

Aus dem Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete
(Leitung: Prof. Dr. P. Götze)
der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. D. Naber)
des Zentrums für Psychosoziale Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Versorgung von Suizidpatienten in Hamburg:
Erfahrungen und Vorschläge zur Suizidprävention aus der Sicht
klinischer und nicht-klinischer Institutionen**

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von
Marianne Möbius, geb. Gängel
aus Hamburg

Hamburg 2007

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
am: 21.02.2008

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuß, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. P. Götze

Prüfungsausschuß, 2. Gutachter: Prof. Dr. K. Püschel

Prüfungsausschuß, 3. Gutachter: Prof. Dr. O. v. d. Knesebeck

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
1.1 Einführung in die Thematik.....	3
1.2 Theoretischer Überblick	3
1.2.1 Terminologie und Definitionen	3
1.2.2 Wissenschaftstheoretische Erklärungen der Entstehungsbedingungen der Suizidalität	5
1.2.3 Diagnostik der Suizidalität	7
1.3 Erfassung des wissenschaftlichen Umfeldes - Epidemiologie	9
1.3.1 Häufigkeit und Entwicklung von Suizid und Suizidversuch im nationalen und internationalen Vergleich	9
1.3.2 Häufigkeit und Entwicklung von Suizid und Suizidversuch in Hamburg	12
1.4. Suizidprävention - Stand der Suizidprävention heute	15
2 Material und Methoden	18
2.1 Inhaltliche Vorbereitung.....	18
2.1.1 Auswahl der Befragungstechnik.....	18
2.1.2 Entwicklung des Interview- Leitfadens.....	18
2.1.3 Auswahl der zu untersuchenden Einrichtungen	19
2.1.4 Tabellarische Übersicht der nichtklinischen und klinischen Einrichtungen	21
2.2 Organisatorische Vorbereitung.....	22
2.3. Durchführung des Interviews	22
2.4. Qualitative Auswertung	23
3 Ergebnisse	26
3.1 Angaben zur Inanspruchnahme der befragten Einrichtung durch suizidale Klienten/Patienten	26
3.2 Diagnostisches Vorgehen	29
3.2.1 Hinweise auf dem Weg zur Diagnosestellung.....	29
3.2.2 Ansprechen von Suizidalität.....	31
3.2.3 Schwierigkeiten im Gespräch über Suizidalität	33
3.3 Beurteilung der eigenen Kompetenz und Angaben zu Aus- und Weiterbildung	35
3.3.1 Persönliche Grenzen der Betreuung	35
3.3.2 Angaben zu Aus- und Weiterbildung	37
3.4 Therapie- und Überweisungsverhalten	41

3.4.1 Vorgehen bei Suizidgefährdung	41
3.4.2 Inanspruchnahme von Hilfsmöglichkeiten	45
3.5 Defizite und Verbesserungsvorschläge in der Betreuung suizidgefährdeter Personen in Hamburg	46
3.5.1 Defizite in der Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg	47
3.5.2 Verbesserungsvorschläge für die Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg ..	49
3.6 Angaben zu Zeit und Finanzen	52
3.6.1 Zeit	52
3.6.2 Finanzen	53
4 Diskussion.....	54
4.1 Methodenkritik und Repräsentativität	54
4.2 Diskussion der Ergebnisse	55
4.2.1 Zu Angaben zur Inanspruchnahme der befragten Einrichtung durch suizidale Klienten/Patienten	55
4.2.2 Zum diagnostischen Vorgehen, Therapie- und Überweisungsverhalten.....	56
4.2.3 Zur Beurteilung der eigenen Kompetenz und Angaben zur Aus- und Weiterbildung	58
4.2.4 Zu Defiziten und Verbesserungsvorschlägen in der Betreuung Suizidgefährdeter.....	59
4.2.5 Zu Angaben zu Zeit und Finanzen	61
4.3 Die Bedeutung der Ergebnisse für die Suizidprävention.....	61
5 Zusammenfassung	63
Literaturverzeichnis	64
Anhang.....	71
Beschreibung „Nichtklinische Einrichtungen“	71
Beschreibung „Klinische Einrichtungen“	78
Fragebogen „Nichtklinische Einrichtungen“	81
Fragebogen „Klinische Einrichtungen“	84
Danksagung.....	87
Lebenslauf	88
Eidesstattliche Versicherung	89

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Mit dieser Arbeit sollen Erkenntnisse über den gegenwärtigen Stand der Suizidprävention in Hamburg gewonnen werden. Dazu wurden Mitarbeiter aus klinischen und nichtklinischen Einrichtungen, die mit Menschen, die von Suizidalität betroffen sind, Kontakt haben bzw. diese betreuen, im direkten Gespräch befragt.

„Suizidales Denken und Handeln gibt es seit Beginn der Menschheit. Es wird in allen Kulturen und Gesellschaftsformen, bei Naturvölkern genauso wie in so genannten hoch industrialisierten Ländern, beschrieben“ (Götze 1993).

Dennoch scheint Suizidalität in unserer Gesellschaft bis heute ein Tabu zu sein. Kaum jemandem ist die Tatsache bekannt, dass in der Bundesrepublik Deutschland die Zahl der Toten durch Suizid die Zahl der Toten durch den Verkehr, durch Aids, Mord- und Totschlag sowie durch Drogen zusammengenommen, weit übersteigt. So sind Aufklärungsarbeit, Prävention, Diagnostik und Behandlung besonders wichtig.

Um dieses zu fördern, sind in den letzten Jahrzehnten nationale (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.) und internationale (International Association for Suicide Prevention, IASP), wissenschaftliche und öffentlichkeitsnahe Gesellschaften gegründet worden. Regional - so z. B. für Hamburg - sind jeweils Besonderheiten in der genannten Arbeit zu berücksichtigen. Derzeit liegt für Hamburg kein Konzept vor. Um aber ein Konzept entwickeln zu können, ist es notwendig, zumindest zu erfassen, was für die Menschen, die sich suizidal erleben, in Hamburg bereits getan wird, welche Probleme bei der Betreuung und Behandlung existieren und welche Verbesserungen gewünscht werden bzw. dringend nötig erscheinen.

Aus dieser Situation heraus wurde das Ziel der Untersuchung, genau diese Erkenntnisse zu gewinnen und sie für weitere Maßnahmen der Suizidprävention in Hamburg zu berücksichtigen, erarbeitet.

1.2 Theoretischer Überblick

1.2.1 Terminologie und Definitionen

In der Literatur finden sich zahlreiche Definitionen von Suizidalität. Nachfolgend wird versucht, die wichtigsten von ihnen zu erläutern.

So wird - je nach Standpunkt - von Selbstmord, Selbsttötung, Freitod und Suizid gesprochen.

Der Ausdruck „Selbstmord“ assoziiert „Mord“. Dieser Terminus wird als „Residuum eines religiösen Vorurteils und einer veralteten Rechtsauffassung gesehen, der in einem modernen Beurteilungsschema keinen Platz mehr habe“ (Zwingmann 1965).

Mit dem Begriff „Freitod“ sollen Tendenzen zum Ausdruck gebracht werden, dass die Selbsttötung ein legitimes Vorrecht des Menschen sei. Nach Jean Amery's „Diskurs über den Freitod“ (Amery 1976) geht es hier um eine eher kleine Gruppe von Menschen, die frei über sich selbst verfügen können und eben keine „Unfreiheit“ durch Erkrankung oder Notsituation erleben wollen. Henseler bemerkt dazu, dass von Freiwilligkeit wohl nur in den wenigen Fällen die Rede sein könne, wenn sich dieser Weg als der einzig mögliche aufdrängt (Henseler 1974). Auch Stengel folgt dieser Richtung, wenn er anmerkt, dass es falsch und außerdem erfolglos war, den Begriff Selbstmord generell durch den Begriff Freitod zu ersetzen. Sind die Betroffenen doch alles andere als „frei“ in ihren zumeist impulsiven Verhaltensweisen (Stengel 1969).

Der Begriff „Selbsttötung“ ist wertfrei und wohl am zutreffendsten, hat sich aber in der Bevölkerung bisher noch unzureichend durchgesetzt. Im klinischen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch verwenden wir die Begriffe „Suizid“, „Suizidversuch“, „suizidal“ und „Suizidalität“, abgeleitet aus dem Lateinischen „sui caedere“, was sich übersetzen lässt als „das zu Fall bringen des eigenen Selbst“. Im angloamerikanischen Sprachraum gibt es die geschilderte Problematik nicht, da dort auch in der Öffentlichkeit von „suicide“ und „suicidal“, „suicidality“ gesprochen wird.

Suizid und Suizidversuch sind eindeutig nur von ihrem Ausgang (tödlich – nicht tödlich) zu unterscheiden. Die Übergänge sind - das zeigt die Erfahrung - in die eine wie in die andere Richtung fließend. Überlebt der Handelnde die gewollt selbstschädigende Handlung nicht, sprechen wir von Suizid, bleibt er - aus welchen Gründen auch immer - am Leben, sprechen wir von Suizidversuch oder Parasuizid. Die zugrunde liegenden Intentionen und Motive lassen es nicht immer zu, den Ausgang einer Suizidhandlung vorherzusagen. So kann es sich beim „Suizidversuch um einen misslungenen Suizid und beim Suizid um einen ohne Absicht tödlich endenden Suizidversuch handeln“ (Erlemeier 2002).

Übergeordnet wird meist der Begriff „Suizidalität“ verwendet.

Als Beispiel seien hier die Definitionen von Wolfersdorf genannt: „Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“ (Wolfersdorf 1996) sowie

„Suizid und Suizidversuch sind eindeutig die vorsätzliche, bewusste und absichtliche, zielgerichtete Handlung eines Menschen bzw. die Unterlassung einer lebensrettenden Handlung mit der bewussten Absicht der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens.“ (Wolfersdorf 1996).

1.2.2 Wissenschaftstheoretische Erklärungen der Entstehungsbedingungen der Suizidalität

Im Wesentlichen werden heute drei Erklärungsansätze im Hinblick auf ihre Bedeutung für den Suizid unterschieden: der medizinische, psychologische (psychoanalytische und verhaltenstheoretische) und soziologische Ansatz (vgl. Bronisch et al. 2002).

Wissenschaftlich befasste sich Durkheim 1897 als Erster mit dem Suizid unter soziologischen Aspekten. Er veröffentlichte die Ergebnisse seiner empirischen Suizidforschung in dem Buch „Le suicide“ und wies dabei eine Häufung von Suiziden unter ungünstigen sozialen Bedingungen nach. Er beschreibt vier unterschiedliche Typen suizidalen Verhaltens und teilt diese in zwei Kategorien ein. In der ersten Kategorie steht der egoistische Suizid dem altruistischen Suizid gegenüber. Durch den Vorrang sozialer Werte vor denen der eigenen Interessen könne in weniger entwickelten Gesellschaftsschichten ein altruistischer Suizid entstehen. Das Gegenteil passiere beim egoistischen Suizid. Der eigene exzessive Individualismus verhindere eine Gruppenzugehörigkeit und es fehlen religiöse, familiäre und politische Bindungen, so dass das Leben leer und sinnlos erscheine (Durkheim 1897).

Zur zweiten Kategorie gehören der fatalistische und der anomische Suizid. Diese Suizidtypen finden sich laut Durkheim in Gesellschaften mit einer sehr hohen oder sehr niedrigen Reglementierung. Wird der Normzwang bei starker Reglementierung zu groß, könne das Individuum einen fatalistischen Suizid begehen, da es keine Möglichkeit sehe, diesen Zustand auf legitime Weise zu ändern. In Gesellschaften mit geringem Grad an sozialer Reglementierung hingegen kommt es zu einem Verlust der Normen und damit beim Individuum zu Unzufriedenheit und Frustration was den anomischen Suizid erkläre.

Mit der Psychoanalyse trat die Frage nach der Psychodynamik des Suizids in den Vordergrund. Hierzu gibt es eine Vielzahl an Erklärungsansätzen (Henseler 1974, 2000; Überblick bei Bronisch et al. 2002). In der Literatur am weitesten verbreitet ist das

psychoanalytisch orientierte Modell von Freud. In diesem Modell wird Suizidalität als autoaggressives Verhalten gesehen, in dem das Individuum seine Aggressionen gegen sich selbst richtet statt nach außen. Ein Betroffener reagiert z.B. auf den Verlust einer geliebten Person mit Aggression gegen diese. Da aber das Objekt als unverzichtbar erscheint und daher durch die ihm geltende Aggression nicht zerstört werden darf, entsteht ein Aggressionskonflikt. Der Suizid stellt den Versuch dar, diesen inneren Konflikt zu lösen. Adler (1937) sieht im Gegensatz zu Freud im Suizid eine soziale Intention. Die Auswirkungen für das Individuum selbst treten dabei in den Hintergrund. Im Suizid sieht er den kommunikativen Akt, der den Sozialpartner beeinflussen soll. Dabei kann der Rachedanke im Vordergrund stehen oder aber der Wunsch, Sorgen bei der Bezugsperson hervorzurufen.

Ein wichtiger tiefenpsychologischer Erklärungsansatz für Suizidhandlungen - ausgehend von der Narzißmustheorie - stammt von Henseler (1974): schmerzliche Gefühlserfahrungen (z.B. Partnerverlust oder – konflikt) hinterlassen bei Prädisponierten (laut Henseler mit den typischen Eigenschaften leichter Kränkbarkeit, Selbstüberschätzung, geringer Einfühlsamkeit) eine narzißtische Kränkung, die sich wiederum in einem Suizid äußern kann. Der Suizid ist dabei eine Möglichkeit einer drohenden narzißtischen Katastrophe aktiv zuvorzukommen und dadurch das Selbstwertgefühl zu retten (Henseler 1974).

Ein sehr klinisch orientierter, medizinisch- psychiatrischer Ansatz wird durch Ringel vertreten. Darin wird das Suizidgeschehen als psychopathologischer Prozess einer Krankheit ausgedrückt, welche eine Intervention erfordert. Er sieht höchstens die „theoretische Möglichkeit, die in der Praxis nur selten vorkommt, nach der ein normaler (d.h. psychisch gesunder) Mensch Selbstmord begeht“ (Ringel 1974).

In neueren Überlegungen wird u. a. die Life- Event- Forschung zum Verständnis suizidalen Verhaltens herangezogen. Lebensereignisse – Life-events – werden von Welz et al. (1988) folgendermaßen definiert: „...bewirken eine Veränderung bzw. ein Ungleichgewicht im aktuellen Anpassungsgefüge zwischen Person und Umwelt, welche eine Reorganisation der Verhaltensmuster oder von Teilbereichen des Verhaltens erfordert.“ Diese Ereignisse unterbrechen die gewohnten Handlungsabläufe und erfordern eine Veränderung bisheriger Verhaltensmuster, was als stressreich empfunden wird. Auf diese Stressoren kann sehr unterschiedlich reagiert werden, z.B. mit Aggression oder Ablenkung. Suizidales Verhalten kann unter diesen Verhaltensmustern als die am wenigsten hilfreiche und

gleichzeitig zerstörerischste und somit fehlgeschlagenste Bewältigungsstrategie interpretiert werden (Welz et al. 1988). Das Risiko, Life- events durch einen Suizidversuch zu bewältigen, ist umso höher, je größer die Anzahl der belastenden Ereignisse ist (Rahe 1972). Die häufigsten Ereignisse, die im Zusammenhang mit Suizidversuchen stehen, sind in zahlreichen Studien ermittelt worden: Broken- home; Schwangerschaft; Trennung; Scheidung; Krankheit; Verlust naher Bezugspersonen wie Ehepartner oder Freund(in) durch Tod; Haft; Arbeitslosigkeit; fundamentale Schwierigkeiten in der Schule, dem Studium oder mit Finanzen (Schmidtke 1988).

