einzelfallbezogenen Kooperation	24
Abbildung 17: Nachgespräche mit Betroffenen	26
Abbildung 18: Nachgespräche im (Mitarbeitenden-)Team	26
Abbildung 19: Beteiligung an Angeboten zur öffentlichen Aufklärung	28
Abbildung 20: Aktueller Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention	29
Abbildung 21: Gewünschter künftiger Beitrag der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention	29
Abbildung 22: Interesse an dialogisch entwickelten Schulungsangeboten auf der Grundlage des Projektes GiBS	33

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erkennen von Suizidgefährdung	15
Tabelle 2: Krisenintervention konkret	19
Tabelle 3: Rolle von Klinikeinweisungen	20
Tabelle 4: Begleitung bei/nach Weiterleitung in andere Angebote	22
Tabelle 5: Fachlicher Austausch nach Weiterleitung in andere Hilfen	23
Tabelle 6: Verbesserungsvorschläge für die einzelfallbezogene Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern – Kategorisierung der Antworten aus den Freitextfeldern	25
Tabelle 7: Fallunabhängige Abstimmungsgespräche	28
Tabelle 8: Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention: Was könnten die Anbieter selbst tun? – Kategorisierung der Antworten aus den Freitextfeldern	31
Tabelle 9: Stärkung des Beitrags der Gemeindepsychiatrie zur Suizidprävention: Welche Voraussetzungen/Rahmenbedingungen wären nötig? – Kategorisierung der Antworten aus den Freitextfeldern	32
Tabelle 10: Ein- und Ausschlusskriterien für die Interviews	38
Tabelle 11: Angaben zu den interviewten Betroffenen	39
Tabelle 12: Hauptkategorien und Subkategorien erster Ordnung für die Interviews mit Betroffenen	40
Tabelle 13: Angaben zu den interviewten Angehörigen	61
Tabelle 14: Hauptkategorien und Subkategorien für die Interviews mit Angehörigen	61
Tabelle 15: Angaben zu den interviewten Fachpersonen	71
Tabelle 16: Hauptkategorien und Subkategorien für die Interviews mit Fachpersonen	72