Dies ist nur eine kleine Auswahl aus den vorhandenen Suizidtheorien. Unerwähnt bleiben zum Beispiel die verhaltenstheoretische oder auch die biologisch orientierte Theorie. Verwiesen sei hier auf weiterführende Fachliteratur (Bronisch et al. 2002, S.5ff). Eine weitergehende Erörterung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und zu weit vom eigentlichen Thema wegführen.

1.2.3 Diagnostik der Suizidalität

Suizidalität ist ein beunruhigendes und schwer zu diagnostizierendes Erleben und Verhalten. Die Diagnostik sollte es dem Behandler ermöglichen, das Suizidrisiko einzuschätzen. Das Suizidrisiko eines einzelnen Menschen muss immer als ein einzigartiges Problem aufgefasst werden, für dessen Lösung ein möglichst genaues Verständnis für den Patienten und dessen Lebenssituation vorausgesetzt werden muss (Achte 1985).

Aus diesem Grund sollte die Diagnostik der Suizidalität sich nicht nur auf die Kenntnis der Risikofaktoren, die zwar eine Zuordnung eines Patienten zu einer potentiell gefährdeten Gruppe ermöglicht, aber nicht allein die individuelle Beurteilung der aktuellen Suizidalität leisten kann, beschränken (Lindner et al. 2003).

Der Hauptzugang zur Suizidalität eines Menschen erfolgt über das anamnestische Gespräch. Die Diagnostik von akuter Suizidalität stützt sich dabei auf explizite Gesprächsprinzipien und – regeln, die von Wolfersdorf et al. (1992) sowie von Giernalczyk (1995, 1997) und Reimer und Arentewicz (1993) im Einzelnen ausgeführt werden. Am Ende des Gesprächs über Suizidalität sollten 1) dessen Ausmaß beurteilt werden können, 2) das Vorliegen einer psychischen Erkrankung eingeschätzt werden

können und 3) die Art der Krise bekannt sein sowie mögliche Ansatzpunkte für Hoffnung auf Änderung sichtbar werden (Erlemeier 2002).

Die klinische Basisdiagnostik sollte immer die folgenden Grundelemente beinhalten:

Das „**präsuizidale Syndrom**“ von Ringel (1953, 1969) stellt eine wichtige Möglichkeit dar, abzuschätzen, ob Suizidalität vorliegt, da jeder Suizidale diese Entwicklung durchmacht. Sie variiert nur in der Dauer der Phasen, wobei sie z.B. eher von kurzer Dauer bei so genannten Kurzschlusshandlungen und von längerer Dauer bei schweren Depressionen und vor allem Neurosen ist (Reimer 1982). Das präsuizidale Syndrom fasst die Charakteristika, die in aufeinander folgenden Phasen ablaufen, zusammen: Einengung, verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression sowie Flucht in die Irrealität mit Suizidphantasien.

Phase 1 beschreibt den Versuch, durch Abwehrmechanismen den Kränkungen und Enttäuschungen durch nahe stehende Personen zu entfliehen, was letztlich zu einer Flucht in rigide Verhaltensmuster und Erlebnisweisen führt. Da die in der 2. Phase aufkommenden aggressiven Impulse, bedingt durch die Kontrolle des Über-Ich, nicht nach außen gerichtet werden können, werden diese nun gegen die eigene Person gerichtet. Entlastung im Sinne von Befreiung findet der Betroffene dann in den sich passiv aufdrängenden Suizidphantasien (vgl. Götze 1988).

Um Suizidalität diagnostizieren zu können, sind fundierte Kenntnisse über Populationen mit erhöhtem Risiko hilfreich. **Risikogruppen** für suizidales Verhalten werden von Wolfersdorf im Wesentlichen in drei große Gruppen eingeteilt:

- 1) Menschen mit einer bereits offensichtlich erhöhten Suizidalität, also solche, die suizidales Verhalten angekündigt haben, die suizidales Verhalten in ihrer bisherigen Lebensgeschichte bereits aufweisen, z. B. einen Suizidversuch;
- 2) Menschen in Krisen unterschiedlicher Genese und in unterschiedlichem Lebensalter, vor allem alte Menschen (insbesondere alte Männer), Menschen in Vereinsamung und Isolation, Menschen in traumatischen und in Veränderungskrisen, hier besonders in Selbstwertkrisen sowie auch Menschen in der Auseinandersetzung mit lebeenseinschränkenden und lebensbeeinträchtigenden Erkrankungen somatischer oder psychischer Art;
- 3) Psychisch Kranke, vor allem primär depressive, suchtkranke (Alkoholabhängige, Drogenabhängige) sowie schizophrene Patienten (vgl. Wolfersdorf 1992).

Ein weiterer wichtiger Punkt der Diagnostik der Suizidalität ist die Einschätzung der **aktuellen psychischen Befindlichkeit** sowie das Vorliegen aktueller Trennungserfahrungen. Schilderungen einer kürzlich gescheiterten Partnerschaft, der Tod eines Angehörigen, Kränkungen durch wichtige Personen aber auch Entwicklungskrisen, in denen der Patient sich von ihm bekannten Lebensweisen und Bindungen trennen musste, wie z.B. beim Auszug aus dem Elternhaus, nach Abschluss der Ausbildung, in einer Partnerwahl oder bei bevorstehender Elternschaft, können besondere diagnostische Hinweise auf eine aktuelle Suizidalität geben (Fiedler et al. 1999). Besonders erwähnt werden sollte die Situation nach Entlassung aus einer stationär psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, die häufig mit hohen Erwartungen, geringer Frustrationstoleranz, Ängsten und Befürchtungen, abgelehnt zu werden oder zu scheitern, einhergehen. Dies kann auch der Fall sein, wenn die stationäre Behandlung insgesamt von Patient und Krankenhaus als erfolgreich angesehen wird (Götze und Schneider 1989, Wolfersdorf 1989).

Grundsätzlich gilt, dass Suizidalität zugewandt und nicht verletzend aber doch möglichst direkt angesprochen werden sollte. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, man könne durch direkte Ansprache den Patienten erst auf die Idee bringen, sich zu suizidieren, bringt ein Gespräch über Suizidgedanken, die häufig als drängend, schamhaft besetzt oder als tabuisiert erlebt werden, große Entlastung und Vertrauen zum Helfer (vgl. Pöldinger und Sonneck 1980).

1.3 Erfassung des wissenschaftlichen Umfeldes - Epidemiologie

1.3.1 Häufigkeit und Entwicklung von Suizid und Suizidversuch im nationalen und internationalen Vergleich

In der Literatur wird beschrieben, dass jährlich ein Drittel mehr Menschen durch **Suizid** sterben als im Straßenverkehr. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes starben im Jahr 2005 in Deutschland 10.260 Menschen durch Suizid, davon waren 7.523 (73,3 %) Männer und 2.737 (26,7 %) Frauen.

Die Suizidrate (Anzahl der Suizide auf 100.000 Einwohner) beträgt 12,4 (18,6 bei den Männern und 6,5 bei den Frauen) (Statistisches Bundesamt).

„Die offiziellen Angaben über Suizide unterschätzen ganz offensichtlich die tatsächliche Zahl. Denn es muß von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Unter den

Todesarten Verkehrsunfälle, Drogen und den unklaren Todesursachen dürfte sich noch ein erheblicher Anteil nicht erkannter Suizide verbergen. Die statistischen Angaben über Suizide unterliegen noch weiteren Fehlerquellen wie Fehler bei der Datenübermittlung und durch unterschiedliche Dokumentationsmethoden. Die Daten des Statistischen Bundesamtes können deshalb als eine sehr konservative Schätzung der tatsächlichen Anzahl der Suizide gewertet werden, die um bis zu 25 % höher angenommen wird“ (Fiedler 2007a).

Die Wahrscheinlichkeit eines Suizids einer individuellen Person wurde durch Schmidtke et al. (1996) berechnet. In den alten Bundesländern würde dies bedeuten, dass jeder 71. Mann und jede 149. Frau durch Suizid stirbt. In den neuen Bundesländern wäre jeder 51. Mann und jede 117. Frau betroffen.

Langfristig sind die Suizidraten in den alten und neuen Bundesländern deutlich gesunken und haben sich in den letzten sieben Jahren stabilisiert (siehe Abb.1).

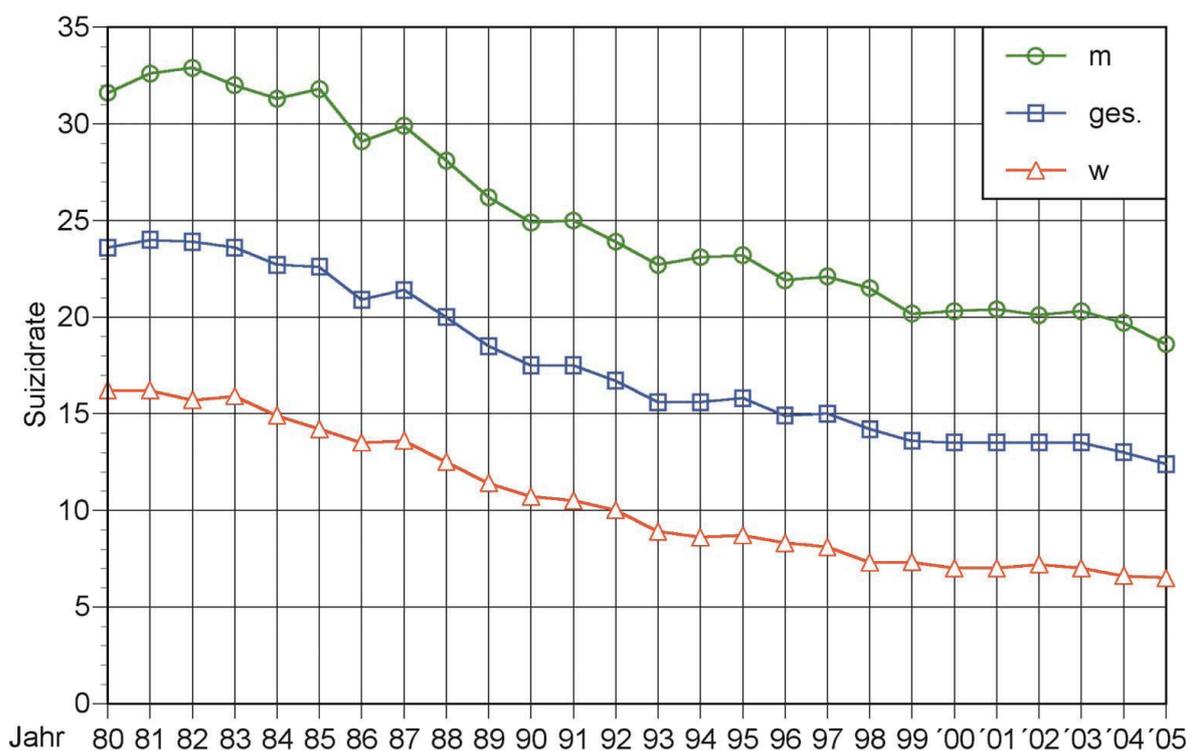


Abbildung 1: Suizidraten in Deutschland 1980 bis 2005, Bereich: Alte und neue Bundesländer (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Deutliche Unterschiede der Suizidraten zeigen sich in der Alters- und Geschlechtsverteilung. Mit dem Lebensalter steigt die Suizidrate an (besonders bei

Männern). Bei jungen Menschen (v. a. Kindern und Jugendlichen) ist sie vergleichsweise niedrig (Fiedler 2007a) (siehe Abb.2).

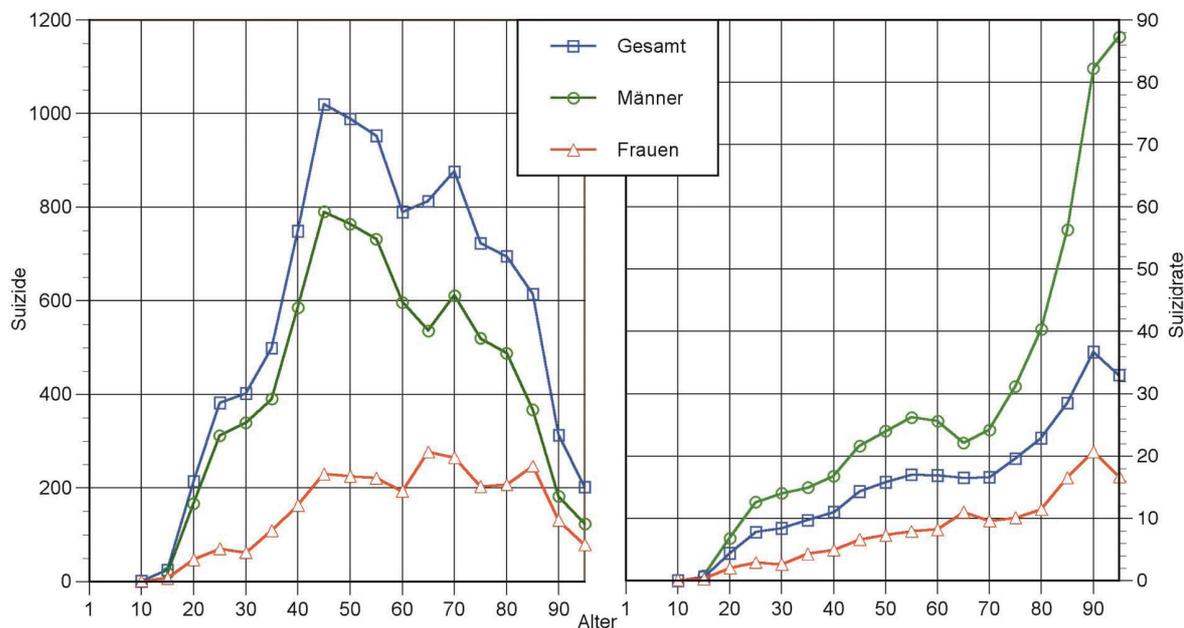


Abbildung 2: Suizide und Suizidraten in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005
(Quelle: Statistisches Bundesamt)

„Bei den Suizidmethoden überwiegt sowohl bei Männern als auch bei Frauen das Erhängen. An zweiter Stelle stehen Vergiftungen und an dritter Stelle Feuerwaffen bei Männern und „Sturz aus der Höhe“ bei Frauen“ (Fiedler 2007a).

Ein Zusammenhang von Suizidalität und psychischer Störung ist evident und durch psychologische Autopsiestudien, die nachweisen, dass über 90 % der Suizidenten zum Zeitpunkt ihres Todes eine psychische Störung hatten, rechnerisch belegt (vgl. Cavanagh et al. 2003).

Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die **Suizidversuche** in Deutschland nicht mehr erfasst. Offizielle statistische Angaben liegen nicht vor, so dass die Daten nur aus Angaben wissenschaftlicher Studien geschätzt werden können. Im Rahmen des Gesundheitsprogrammes „Health for All by the Year 2000, HFA 2000“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Projekt zur Erfassung möglichst wirklichkeitsnaher Suizidversuchsrate in Europa initiiert worden (Schmidtke 1989). Für Deutschland wurde die Stichprobe in Würzburg Stadt und Land erfasst. Es zeigen sich erhebliche Unterschiede im Vergleich zu Suiziden, aber Einigkeit bei einigen allgemeinen Aussagen:

Die jüngeren Altersgruppen überwiegen bei den Suizidversuchen und dabei die Frauen deutlich gegenüber den Männern. Schätzungen zufolge betragen die Zahlen für das Jahr 2001 für die Gruppe 15 Jahre und älter für Männer 108/100.000 und Frauen 131/100.000 [1].

Auf jeden Suizid eines Mannes entfallen 5,5 Suizidversuche und auf jeden Suizid einer Frau 18 Suizidversuche. Die Zahlen sind nur Schätzwerte, vermutlich liegt die tatsächliche Zahl deutlich darüber (Fiedler 2007a).

Bei der Methodik der Suizidversuche zeigt sich im Vergleich zu der der Suizide eine Differenz. So überwiegen hier Vergiftungen, dann Schnittverletzungen und Stürze. Laut Angaben der WHO (World Health Association) sterben weltweit annähernd 1.000.000 Menschen jährlich durch Suizid. Damit ist der Suizid eine der führenden Todesursachen (WHO 2004).

1.3.2 Häufigkeit und Entwicklung von Suizid und Suizidversuch in Hamburg

„In Hamburg sterben dreimal so viel Menschen durch **Suizid** wie durch Verkehrsunfälle. Die Zahl der Suizide überschreitet die Summe der Todesfälle durch Verkehrsunfälle, AIDS, Drogen, Mord und Totschlag. Der Suizid ist die Haupttodesursache für Hamburger zwischen 15 und 40 Jahren“ (Fiedler 2007b).

Im Jahr 2003 (Zeitpunkt der Datenerhebung) starben laut Angaben des Statistischen Bundesamtes 254 Hamburger durch Suizid, davon waren 162 Männer (63,7 %) und 92 Frauen (36,2 %). Die Suizidrate beträgt 14,7 (19,3 bei den Männern und 10,3 bei den Frauen) und liegt damit höher als der Bundesdurchschnitt mit 12,4 (siehe Abb. 3).

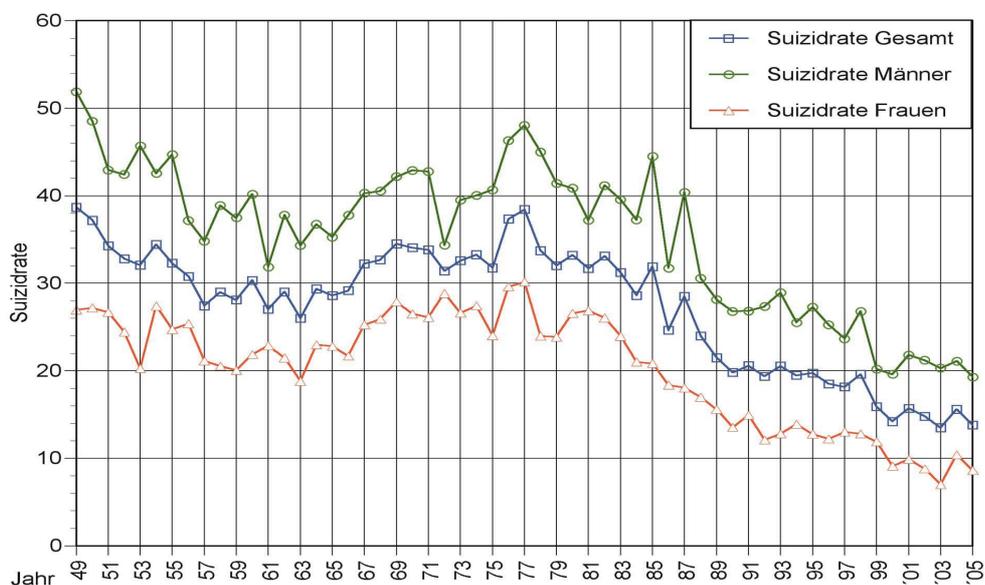


Abbildung 3: Suizidraten in Hamburg 1949 – 2005 (Quelle: Statistisches Landesamt Hamburg)

Die Anzahl der Suizide ist in den Jahren von 1977 bis 2005 von 649 Suiziden auf 240 Suizide gesunken. Besonders in den achtziger Jahren kam es zu einem steilen Abfall der Suizidrate, die sich in den neunziger Jahren stabilisiert hat. Damit folgte Hamburg dem Bundestrend. Schon immer hatte Hamburg hohe Suizidraten und befand sich bis 1999 an der Spitze oder in der Spitzengruppe der Bundesländer, wurde als „Hauptstadt der Selbstmörder“ (Morgenpost, Feb 2000) bezeichnet (Fiedler 2007b). Seitdem gibt es in Hamburg einen weiteren leichten Rückgang der Suizidrate. Ein Trend, der bundesweit nicht zu beobachten ist.

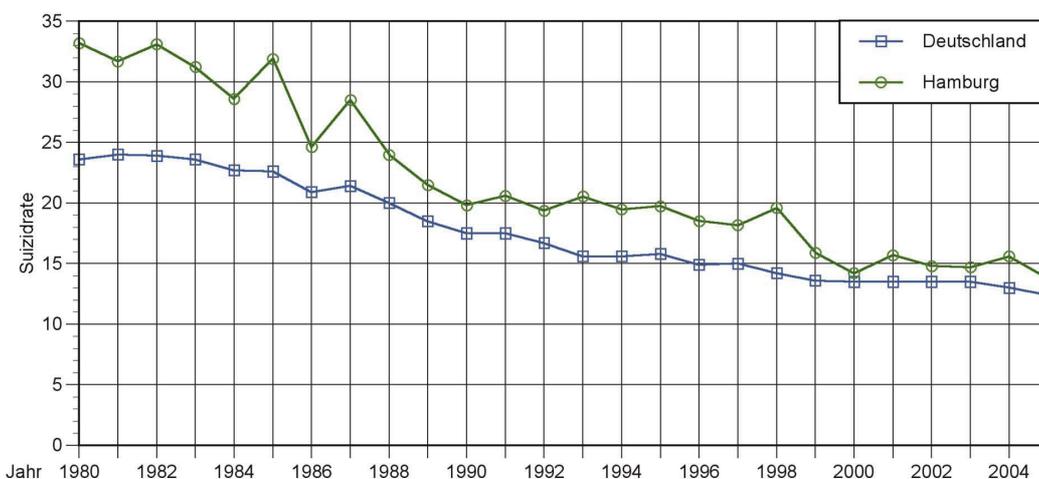


Abbildung 4: Suizidrate in Hamburg und im Bundesgebiet 1980 bis 2005 (Quelle: Statistisches Landesamt Hamburg und Statistisches Bundesamt)

„Eine Ursache für diese Entwicklung kann nur vermutet werden und umfasst mehrere Felder:

- 1) Die demographische Entwicklung in Deutschland. Da die Anzahl der vollendeten Suizide im höheren Lebensalter ansteigt, hat die Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft Einfluss auf die Suizidrate. Einige Epidemiologen (Schmidtke et al. 2000) halten wegen des steigenden Durchschnittsalters der Bevölkerung demnächst wieder einen Anstieg der Suizidrate für möglich.
- 2) Die Verbesserung und Fortschritte in der Notfall- und intensivmedizinischen Versorgung.
- 3) Die Verbesserung der Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen für bestimmte Risikogruppen (z.B. Drogenabhängige).
- 4) Eine Verschiebung von Suiziden in der Erhebung zu anderen Todesursachen, besonders Drogen und den unklaren Todesursachen.

5) Verstärkte Thematisierung der Suizidproblematik in den Medien und der Öffentlichkeit.“ (Fiedler 2007b).

Die Suizidraten variieren nach Geschlecht und Alter (siehe Abb.5). Die Suizidwahrscheinlichkeit steigt mit dem 60. Lebensjahr besonders für die Männer an (42% der Suizidenten im Jahr 2000 waren über 60 Jahre alt), wobei in dieser Gruppe die Dunkelziffer als besonders hoch vermutet wird. Für Menschen unter 20 Jahre ist der Suizid in Hamburg ein seltenes Ereignis (Fiedler 2007b).

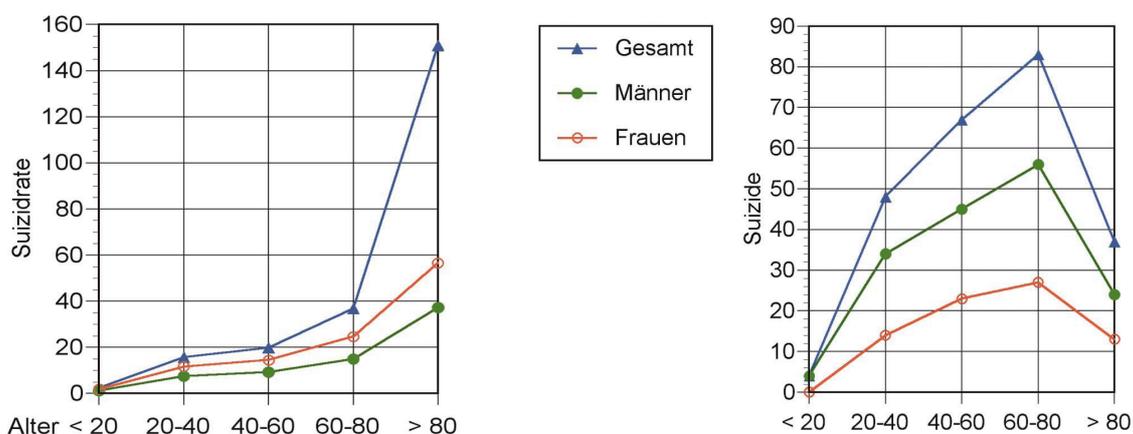


Abbildung 5: Suizide und Suizidraten in Hamburg nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 (Quelle: Statistisches Landesamt Hamburg)

Bis 1988 wurde in Hamburg eine Statistik über „**Freitodversuche**“ durch den Speziellen Kriminaldienst geführt und danach aus datenschutzrechtlichen Gründen eingestellt. In dieser Datensammlung wurde die höchste Anzahl der Suizidversuche im Jahre 1976 mit 4034 erfasst und die niedrigste Anzahl im Jahre 1984 mit 1985 Suizidversuchen (Junge 1987).

Weitere Untersuchungen wurden von Reimer et al. (1979) und Götze (bisher nicht publiziert) durchgeführt. Reimer erhob in 86 Hamburger Krankenhausabteilungen alle Aufnahmen nach Suizidversuch im Jahr 1977 für den Zeitraum eines halben Jahres und kam auf die Anzahl 1963 (hochgerechnet auf ein Jahr ca. 4000). Aufgrund von Erhebungslücken schätzt er, dass die Zahl deutlich (500- 1000) unter der tatsächlichen Anzahl liegt. Die Gesamtzahl für Hamburg dürfte sehr viel höher sein, da nur Suizidversuche erfasst wurden, die zu einer Klinikeinweisung geführt haben.

Götze erfasste an 8 Hamburger Kliniken von September 1988 bis August 1989 alle Patienten, die nach Suizidversuch eingeliefert wurden. Insgesamt kam er auf eine Anzahl von 832, davon 506 Frauen und 326 Männer.

Da die Anzahl der Suizidversuche für Hamburg nicht statistisch erhoben wird, kann sie nur geschätzt werden. Fiedler schätzt diese auf 4.000 – 5.000 pro Jahr (Fiedler 2007b).

1.4. Suizidprävention - Stand der Suizidprävention heute

Suizidprävention ist die Summe aller Handlungen, die die Vermeidung suizidalen Geschehens zum Ziel haben.

Im Einzelfall ist es schwierig einen Suizidversuch vorherzusagen, selbst wenn viele Risikofaktoren bekannt sind. Ein Verfahren, das mit ausreichender Spezifität und Sensitivität verlässliche Aussagen zulässt, existiert nicht.

Die Unterscheidung von Caplan (1964) nach primärer, sekundärer und tertiärer Suizidprävention ist das in der Literatur bekannteste Modell.

„Primäre Prävention“ umfasst alle Maßnahmen und Bemühungen, das Auftreten von Suizidalität zu verhindern. Dazu gehört ein Versorgungs- und Betreuungssystem, welches sicherstellt, dass betroffene bzw. gefährdete Menschen möglichst nicht in eine so desolante Lebenssituation geraten, dass sie Gedanken an Suizid/Suizidversuch hegen. Primäre Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung oder auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (Risikogruppen).

„Sekundäre Prävention“ betrifft Menschen, die bereits in eine suizidale Krise geraten sind, d. h. sie denken an einen Suizidversuch/Suizid. Diese Menschen sollen durch spezielle Therapieangebote Unterstützung erfahren, um sich wieder positiv für das Leben entscheiden zu können.

„Tertiäre Prävention“ umfasst alle Maßnahmen der Rezidiv- und Verschlechterungsprophylaxe nach einem bereits statt gefundenem Suizidversuch. In diese Kategorie fallen auch Hilfsangebote für Partner und Angehörige oder andere nahe stehende Personen.

In Deutschland gibt es bisher kein länderübergreifendes Versorgungskonzept für suizidgefährdete Menschen. Die einzige überregional primär- und sekundärpräventive Einrichtung ist die von der Kirche getragene „Telefonseelsorge“. Die einzige Organisation in Deutschland, die sich bisher bundesweit um die Durchsetzung der Suizidforschung und

Suizidprävention bemüht, ist die 1972 gegründete „Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen“ (DGS). Diese hat es sich zur Aufgabe gemacht „suizidgefährdete nicht länger sich selbst und einem sie ausgrenzenden Vorurteil der Umwelt zu überlassen und nachhaltig dazu beizutragen, die Phänomene des suizidalen Verhaltens und des Suizids besser zu verstehen und realitätsgerechte Ansätze für wirksame Suizidprävention und Krisenintervention zu finden“ (Freitag 1998).

Umgesetzt soll dieser Grundsatz in Zusammenarbeit mit allen relevanten gesellschaftlichen Gruppierungen und Vereinigungen zur Entwicklung eines nationalen Suizidpräventionsprogrammes. Dieses soll horizontal (hinsichtlich spezifischer Gruppen) und vertikal (hinsichtlich spezifischer Maßnahmen) strukturiert sein. Personen, Institutionen und Organisationen, die an Suizidprävention interessiert sind, sollen leicht zu integrieren sein. Eine Gliederung in „Leitung“, welche das Nationale Suizidpräventionsprogramm organisiert und koordiniert, den zentralen Ansprechpartner darstellt und das Programm nach außen vertritt, „Exekutivgruppe“, die Interventionsbereiche erfasst, Vorschläge und Initiativen zur Umsetzung dieser Aufgaben erarbeitet und „Arbeitsgruppen“, die Probleme und Defizite im jeweiligen Bereich erfassen, Projektvorschläge erarbeiten und die Umsetzung dieser begleiten, soll die Grundstruktur des Programms sein. Von Beginn an soll dieses Programm wissenschaftlich begleitet werden [2].

Die Zielsetzung der DGS stimmt mit der Auffassung der WHO überein. In WHO- Studien zeigte sich, dass jeder Suizid und Suizidversuch mindestens sechs weitere Menschen betrifft und suizidales Verhalten damit ein großes gesellschaftliches Problem darstellt, nicht nur wegen des individuellen Leides sondern auch wegen der erheblichen Gesundheitskosten. Außerdem zeigte sich, dass in den Wochen vor dem Suizid viele Menschen häufiger als sonst einen Arzt aufsuchen. Die durchschnittliche Zahl von Behandlern, die nach einem Suizidversuch mit den suizidalen Personen Kontakt haben, liegt über fünf.

Die Prävention suizidalen Verhaltens sei damit ein vordringlich gesundheitspolitisches Problem. In mehreren anderen europäischen Ländern wurden schon nationale Suizidpräventionsprogramme etabliert (Wassermann 2002).

Unterstützt durch die WHO wurden in den Jahren 2001/2002 europäische Länder zu Initiativen zur Suizidprävention im eigenen Land befragt. Erfasst werden sollten Suizid- und Suizidversuchsdaten sowie gleichzeitig die Existenz nationaler

Suizidpräventionsprogramme bzw. die Planung solcher. Die Ergebnisse ließen eine Einteilung in zwei Gruppen zu. Länder mit bestehenden nationalen suizidpräventiven Aktivitäten und Länder ohne nationales Suizidpräventionsprogramm. Für die erste Gruppe wurde außerdem genau erfasst in welchen Bereichen suizidpräventive Maßnahmen vorgenommen werden, z. B. im Schulsystem, Aufklärung durch Medien oder durch das Gesundheitssystem. In der zweiten Gruppe wurde differenziert, ob es keinerlei Aktivitäten bezogen auf Suizidprävention im eigenen Land gibt oder zumindest ein solches Programm geplant ist bzw. bereits erarbeitet wird. Wie im vorangegangenen Abschnitt erläutert, ist Deutschland der letztgenannten Gruppe zuzuordnen (WHO 2002).

Im Januar 2005 trafen die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union der Weltgesundheitsorganisation in Helsinki zu einer Konferenz zur psychischen Gesundheit zusammen. Dort wurde ein Aktionsplan erarbeitet, der die psychische Gesundheit als zentrales Thema hat, Richtlinien aufzeigt und deren Umsetzung auf die folgenden fünf bis zehn Jahre angesetzt ist. Orientiert an diesen Richtlinien sind die Mitgliedsstaaten der WHO aufgerufen, die Umsetzung in eigens initiierten Programmen zu gewährleisten. Teil dieses Aktionsplanes sind auch Strategien zur Suizidprävention (WHO 2006).

In der Europäischen Region der WHO stieg die Suizidrate im Zeitraum 1950-1995 um 60% an (Bertolote et al. 2002). Die geschätzten jährlichen Suizidzahlen liegen bei 873.000 weltweit und für die Europäische Region der WHO bei 163.000 (WHO 2004-1). Somit befindet sich der Suizid an 13. Stelle der führenden Todesursachen weltweit und an 7. Stelle der Europäischen Region der WHO (WHO 2006-1). Auf dieses ernste Problem wurde durch die WHO mit der Erstellung einer Inventarliste zur Suizidprävention reagiert (WHO 2002). Diese beinhaltet eine stärkere Einbindung der Öffentlichkeit durch Aufklärung, Berichterstattung über Suizid und Suizidversuch durch die Medien, Unterstützung der Forschung und Datenerhebung zum Suizid, Verbesserung von Diagnoseverfahren und anschließender Therapie sowie Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Wiedereingliederung suizidaler Menschen (WHO 2006-1).

2 Material und Methoden

2.1 Inhaltliche Vorbereitung

2.1.1 Auswahl der Befragungstechnik

Ziel der ausgewählten Befragungstechnik sollte sein, möglichst umfangreiche Informationen zum Stand der Suizidprävention in Hamburg aus Sicht der Mitarbeiter der interviewten Einrichtungen zu erhalten. Die gewählte Erhebungstechnik sollte es ermöglichen, die persönlichen Erfahrungen und Meinungen zum Thema zu erfassen, Subjektivität war dabei ausdrücklich erwünscht.

Die passende Methodik, um diese Kriterien zu erfüllen, ist die qualitative Befragung, bei der mit offenen Fragen gearbeitet wird und dem Befragten viel Spielraum bei der Beantwortung gegeben ist. Ein weiterer positiver Effekt dabei ist die direkte Interaktion zwischen Befragtem und Interviewer, die es dem Interviewer ermöglicht, Eindrücke und Deutungen des Interviews als Informationsquellen zu nutzen. Dieser fungiert hierbei selbst als „Erhebungsinstrument“, d. h. seine Gedanken, Gefühle und Reaktionen auf den Befragten und die Interviewsituation können sorgfältig notiert und in Analysen berücksichtigt werden.

Aus den infrage kommenden Interviewformen der qualitativen Einzelbefragung (fokussiertes Interview, Narratives Interview, Leitfaden- Interview, u. a.) wurde das „Leitfaden- Interview“ ausgewählt. Durch den Leitfaden und die darin angesprochenen Themen wird ein Gerüst für die Datenerhebung und Datenanalyse vorgegeben, wodurch das Ergebnis unterschiedlicher Interviews vergleichbar wird aber dennoch genügend Spielraum vorhanden ist, um spontan neue Fragen und Themen in die Interviewsituation einzubauen (Bortz et al. 1995).

2.1.2 Entwicklung des Interview- Leitfadens

Als Datenerhebungsinstrument wurde ein beidseitig beschriebener Leitfaden (siehe Anhang), bestehend aus 19 Einzelfragen verschiedener Themenbereiche, entwickelt. Zu einzelnen dieser 19 Hauptfragen gab es Unterpunkte bzw. Detaillierungsfragen, um die erhaltenen Antworten zu komplettieren. Es wurden Fragen zu folgenden Themenbereichen erarbeitet:

Wie viele suizidale Klienten/ Patienten werden in der Einrichtung betreut? Wie äußert sich Suizidalität und wie wird damit umgegangen? Gibt es persönliche Grenzen in der Betreuung Suizidgefährdeter? Fragen zu Zeit und Vergütung bezogen auf die Arbeit mit

Suizidgefährdeten. Fragen zu Aus- und Weiterbildung zum Thema Suizidalität. Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung von Suizidgefährdeten in Hamburg. Da die ausgewählten Einrichtungen strukturell sehr unterschiedlich waren (siehe 2.1.3), wurde der Interviewleitfaden so konzipiert, dass einzelne Fragen, passend auf die zu befragende Institution, spontan geändert werden konnten. Insgesamt wurden zwei verschiedene Versionen des Interviewleitfadens, jeweils für die klinischen und nichtklinischen Einrichtungen, entworfen (siehe Anhang).

Durch die erwähnten strukturellen Unterschiede der einzelnen Einrichtungen, wurden einzelne „Fragen nicht gestellt“. Die Mitarbeiter mancher Einrichtungen haben keinen direkten Patienten- /Klientenkontakt oder Häufigkeiten werden unterschiedlich erfasst. Die entsprechenden Fragen und Folgefragen zu den Themen wurden ausgelassen. Bei einzelnen Interviews wurden so viele Angaben gemacht, dass die Zeit sehr schnell voran geschritten war (im Einzelfall musste ein vom Interviewten vorgegebener Zeitrahmen eingehalten werden) und sich der Interviewer gezwungen sah, Fragen auszulassen, um die wesentlichen Daten am Ende des Interview- Leitfadens noch erfassen zu können. Die Frage danach, was den Umgang mit suizidgefährdeten Personen erleichtern würde (Frage 18, siehe Interviewleitfaden), wurde von den Interviewpartnern in fast allen Fällen als verwirrend empfunden und schließlich aus dem Interviewleitfaden entfernt.

Nach Abschluss der Fragebogenentwicklung wurden die Mitarbeiter des TZS zu Relevanz und Wichtigkeit der Themen befragt, um Unvollständigkeit oder aufgetretene Fehler korrigieren zu können. Außerdem wurden vor Beginn der Interviewdurchführung zwei Probeinterviews mit Personen geführt, die nicht im TZS tätig und von dieser Arbeit völlig unabhängig waren, um weitere mögliche Fehlerquellen aufzudecken und diese danach abzuändern. Außerdem dienten die Probeinterviews der Schulung des Interviewers.

2.1.3 Auswahl der zu untersuchenden Einrichtungen

Um einen Gesamtüberblick zum Thema zu erhalten, wurde die Zahl der zu untersuchenden Einrichtungen auf 50 festgelegt; eine Anzahl, von der wir annahmen, dass sie einen zureichenden Überblick für Hamburg ermöglichen würde. Da sowohl Einrichtungen aus dem klinischen wie aus dem nichtklinischen Bereich befragt werden sollten, wurde das Verhältnis auf jeweils die Hälfte bestimmt.

Bei den nichtklinischen Einrichtungen sollte ein möglichst breites Spektrum der verschiedenen sozialen Bereiche erfasst werden. In Hamburg gibt es eine Vielzahl an Einrichtungen für unterschiedliche Gruppen. Unter diesen Einrichtungen wurde gezielt ausgewählt. Bei den klinischen Einrichtungen sollten Abteilungen interviewt werden, die Kontakt bzw. Erstkontakt zu Menschen haben, die sich suizidal erleben oder einen Suizidversuch unternommen haben. Da dieser Kontakt zumeist in Ambulanzen, Notfallaufnahmen und psychiatrischen bzw. neurologischen Stationen stattfindet, welche auch die angestrebte Zielgruppe bildeten, aber nicht alle Krankenhäuser Hamburgs über diese Abteilungen verfügen, musste auch hier die Auswahl der Interviewpartner gezielt vorgenommen werden. Um die spätere Auswertung zu erleichtern und um einen Vergleich zu ermöglichen, wurden die zu befragenden Einrichtungen in die vier folgenden Gruppen unterteilt:

Station – Notaufnahme/Ambulanz – Beratungsstelle – Behörde.

Eine Kurzbeschreibung der befragten sozialen Institutionen befindet sich im Anhang.

2.1.4 Tabellarische Übersicht der nichtklinischen und klinischen Einrichtungen

1.Hamburger Frauenhaus
AG Kinder- und Jugendschutz HH e.V.
AGUS
AIDS- Hilfe
Bahnhofsmission
BIFF (Beratung und Information für Frauen)
Charon Beratung
Die Brücke
Dolle Deerns e.V.
Evangelische Beratungsstelle
Flüchtlingsbeauftragte nordelbische Kirche
Gesundheitsbehörde
Hamburger Hochbahn AG
Katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung
Kinder- und Jugendnotdienst
Kinderschutzzentrum Harburg
Magnus Hirschfeld Centrum
Notfallseelsorge
Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.
Pastorat St. Johannis
Pflegedienst Buchfink
Solidarische Hilfe
Strafvollzugsamt, Kriseninterventionsteam
Strafvollzugsamt, Referent der Psychologischen Betreuung
Telefonseelsorge
Universität Hamburg, Zentrum für Studien- und Psychologische Beratung
Verwaiste Eltern e.V.
Zufühdienst, Verbraucherschutzamt
Klinikum Barmbek, psychiatrischer Konsildienst
Klinikum Harburg, Klinik für Psychiatrie, Station 162a
Westklinikum Rissen, Klinik für Psychiatrie, Station 23
Berufsgenossenschaftliches Unfall-Krankenhaus
Bethesda Klinikum Bergedorf, Klinik für Psychiatrie
Klinikum Nord Ochsenzoll, QZSP, Qualitätszirkel Suizidprävention
UKE, Kinder- und Jugendpsychiatrie
UKE, Klinik für Psychiatrie, Station I
UKE, Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle
UKE, Therapiezentrum für Suizidgefährdete
UKE, Unfallchirurgische Aufnahme
UKE, Zentraler Aufnahmedienst

2.2 Organisatorische Vorbereitung

Der Kontakt zu den zu befragenden Einrichtungen wurde telefonisch durch Mitarbeiter des TZS hergestellt. Das Projekt wurde vorgestellt, der Ablauf und der geschätzte Zeitaufwand des Interviews (circa 30 Minuten), wurden mitgeteilt. Haben sich die entsprechenden Einrichtungen dazu bereit erklärt, am Interview teilzunehmen, wurde direkt ein Termin vereinbart oder die Terminabsprache wurde nach erneutem Anruf durch den Interviewer selbst durchgeführt.

Bei Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung traten verschiedene Probleme auf: Einrichtungen oder Einzelpersonen waren auch nach wiederholten Versuchen telefonisch nicht erreichbar; Termine wurden abgesagt oder nicht eingehalten, Versuche sich erneut zu verabreden scheiterten mehrmals oder es mangelte an der Bereitschaft am Projekt teilzunehmen. Dadurch mussten Einrichtungen, die ursprünglich befragt werden sollten, durch andere ersetzt werden. Besonders häufig fand sich diese Problematik bei der Kontaktaufnahme zu Personen der klinischen Einrichtungen. Besonders groß hingegen war die Bereitschaft zur Teilnahme am Projekt von Seiten der nichtklinischen Institutionen. Um den immer wieder entstehenden Zeitverzögerungen entgegen zu wirken und um die Untersuchung möglichst zeitnah abschließen zu können, wurde die Interviewzahl von 50 auf 40 reduziert. Außerdem hat sich im Verlauf der Interviewführung mit den klinischen Einrichtungen eine Sättigung an Informationen, das heißt eine Homogenität der Angaben, die erfasst werden konnten, eingestellt. Neue Erkenntnisse konnten aus dieser Gruppe kaum mehr gewonnen werden, so dass das Zahlenverhältnis immer mehr zugunsten der nichtklinischen Einrichtungen verschoben wurde. Schließlich wurden 28 nichtklinische und 12 klinische Einrichtungen befragt.

2.3. Durchführung des Interviews

Vor der Durchführung des Gesprächs hat sich der Interviewer über das allgemeine Tätigkeitsfeld der entsprechenden Einrichtung informiert. Das Interview fand mit nur einer Ausnahme in den Einrichtungen selbst statt. Nach Begrüßung und Vorstellung wurde das Anliegen nochmals erläutert, erklärt warum der Befragte ausgewählt wurde und Anonymität der Angaben zugesichert.

Zu Beginn wurden Angaben zur Sozialstatistik (Geschlecht, Bildungsstand, Beruf, etc.) erfasst (siehe Anhang). Soweit möglich, wurde sich während des Interviewablaufs am Leitfaden orientiert. Es fand eine vollständige schriftliche Dokumentation der Angaben

statt. Nach Beendigung des Interviews wurden die erhobenen Daten möglichst zeitnah in den Computer eingegeben, um einige sehr kurz gefasste Notizen so auszuformulieren, dass sie auch noch nach längerer Zeit verstanden werden können. Außerdem war dies eine gute Gelegenheit Daten zu vervollständigen und eigene Eindrücke des Interviewers hinzuzufügen.

2.4. Qualitative Auswertung

Aus 40 halbstrukturierten Interviews ergibt sich sehr viel Text (handschriftlich 211 Seiten), der so aufgearbeitet werden muss, dass möglichst viele Aussagen und Informationen erhalten bleiben. Hierzu bietet sich an, nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse, der „Grounded Theory“ (Strauss und Corbin 1996), zu verfahren.

Es wird ein Kategoriensystem angewendet, in dem die „Kategorien“ als Variablen bzw. Variablenausprägungen fungieren und induktiv aus dem Material gewonnen werden. Für Kategorien, die sehr häufig vorkommen, können Subkategorien gebildet werden. Diesen werden passende Textteile zugeordnet, was als Kodierung bezeichnet wird. Wichtig dabei ist, das vorliegende Material diszipliniert Zeile für Zeile zu bearbeiten und Kategorien und Subkategorien fein miteinander zu vernetzen. Ziel der Analyse ist es, Theorien (Konstrukte) zu erarbeiten, um schließlich aus dem Text eine Schlüssel- bzw. Kernkategorie identifizieren zu können. Diese Identifikation der Konstrukte wird in mehreren Kodierphasen vorgenommen, in denen der Text immer wieder sorgfältig durchgearbeitet wird. Die Indikatoren (Wörter, Satzteile oder Sätze) werden dabei immer weiter miteinander verknüpft. Mehrere untereinander verknüpfte Indikatoren spezifizieren ein Konstrukt. Je mehr Indikatoren man findet, die gemeinsam in dieselbe Richtung weisen bzw. auf dasselbe Konstrukt hindeuten, umso höher ist der Sättigungsgrad des Konstruktes für die sich entwickelnde Theorie. Mehrere ähnliche Konstrukte lassen schließlich das Hauptthema eines Textes (die Kernkategorie) erkennen.

Die einzelnen Auswertungsschritte auf dem Weg zur Kernkategorie werden am eigenen Beispiel dieser Untersuchung genauer dargestellt:

Der erste Auswertungsschritt besteht aus dem so genannten offenen Kodieren, welches bedeutet, den Indikatoren Konstrukte (abstraktere Ideen) zuzuweisen. Dazu wurden die erhobenen Aussagen (Indikatoren) zu den einzelnen Fragen, in Form von Stichpunkten, Einzelworten oder Sätzen, separat auf Karteikarten notiert. Die Bearbeitung wurde dadurch übersichtlicher, Verknüpfungen der Indikatoren waren flexibler zu gestalten und die

Option zu wiederholten Neuordnungen des Materials blieb erhalten, welche der Gefahr entgegenwirkt, sich an einzelnen Textstellen „festzubeißen“ (siehe Abb. 6).

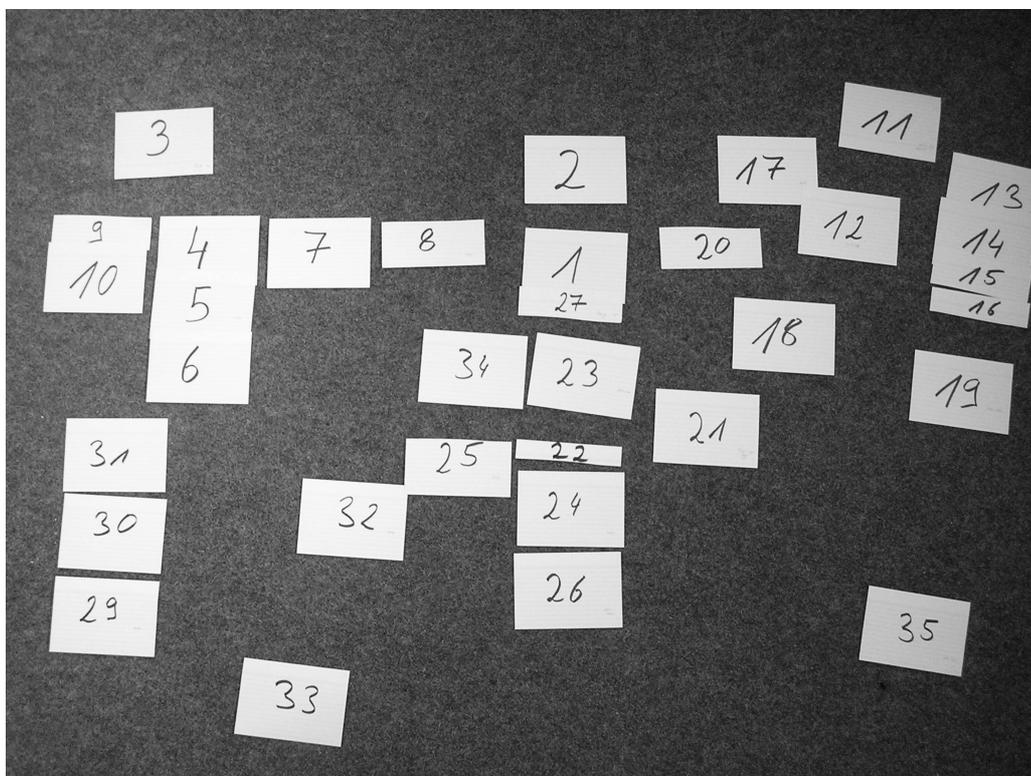


Abbildung 6: Fotodokumentation des Kategoriensystems. Jeder Zahl ist eine einzelne Aussage (Indikator) zugehörig und dient lediglich der besseren optischen Darstellbarkeit.

Entscheidend beim offenen Kodieren ist, dass das Zielkonstrukt nicht einfach durch einen Namen etikettiert, sondern genau definiert wird. Dazu gibt man an, welche Indikatoren zum Konstrukt gehören und ob sie Bedingung, Interaktion zwischen den Akteuren, Strategien und Taktiken oder Konsequenzen darstellen. Im Laufe des offenen Kodierens entstand eine Übersicht, die die Indikatoren, die aufgefundenen Konstrukte und deren Verknüpfungen als Gesamtwerk darstellt. Diese Übersicht ist umfangreicher als der Ausgangstext und wurde in weiteren Arbeitsschritten erneut durchgearbeitet. Der folgende Auswertungsschritt, in dem die Konstrukte immer enger miteinander verknüpft werden, wird als axiales Kodieren bezeichnet und so häufig wiederholt, bis die Kernkategorien bzw. Kernaussagen des Textes erfasst sind (Strauss und Corbin 1996).

Die entstandenen Übersichten wurden zwischen den einzelnen Arbeitsschritten mit Mitarbeitern des TZS diskutiert.

Nicht alle Fragen haben zu so umfangreichem Datenmaterial geführt, dass sie durch eine qualitative Analyse ausgewertet werden müssen. In solch einem Fall wurden die Ergebnisse in Form einer Kurzbeschreibung dargestellt. Um die erfassten Daten genau darstellen und beschreiben zu können, wird in der Ergebnisauswertung stichpunktartig die Sprache der Interviewten verwendet und wiedergegeben.

3 Ergebnisse

Da die befragten Einrichtungen strukturell sehr verschieden sind, soll zu Beginn der Ergebnisdarstellung kurz die Anwendung verschiedener Begriffe erläutert werden. Wie im Abschnitt „Material und Methoden“ bereits erwähnt, werden deren „Besucher“ auch unterschiedlich durch die Mitarbeiter der Einrichtungen bezeichnet. Die am häufigsten verwendeten Bezeichnungen sind Klienten, Patienten oder Betroffene. Im folgenden Auswertungsteil werden diese als gleichwertig angesehen und ebenso verwendet.

Außerdem sei noch einmal auf die Einteilung in Gruppen verwiesen:

Station – Notaufnahme/Ambulanz – Beratungsstelle – Behörde.

3.1 Angaben zur Inanspruchnahme der befragten Einrichtung durch suizidale Klienten/Patienten

Der erste Teil des Interviews bestand aus der Erhebung verschiedener Zahlenangaben. Erfragt wurde, wie viele Gespräche allgemein im Monat geführt werden und bei wie vielen davon Suizidalität ein Thema ist. Bei den nichtklinischen Einrichtungen reicht die Spanne von keinem Gespräch pro Monat bis 1750 Gespräche. Einen Durchschnittswert daraus zu errechnen ist in diesem Fall nicht sinnvoll, da sich die Einzelwerte im angegebenen Rahmen verteilen und weil bei einzelnen Einrichtungen nicht die Zahl der Einzelgespräche pro Monat erfasst wird, sondern die Anzahl der Patienten, die zum gegebenen Zeitpunkt in Behandlung sind. Andere Einrichtungen, z. B. Behörden, haben gar keinen Patienten-/Klientenkontakt. Ein Mittelwert ließ sich jedoch aus den Angaben zur Frage, wie hoch der Anteil der Gespräche mit Suizidalität pro Monat sei, ermitteln und wurde mit 27 % bei einer Spanne von

0–100 %, berechnet. Zur Konkretisierung wurde die Anzahl der Gespräche mit Suizidalität als Inhalt erfragt, die im Vormonat des Interviewzeitpunktes, stattgefunden haben. Hier lag der Durchschnittswert bei 25 %, ebenso bei einer Spanne der Angaben von 0-100 %. Der jeweilige Wert wurde von 74 % der Befragten als typisch benannt.

Die klinischen Einrichtungen wurden für die Auswertung dieser Angaben unterteilt in stationär/nicht-stationär. Der Teil „nicht- stationär“ umfasst die befragten Notaufnahmen und Ambulanzen. Es wurde die Patientenanzahl erfasst, die täglich gesehen wird.

Durchschnittlich lag diese bei 25 Patienten, die Spanne reicht hier von 1–45 Patienten. Im Teil „stationär“ wurde die Anzahl der Betten für die jeweilige Station erfragt und wie viele davon zum Zeitpunkt der Befragung belegt waren. Auch hier ist die Ermittlung eines

Durchschnittswertes nicht sinnvoll, die Spanne reichte von 16 bis 24 (+3 Überbelegung) Betten. Die Stationen waren zum Erhebungszeitpunkt alle voll- oder überbelegt. Die erfassten Angaben waren laut 75 % der Befragten aus den klinischen Einrichtungen mit dem vorangegangenen Quartal des Befragungszeitraumes vergleichbar. Zum Erhebungszeitraum hatten die klinischen Einrichtungen (stationär und nicht-stationär zusammen) durchschnittlich 34 % suizidale Patienten in Behandlung. Im Einzelnen lagen die Angaben auch hier zwischen 1 und 100 %. In diesem Fall bestätigten jedoch nur 55 % der Befragten den jeweiligen Wert als typisch, 36 % bezeichneten diesen als Abweichung. Alle Einrichtungen wurden befragt, wie sich Suizidalität als Gesprächsinhalt im Verlauf der vergangenen 3-5 Jahre entwickelt hat. Findet sich das Thema in den Gesprächen häufiger, seltener oder war es stets annähernd gleich.

62,5 % der Befragten gaben an, dass es keine Veränderung gab, 22,5 % benennen eine Zunahme von Suizidalität als Gesprächsinhalt und 2,5 % berichteten eher von einer Abnahme. 10 % der Befragten machten keine Angabe zur Frage (siehe Abb. 7).

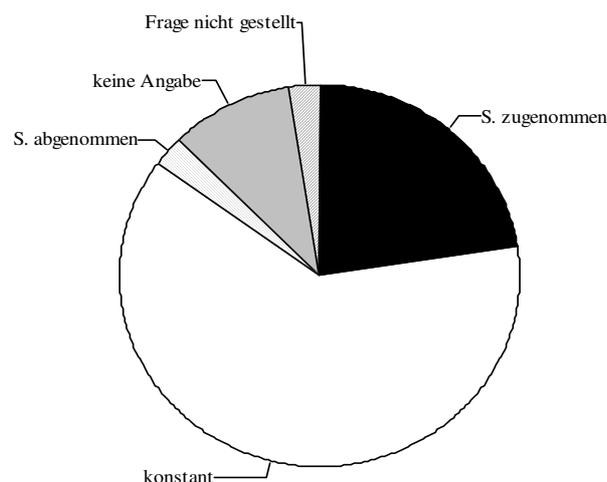


Abbildung 7: Verlauf der Suizidalität in den letzten 3-5 Jahren

Bei den Angaben „Suizidalität hat zugenommen/abgenommen“, wurde nach möglichen Erklärungsansätzen, aus den eigenen Erfahrungen heraus, gefragt. Am häufigsten wurde beschrieben, dass der Umgang mit Suizidalität in der Gesellschaft offener geworden sei, und dass „Hilfe annehmen“ besser akzeptiert wird. Institutionen werden dadurch häufiger mit dem Thema konfrontiert, so dass es sich nur um eine Zunahme der Fallzahlen der jeweiligen Einrichtung handelt und nicht um eine generelle Zunahme innerhalb der Gesellschaft. Außerdem wurde auf die zunehmenden sozialen Schwierigkeiten, bezogen

auf Beruf, finanzielle Situation, Wohnsituation, die zunehmende Vereinsamung und die familiären Konflikte, als mögliche Erklärung, hingewiesen.

Die nichtklinischen Einrichtungen wurden befragt, ob sie im letzten halben Jahr Personen nach einem Suizidversuch gesehen haben, wie viele und ob ihnen diese Personen vor dem Suizidversuch bekannt waren. Bei 57 % der Befragten war dies der Fall, davon waren 21 % der Personen bereits vor dem Suizidversuch bekannt. 32 % der Befragten hatten im letzten halben Jahr vor dem Interviewzeitpunkt keine Person nach Suizidversuch gesehen. Durchschnittlich wurden im letzten halben Jahr 2,4 Personen, die einen Suizidversuch begangen haben, in den entsprechenden Einrichtungen gesehen. Wobei die tatsächliche Anzahl eher höher liegt, da Angaben wie „mehrere“, „viele“ oder „häufiger“ nicht in die Berechnung miteinbezogen werden konnten.

Bei den klinischen Einrichtungen wurde wieder in stationär und nicht-stationär (Notaufnahmen/Ambulanzen) unterteilt. Die Mitarbeiter der nicht-stationären Einrichtungen wurden befragt, ob sie in der Woche vor dem Interview Personen nach einem Suizidversuch gesehen haben und wie viele. Bei 33 % der Befragten war dies mit durchschnittlich 1 Person der Fall, 50 % verneinten die Frage.

Bei den Mitarbeitern aus dem stationären Bereich wurde erfragt, ob sie Personen nach einem Suizidversuch zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf Station hatten und wie viele. Dies war bei 83 % der Befragten mit durchschnittlich 2,8 Personen der Fall. 17 % verneinten die Frage.

Alle klinischen Einrichtungen wurden befragt, ob die Erstversorgung der Personen nach Suizidversuch durch sie geleistet wurde. In 25 % der Fälle war dies so, in 58 % der Fälle kamen die Patienten nach der Erstversorgung zur weiteren Betreuung.

Zum Thema Kommunikation zwischen verschiedenen Institutionen, wurden alle klinischen und nichtklinischen Einrichtungen befragt, ob sie von einer dritten Person erfahren haben, dass sich schon einmal einer ihrer Klienten/Patienten suizidiert hat oder einen Suizidversuch begangen hat. Positive Auskunft gaben 50 % der Befragten. Die Rückmeldungen bekamen sie hauptsächlich von Familienangehörigen oder Freunden, nur gelegentlich von anderen Einrichtungen, Ärzten oder Behörden.

Auf die Frage, von wem suizidale Personen in Institutionen geschickt werden, wenn sie nicht von selbst kommen, wurden der Freundes- und Familienkreis sowie behandelnde Ärzte am häufigsten genannt.

Die Interviewdauer wurde für jedes einzelne Gespräch erfasst und getrennt nach klinischen und nichtklinischen Einrichtungen betrachtet.

Die durchschnittliche Interviewdauer betrug für die nichtklinischen Einrichtungen 56 Minuten, für die klinischen Einrichtungen 41 Minuten.

3.2 Diagnostisches Vorgehen

3.2.1 Hinweise auf dem Weg zur Diagnosestellung

Auf die Frage, wann bzw. wodurch die Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen auf den Gedanken kommen, dass jemand suizidgefährdet ist, zeigten sich sehr unterschiedliche Handlungsweisen und es konnten folgende Kategorien erarbeitet werden:

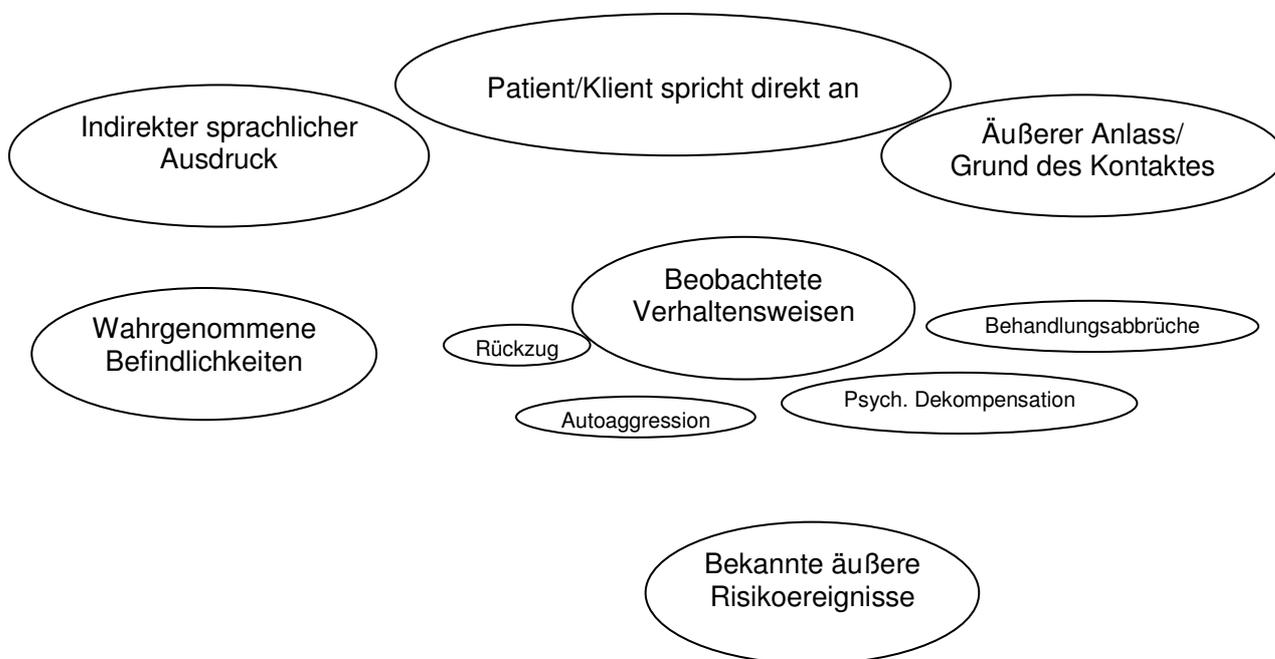


Abbildung 8: Kategorien zu Frage 4; Wann kommen Sie auf den Gedanken, dass jemand suizidgefährdet ist? (siehe Fragebogen im Anhang)

Es wurden verschiedene Möglichkeiten beschrieben, wie sich Suizidalität äußert. Dies geschieht durch die Klienten selbst als direkte oder indirekte sprachliche Äußerungen oder bestimmte Verhaltensweisen, die beobachtet werden und auf eine mögliche Suizidalität hinweisen können. Von Seiten der Betreuer ist es das Wissen um Risikofaktoren bzw. Risikoereignisse oder das „Gefühl“, das während eines Gesprächs mit Klienten entsteht.

Ein anderer Ausgangspunkt ist, wenn der Kontakt zwischen Betreuer und Klient aufgrund bereits bestehender Suizidalität entsteht.

Direkte Äußerungen, die durch Klienten gemacht werden und die von allen befragten Gruppen beschrieben wurden, sind Aussagen wie: „ich will nicht mehr“, „ich weiß nicht mehr wofür ich leben soll“, „das Leben hat keinen Sinn mehr“ u. a.. Typisch sind Sätze mit dem Aufbau „wenn....dann....“ (z. B. „wenn sich jetzt nichts ändert, möchte ich mich am liebsten umbringen“), die in den verschiedensten Varianten genannt wurden und eine starke Sehnsucht nach dem Lebensende ausdrücken. Von Seiten der Beratungsstellen wie auch im stationären Bereich wurde beschrieben, dass sich das Thema Suizidalität erst herausstellt, wenn sich nach mehreren Gesprächen eine Vertrauensbasis zwischen Betreuer und Klient/Patient entwickelt hat.

Von den Mitarbeitern der Beratungsstellen wurde außerdem bemerkt, dass sich latent suizidale Menschen spontan selbst mitteilen, wenn die eigene Suizidalität umschlägt und akut wird.

Indirekte sprachliche Äußerungen führen dazu, dass sich ein Verdacht/Gefühl beim Betreuer einstellt, welches auf eine mögliche Suizidalität beim Klienten hinweist. Von diesen wird die Welt nur noch als „schwarz oder weiß“ beschrieben. Jeder lösungsorientierte Ansatz zur Problembearbeitung schlägt fehl.

Häufige, durch die Betreuer aller befragten Gruppen wahrgenommene Befindlichkeiten, wurden mit den Worten „Mutlosigkeit“, „Verzweiflung/Verletzung“, „Traurigkeit“, „Perspektivlosigkeit“ und „Gleichgültigkeit“ verbalisiert.

Die beobachteten Verhaltensweisen, die auf eine mögliche Suizidalität hinweisen, konnten in vier Subkategorien zusammengefasst werden: 1) Rückzug; die betroffenen Personen sind sehr „In- sich- gekehrt“ und „ruhig“ bis hin zu Isolation, was sowohl von Seiten der Beratungsstellen wie auch der Stationen beschrieben wurde. Mitarbeiter der Beratungsstellen machten außerdem Angaben zu den folgenden Punkten: 2) Autoaggression; ausgeführt durch selbstschädigendes Verhalten wie Essensverweigerung, Verweigerung von Flüssigkeitsaufnahme, Alkohol- und Tablettenmissbrauch, Aggressionen gegen sich selbst sowie vorangegangene Suizidversuche. 3) Psychische Dekompensation; welche sich äußerte durch Zeichen der Überforderung, Erschöpfung und Überlastung (Burn- out), psychische Zusammenbrüche und heftige unkontrollierte Affekte sowie 4) Behandlungsabbrüche; eine vor kurzem abgebrochene Psychotherapie, die ebenso auf Suizidalität hinweist.

Um auf Suizidalität aufmerksam zu werden, ist es notwendig, Kenntnisse über äußere Risikoereignisse zu besitzen. Von den Mitarbeitern der Beratungsstellen wurden die folgenden, in der Literatur bekannten, bestätigt. Genannt wurden die Risikofaktoren „KlientIn in Krise“ durch akute Anlässe wie Trennung, Insolvenz, Prüfungsversagen, im Speziellen bei Frauen aufgrund einer Vergewaltigung, bei Abschiebung und Rückkehrern, die eigene Todessehnsucht bei Verwandten von Suizidenten sowie psychisch kranken Menschen (z.B. bei Depression). Vervollständigt wird dies durch Angaben von Ärzten aus Notaufnahme/Ambulanz: v. a. alte Menschen seien ohne Lebensmut; alle Opfer von Gewalterfahrungen haben ein stark erschüttertes Weltbild.

Suizidalität als äußerer Anlaß bzw. Grund der Kontaktaufnahme wurde vor allem von Mitarbeitern aus Notaufnahme/Ambulanz und dem stationären Bereich beschrieben. Dies ergibt sich aus dem Arbeitsfeld heraus, wenn ein Patient mit Einweisungsdiagnose Suizidalität oder nach offensichtlichem Suizidversuch (z.B. Einnahme von Schlafmitteln) zur Aufnahme kommt. Ähnlich hierzu ist auch eine Angabe behördlicherseits in dem Fall, wenn als Krisenhilfe oder zum Transport, zum Suizidenten gerufen wird.

3.2.2 Ansprechen von Suizidalität

Allen Einrichtungen wurden Fragen danach gestellt, wer Suizidalität anspricht, die Betreuer oder die Betroffenen und von wem dies häufiger getan wird.

77,5 % der Befragten gaben an, dass Suizidalität sowohl von den Betroffenen als auch von den Betreuern angesprochen wird. Nur 7,5 % sagten aus, dass dies ausschließlich durch die Betroffenen geschieht. Laut der Angaben von 50 % der Befragten, wird Suizidalität häufiger durch die Betroffenen selbst angesprochen. 27,5 % der Interviewten sagten aus, dass die Betreuer das Thema Suizidalität häufiger ansprechen (siehe Abb. 9).

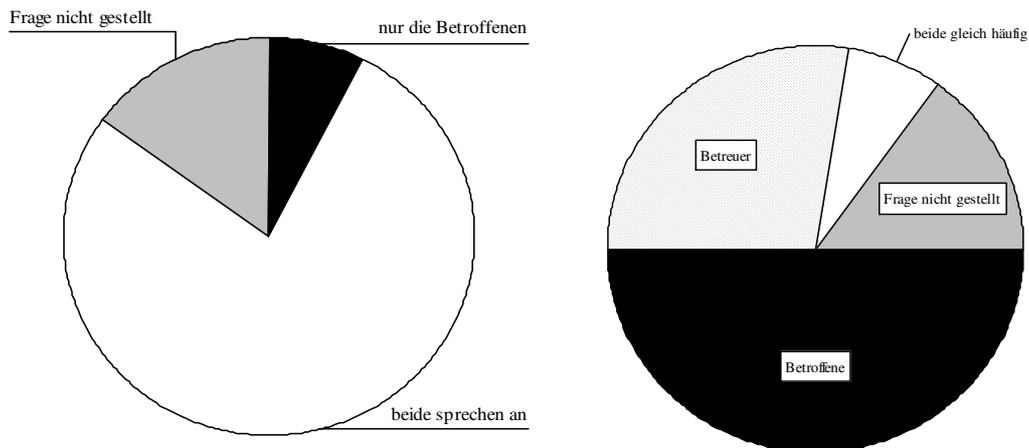


Abbildung 9: Grafiken zur Frage wer Suizidalität anspricht (linke Abb.) und von wem dies häufiger getan wird (rechte Abb.); Fragen 5 und 6 (siehe Fragebogen im Anhang)

Betrachtet man bei der Frage, wer Suizidalität häufiger anspricht, die klinischen oder die nichtklinischen Einrichtungen, so ergibt sich folgendes Ergebnis: (siehe Abb. 10)

Die Mitarbeiter der klinischen Einrichtungen sind zu 50 % der Meinung, sie selbst sprechen Suizidalität häufiger an und 33 % sagten aus, dass die Betroffenen selbst das Thema häufiger ansprechen.

Die Mitarbeiter der nichtklinischen Einrichtungen hingegen sagen mit 57 % Häufigkeit aus, dass das Thema Suizidalität häufiger von den Betroffenen selbst angesprochen wird und nur zu 18 % von ihnen selbst.

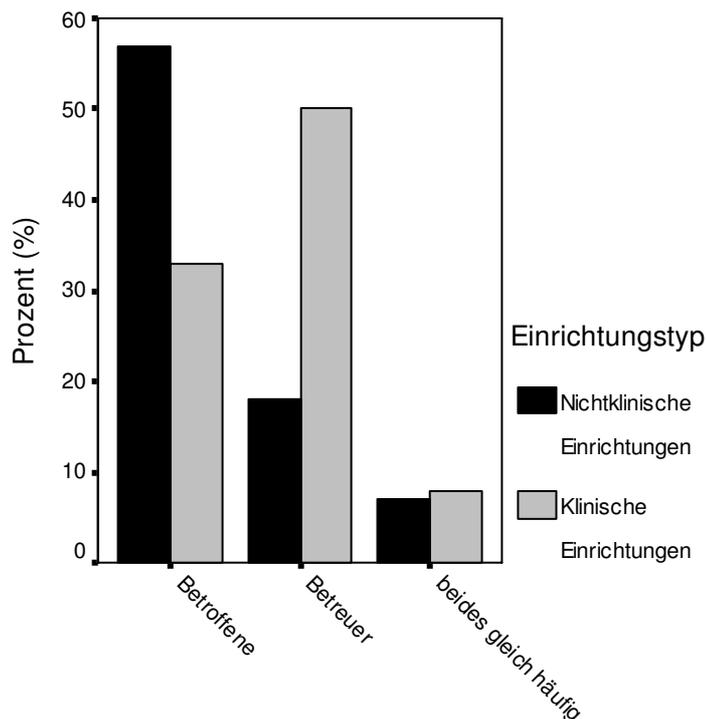


Abbildung 10: Wer spricht Suizidalität häufiger an; im Vergleich zwischen klinischen und nichtklinischen Einrichtungen

3.2.3 Schwierigkeiten im Gespräch über Suizidalität

Die verschiedenen Einrichtungen wurden befragt, ob es einen Unterschied gibt, wenn das Thema Suizidalität angesprochen wird. Gibt es Patienten/ Klienten, bei denen es schwerer oder leichter fällt, Suizidalität anzusprechen.

58 % der Befragten sagten aus, dass die Ansprache von Suizidalität bzw. Gespräche über Suizidalität immer unterschiedlich verlaufen. Nur 7,5 % empfinden keinen Unterschied.

Der hohe Anteil „Frage nicht gestellt“ (35 %) entsteht bei dieser Frage dadurch, dass einzelne Einrichtungen keinen direkten Patientenkontakt haben und die Frage sich dadurch erübrigt (siehe Abb. 11).

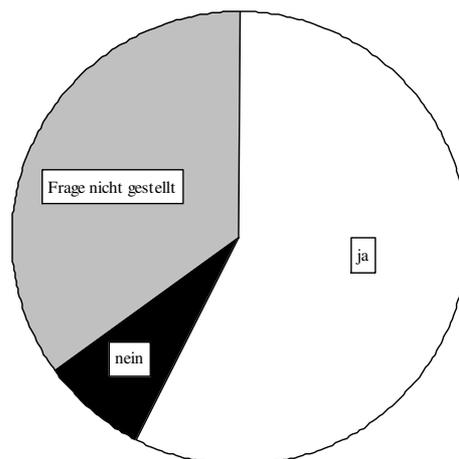


Abbildung 11: zu Frage 9 (siehe Fragebogen im Anhang); ist die Ansprache von Suizidalität unterschiedlich schwierig

Im folgenden Abschnitt wird, bezogen auf die vorangegangene Frage, erläutert, warum und in welchem Fall es schwieriger oder leichter ist, über Suizidalität zu sprechen bzw. wann es keinen Unterschied macht.

Die überwiegende Anzahl der Befragten gab an, dass die Gespräche über Suizidalität sehr unterschiedlich verlaufen. In allen befragten Gruppen wurde gesagt, dass die Betroffenen unterschiedlich aufgeschlossen mit dem Thema Suizidalität umgehen und es ergaben sich verschiedene Abhängigkeitsbeziehungen: Es sei davon abhängig, ob Vertrauen in einer (therapeutischen) Beziehung bestehe und wie die Betroffenen die eigene Suizidalität akzeptieren können. Sind diese Punkte positiv zu bewerten, fällt die Gesprächsführung leichter. Von Mitarbeitern aus dem stationären Bereich wie aus den Beratungsstellen wurde in diesem Zusammenhang gesagt, dass die Dynamik bzw. Sensibilität der Klienten sehr unterschiedlich sei. Manche Menschen verspüren einen starken Druck, das Thema anzusprechen, andere hingegen seien sehr zurückhaltend, äußern sich kaum, „ließen niemanden an sich heran“ und lassen es nur „aus sich herauskitzeln“. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich bei Menschen, die das Thema Suizidalität tabuisieren, weil sie sich selbst beschämt fühlen.

Ein weiteres Abhängigkeitsverhältnis wird ausschließlich von Ärzten der Stationen beschrieben: Laut ihren Angaben ist der Umgang mit Suizidalität abhängig vom Krankheitsbild. Schwierigkeiten gibt es vor allem bei Patienten mit Psychosen und der Persönlichkeitsstörung vom Borderline- Typ. Manche Patienten drohen/agieren mit Suizidalität. Patienten mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte sowie bei psychiatrischen

Konsilen, reagieren erst einmal abwehrend. Sie seien oft irritiert, wie „offen“ Ärzte über Suizidalität sprechen. Erleichternd sei es, wenn konkrete Gründe für die Suizidalität vorhanden sind, z. B. Schmerzen. Als weitere erleichternde Komponenten wurden die Persönlichkeitsstörungen erwähnt sowie das Gespräch mit älteren Menschen. Dieser Punkt wurde auch von Ärzten aus den Bereichen Notaufnahme/Ambulanz beschrieben. Ergänzend dazu wurde gesagt, dass es merklich schwerer fällt, mit jungen Menschen über Suizidalität zu sprechen.

Die Mitarbeiter der Beratungsstellen empfinden es als erleichternd, wenn das Problem offensichtlich bestehe bzw. der/die Betroffene von selbst das Thema anspricht oder bereits eine Vertrauensbasis zwischen KlientIn und Betreuer besteht. Frauen und Therapieerfahrene seien eher bereit über Suizidalität zu reden. Als Schwierigkeit wird auch hier das Gespräch mit Jugendlichen angegeben, sie seien schwer einzuschätzen. Bezogen auf die Angehörigenbetreuung wurde geäußert, dass sich diese, nachdem ein Suizid in ihrer persönlichen Umgebung vollzogen wurde, sehr unterschiedlich verhalten. Die verschiedenen Gefühle und Verhaltensweisen der Angehörigen nach dem Ereignis erschweren deren eigene Betreuung, was als Problem empfunden wird.

3.3 Beurteilung der eigenen Kompetenz und Angaben zu Aus- und Weiterbildung

3.3.1 Persönliche Grenzen der Betreuung

Aus den Antworten auf die Fragen hin, wo die befragten Mitarbeiter der verschiedenen Gruppen persönliche Grenzen in der Betreuung suizidaler Menschen sehen, konnten die vier folgenden Kategorien erarbeitet werden. Auffällig ist, dass die meisten und vielfältigsten Aussagen von den Mitarbeitern der Beratungsstellen gemacht wurden.

1) Akuität Patient/Klient

Die Aussagen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden, beziehen sich alle auf Umstände, die auf ein Akutwerden der Suizidalität hinweisen. So berichten die Mitarbeiter der Beratungsstellen von ihren Grenzen der Betreuung, wenn sich Suizidalität im Gespräch zum überwertigen Thema entwickelt, Klienten zu fordernd werden, unzuverlässig sind, unregelmäßig Kontakt halten, im Gespräch unzulänglich werden und sehr verschlossen sind. Außerdem wird es als Problem empfunden, wenn die Vorstellungen vom Suizid konkret werden oder andere Klienten/Patienten durch den Betroffenen „mitgezogen werden“.

Von den Befragten der Beratungsstellen, Notaufnahmen/Ambulanzen und Stationen gleichermaßen wurde vom Erreichen persönlicher Grenzen berichtet, wenn sie von Patienten/Klienten aufgesucht werden, die sich in einem völlig desolaten Zustand befinden, diese in eine psychische Erkrankung (Psychose, Depression) abgleiten oder „die Situation eskaliert“ und die Patienten/Klienten nicht mehr „haltbar“ scheinen.

2) Reaktion/Therapieversuch/Ohnmacht/Hilflosigkeit

In dieser Kategorie wird von Seiten der Beratungsstellen berichtet, dass die Betreuungsgrenzen erreicht seien, wenn das „Tabu Suizidalität“ beim Klienten nicht „gebrochen“ werden kann, sämtliche Hilfeversuche nicht greifen und eine Zwangseinweisung notwendig wird. Ärzte in Notaufnahme/Ambulanz berichteten von ihrer Hilflosigkeit, wenn die Patienten nicht allein sein wollen aber ebenso nicht bereit sind, sich in stationäre Betreuung zu begeben. Die im stationären Bereich tätigen Ärzte sehen ihre Grenze erreicht, wenn psychotherapeutische und medikamentöse Betreuung nicht greifen.

3) Kompetenz/Befindlichkeit des Betreuers

In dieser Kategorie wurde die eigene Belastbarkeit benannt. Wenn Klienten in der Betreuung so viel Kraft durch den Betreuer einfordern, dass dessen eigene Grenzen der Belastbarkeit erreicht werden. Außerdem wurde von Mitarbeitern der Beratungsstellen die eigene Unsicherheit in der Beratung und Betreuung von Klienten als limitierender Faktor für eine weiterführende Betreuung beschrieben. Die Ärzte aus dem stationären Bereich beschrieben für schwierige Fälle die fehlende eigene Professionalität und in Notaufnahme/Ambulanz fiel es schwer, die Ernsthaftigkeit der Suizidalität im Gespräch bzw. durch agieren der Patienten, einzuschätzen.

4) Äußere Umstände/Bedingungen

Von allen befragten Gruppen wurde berichtet, dass sich eine Grenze ergibt, wenn längerfristige Betreuung der Betroffenen notwendig wird. Diese entsteht durch zeitliche – wie auch Kapazitätsprobleme. Vor allem die Wochenendbetreuung ist laut Angaben der Betreuungseinrichtungen nicht zu leisten. Für die stationären Bereiche wird es problematisch, wenn bestimmte Maßnahmen zur Behandlung notwendig werden, wie Arbeits- oder intensive Gesprächstherapien, die vor Ort nicht geboten werden können.

3.3.2 Angaben zu Aus- und Weiterbildung

Die Einrichtungen wurden zu ihrem Aus- und Weiterbildungsstand, bezogen auf Suizidalität, befragt. Dieser Fragenkomplex enthält Informationen darüber, ob Suizidalität überhaupt Aus- oder Weiterbestandteil war, wenn ja, wie und in welchem Umfang und ob diese von den Befragten als ausreichend empfunden wurde oder mehr Aus- und Weiterbildung erwünscht war. Der Fragenkomplex befand sich im weiter fortgeschrittenen Teil des Interviews. Ein Teil der Fragen daraus wurde in einzelnen Interviews nicht gestellt, da die Dauer der Gespräche an dieser Stelle bereits weit fortgeschritten war und der Interviewer, nach Wichtigkeit der Fragen entscheiden musste, welche Fragen weiter gestellt werden und welche ausgelassen werden sollten. Dabei wurden die Fragen nach Defiziten und Verbesserungsvorschlägen in der Versorgung Suizidgefährdeter, die auf den Teil der Aus- und Weiterbildung folgen, als wesentlicher erachtet.



Abbildung 12: zu Frage 15 (siehe Fragebogen im Anhang); War der Umgang mit Suizidalität Bestandteil Ihrer Ausbildung/Weiterbildung?

Von mehr als der Hälfte der Befragten (52,5%) wurde die Frage danach, ob Suizidalität Bestandteil ihrer Aus- oder Weiterbildung gewesen sei, positiv beantwortet. Ein Viertel (25%) gab an, dass Suizidalität ausschließlich im Rahmen von Weiterbildungen Inhalt war und bei 12,5 % der Befragten war Suizidalität weder in der Aus- noch in der Weiterbildung als Bestandteil zu finden (siehe Abb.12).

Auf die Frage, ob dies als ausreichend empfunden wurde, ergab sich folgendes Ergebnis:

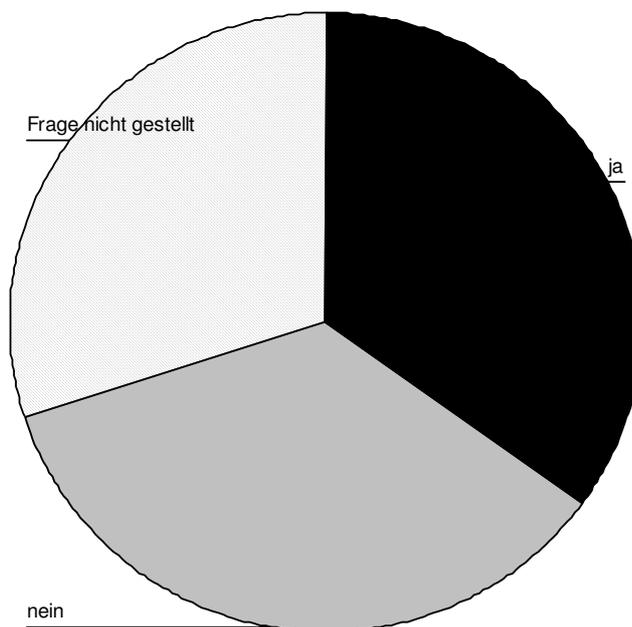
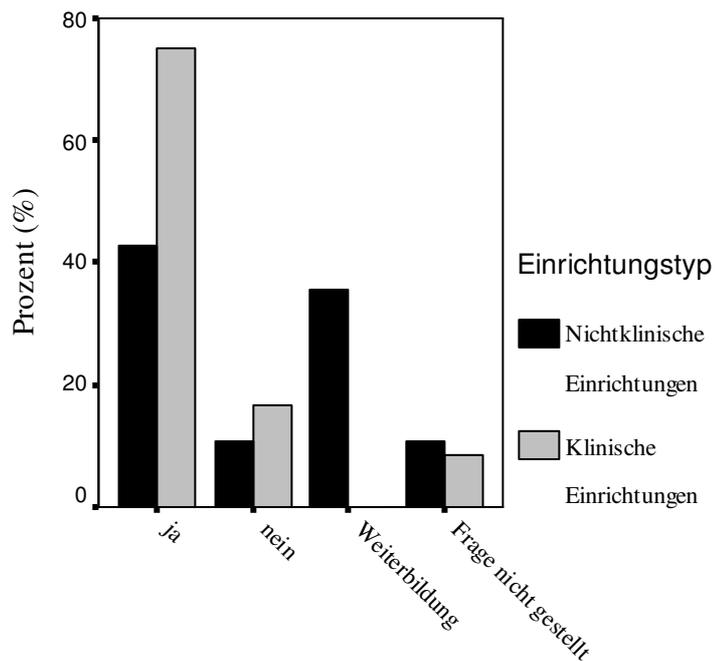


Abbildung 13: zu Frage 15.2 (siehe Fragebogen im Anhang); Wurde die Aus-/Weiterbildung als ausreichend empfunden?

Die Ergebnisse lassen sich in drei nahezu gleich große Mengen aufteilen (siehe Abb. 13). Je 35 % der Befragten gaben an, dass sie mit der Aus- oder Weiterbildung zufrieden seien, ebenso 35 % seien unzufrieden. Der große Bereich „Frage nicht gestellt“ (30 %) ergibt sich aus der bereits oben erwähnten Ursache, zudem folgte die Frage danach, ob mehr Aus- oder Weiterbildung erwünscht gewesen wäre. Dies ist sozusagen der Umkehrschluss des Vorangegangenen, so dass aufgrund des beschriebenen Zeitproblems nur das eine oder das andere erfragt wurde.

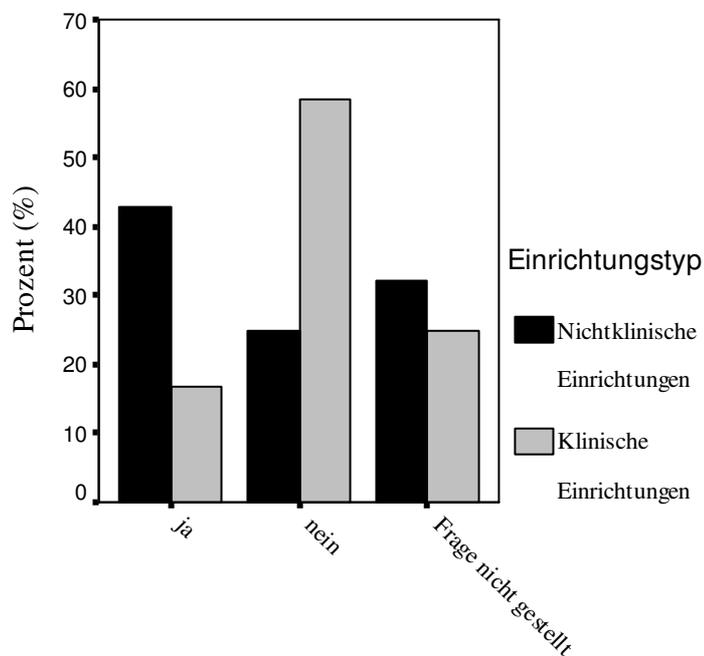
Mehr Aus- oder Weiterbildung gewünscht hätten sich 52,5 % der Befragten, nur 7,5 % wünschen sich dies nicht. Der Anteil „Frage nicht gestellt“ mit 40 %, stimmt etwa mit dem überein, der sich in der Frage nach der Zufriedenheit dargestellt hat.

Bisher wurden die Ergebnisse zusammengefasst für alle befragten Einrichtungen dargestellt. Im folgenden Teil soll die Frage nach Suizidalität als Aus- und Weiterbildungsbestandteil und danach, ob dies als ausreichend empfunden wurde, im Vergleich zwischen klinischen und nichtklinischen Einrichtungen, graphisch dargestellt werden.



Suizidalität als Aus-/Weiterbildungsbestandteil

Abbildung 14: Suizidalität als Aus-/Weiterbildungsbestandteil; im Vergleich zwischen klinischen und nichtklinischen Einrichtungen



Aus- und Weiterbildung ausreichend

Abbildung 15: Wurde die Aus-/Weiterbildung als ausreichend empfunden; im Vergleich zwischen klinischen und nichtklinischen Einrichtungen

75 % der befragten Mitarbeiter der klinischen Einrichtungen gaben an, dass Suizidalität Bestandteil ihrer Aus- und Weiterbildung war. Bei den Mitarbeitern der nichtklinischen Einrichtungen ist der Anteil mit 42 % deutlich geringer. Diese unterschieden jedoch die Bereiche Ausbildung und Weiterbildung, so dass ein weiterer Teil von 36 % hinzuzufügen ist, der angab, Suizidalität war ausschließlich Bestandteil ihrer Weiterbildung, nicht ihrer Ausbildung. Zusammengefügt ergibt dies 78 %, was mit den Angaben aus dem klinischen Bereich annähernd übereinstimmt. Auch der Anteil der Befragten, bei denen Suizidalität nicht Aus- oder Weiterbildungsbestandteil war, stimmt bei klinischen (17 %) und nichtklinischen (11%) Einrichtungen, in etwa überein (siehe Abb.14).

Die Frage, ob die Aus- und Weiterbildung ausreichend war, wurde von 58 % der Befragten aus dem klinischen Bereich verneint, 17 % gaben an, damit zufrieden zu sein. Ebenso von 58 % wurde geäußert, dass sie sich mehr Aus- und Weiterbildung in Suizidologie gewünscht hätten.

Die befragten Mitarbeiter der nichtklinischen Einrichtungen hingegen waren zu 42 % mit dem Umfang ihrer Aus- und Weiterbildung zufrieden, 25 % empfanden diese nicht als ausreichend. Die Frage, ob mehr Aus- oder Weiterbildung erwünscht gewesen wäre, wurde von 50 % der Mitarbeiter aus dem nichtklinischen Bereich bejaht (siehe Abb. 15).

Die Art der Aus- oder Weiterbildungen gestaltete sich nach Angaben aus allen befragten Bereichen sehr unterschiedlich, was sich durch die Verschiedenheit der einzelnen Berufsgruppen und ihren Ausbildungswegen ergibt. Bezogen auf die Ausbildung wurden häufiger die Facharzt-, Therapeuten- und Seelsorgerausbildung sowie die Ausbildung zur psychiatrischen Fachkrankenpflege genannt. Weiterbildungen wurden in Form von Wochenendseminaren oder im Rahmen der eigenen Einrichtung mit Fachkräften oder unter Kollegen organisiert. Häufig wurde die Weiterbildung als „Baustein langjähriger Ausbildung und Entwicklung“ und „learning by doing“ bezeichnet.

Dies findet sich bei den Vorstellungen, was genau im Rahmen von Aus- und Weiterbildung gewünscht wird, wieder: Weiterbildungsveranstaltungen begleitend zur individuellen Berufslaufbahn, die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität, Fallbesprechungen sowie die Forderung, jeder Arzt und Therapeut sollte über basales Wissen zur Suizidalität verfügen, sind die am häufigsten genannten Punkte.

Diesem Themenkomplex zugehörig ist noch die Frage danach, was für die Ausbildung des Nachwuchses vorgeschlagen werden kann. Mit dieser Frage wusste die Mehrheit der Befragten nicht umzugehen, es stellte sich immer wieder die Gegenfrage, was damit

gemeint sei und dass diese Frage durch die Aufzählung der eigenen Wünsche zu Aus- und Weiterbildung doch bereits beantwortet sei. In folgenden und schließlich der überwiegenden Anzahl der Interviews wurde sie nicht mehr gestellt.

3.4 Therapie- und Überweisungsverhalten

3.4.1 Vorgehen bei Suizidgefährdung

Am Beispiel der Frage 11, wie vorgegangen wird, wenn der Eindruck entsteht, dass eine Person suizidgefährdet sei, soll eine Möglichkeit der Ergebnispräsentation nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse, bildlich dargestellt werden.

In der ersten Abbildung sind die Kategorien als Übersicht zu sehen. Die Erläuterung zur Farbverteilung und deren Bedeutung, befindet sich direkt im Anschluss.

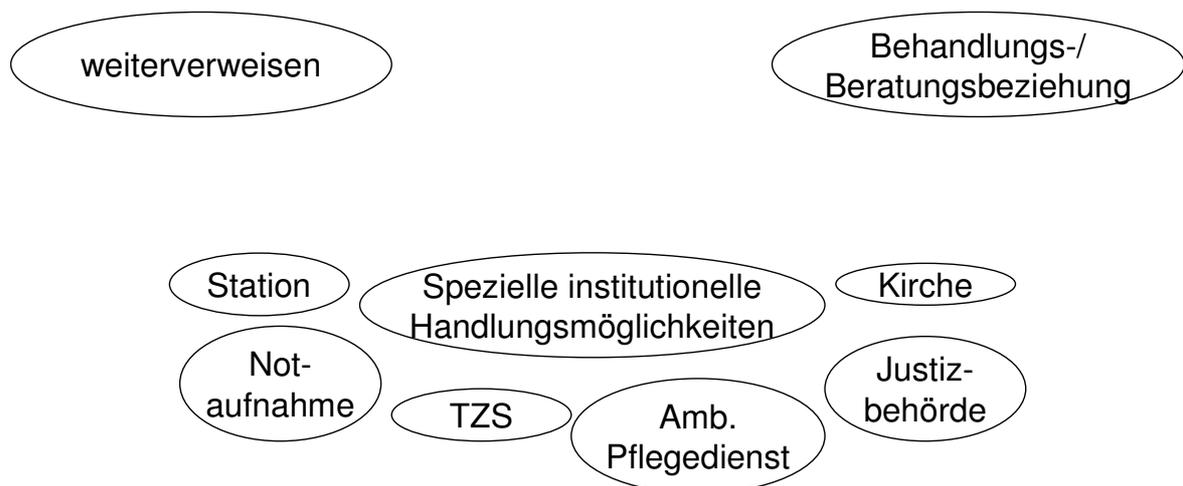


Abbildung 16: Kategorien zu Frage 11 (siehe Fragebogen im Anhang); Wie gehen Sie vor, wenn Sie den Eindruck haben, dass eine Person suizidgefährdet ist?

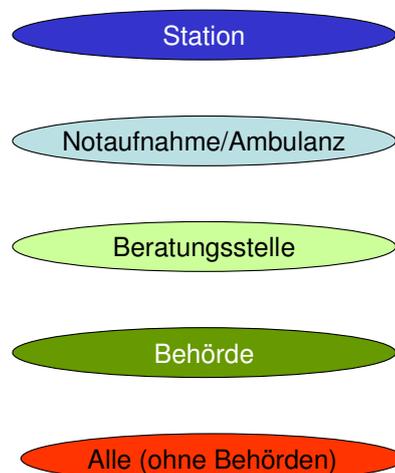


Abbildung 17: Farbliche Darstellung der befragten Einrichtungen

In den folgenden Abbildungen werden die Kategorien genauer erläutert und die ihnen zugeordneten Konstrukte und Indikatoren dargestellt:

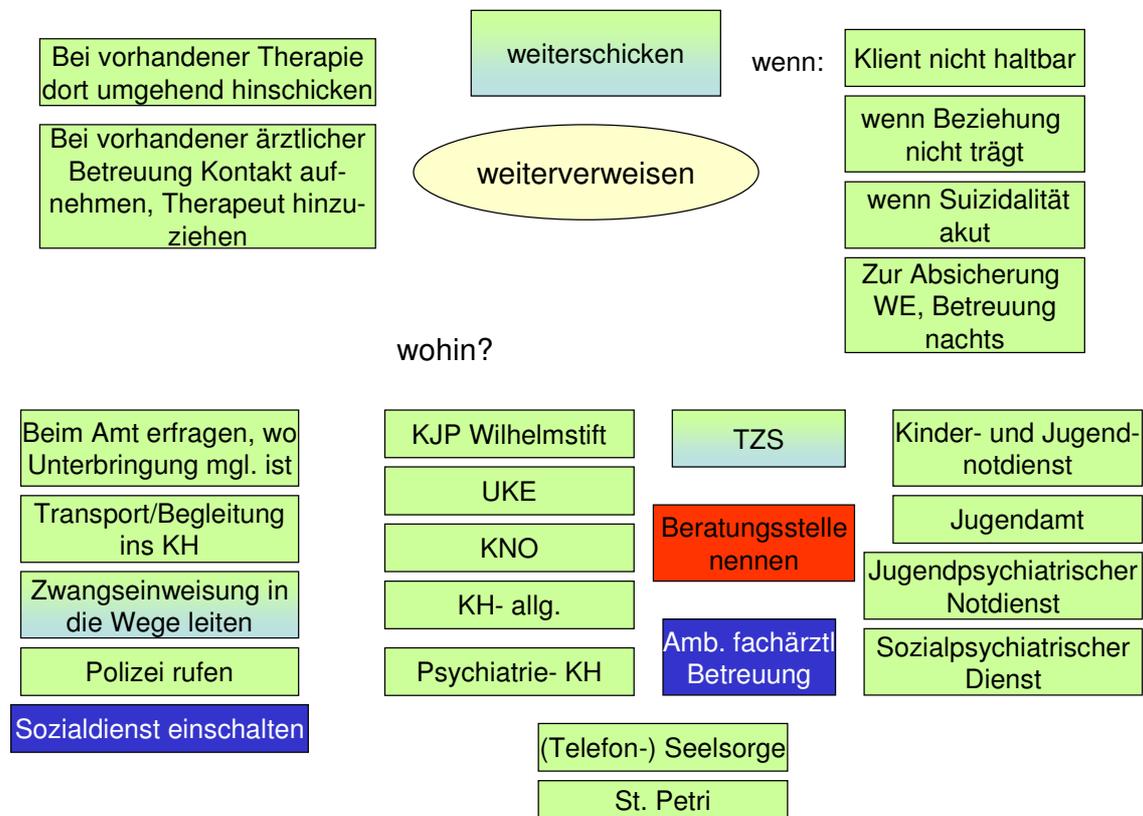


Abbildung 18: Kategorie „weiterverweisen“ zu Frage 11 (siehe Fragebogen im Anhang)

Station	Notaufnahme/Ambulanz	Beratungsstelle	Behörde	Alle (ohne Behörde)
---------	----------------------	-----------------	---------	---------------------

In der vorangehenden Abbildung 18 der Kategorie „weiterverweisen“ ist genau dargestellt, welche Gruppe der befragten Einrichtungen die suizidalen Personen weiterschickt, wann dies der Fall ist und wohin weiterverwiesen wird.

Allgemein „weiterschicken“ wurde sowohl von den Mitarbeitern der Beratungsstellen als auch von denen der Notaufnahmen/Ambulanzen genannt. Konkret sei dies der Fall, wenn die Klienten nicht mehr „haltbar“ seien, die „therapeutische Beziehung nicht trägt“, Suizidalität akut wird oder zur Absicherung der Betreuung nachts und am Wochenende. Die Ärzte der stationären Bereiche gaben an, den Sozialdienst einzuschalten oder in ambulante fachärztliche Betreuung weiterzuverweisen. Mitarbeiter aus allen Gruppen (außer den Behörden) gaben an, entsprechende Beratungsstellen zu benennen. Betroffene Personen werden im Falle der Notwendigkeit sowohl in Krankenhäuser wie auch zu

Behörden oder Notdienste geschickt. Wohin im Einzelnen überwiesen wird, kann der oben dargestellten Abbildung entnommen werden.

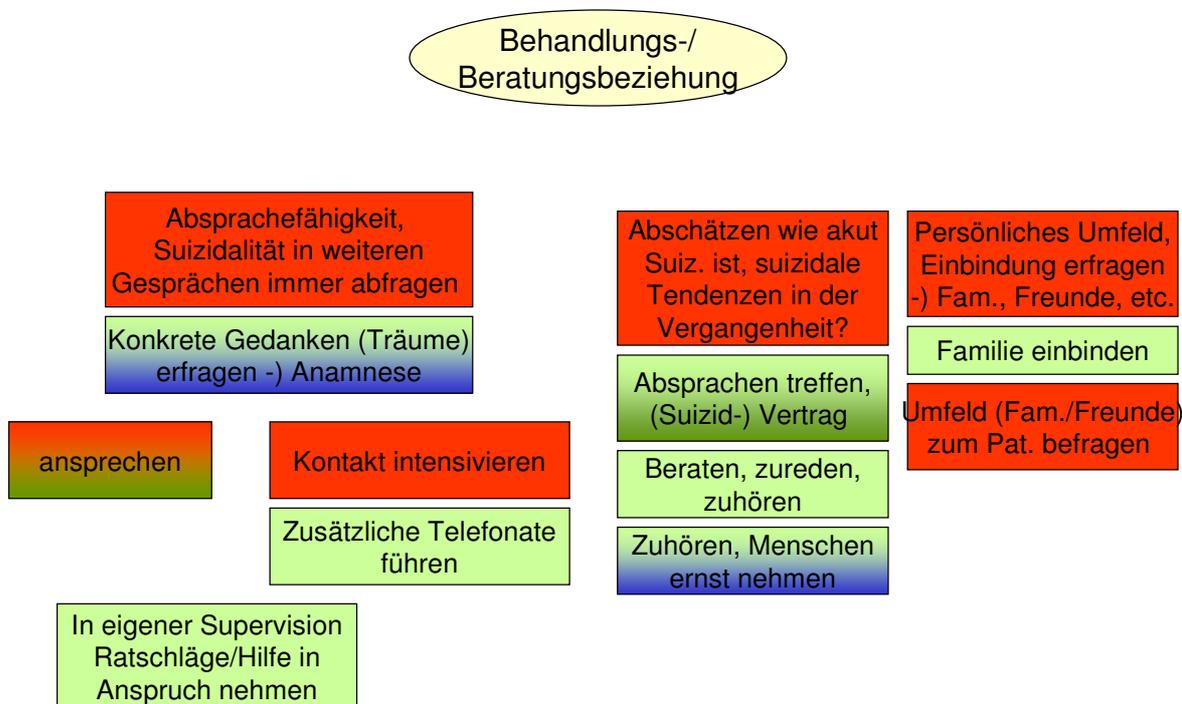


Abbildung 19: Kategorie „Behandlungs-/Beratungsbeziehung“ zu Frage 11 (siehe Fragebogen im Anhang)

Station	Notaufnahme/Ambulanz	Beratungsstelle	Behörde	Alle (ohne Behörde)
---------	----------------------	-----------------	---------	---------------------

In der Kategorie „Behandlungs-/Beratungsbeziehung“ (siehe Abb. 19) wird dargestellt, wie die Betreuer der verschiedenen Einrichtungen vorgehen bzw. was sie selbst für die betroffenen Personen tun können, wenn sie diese nicht weiterverweisen.

Aus allen befragten Gruppen wurde angegeben, dass sie die Betroffenen auf ihre Suizidalität ansprechen. Dieser Punkt wurde von 21 der 40 Interviewten (53 %) benannt. Zuerst einmal muss die Akuität der Suizidalität durch die Betreuer abgeschätzt und erfragt werden, ob es bereits suizidale Tendenzen in der Vergangenheit gab bzw. wie konkret die eigenen Gedanken zum Suizid sind. Es ist außerdem zu erwähnen, dass aus allen befragten Bereichen (außer Behörden) angestrebt wird, das persönliche Umfeld der Patienten zu befragen und dieses in die Betreuungsarbeit mit einzubeziehen. Es wird versucht den Kontakt zum Patienten zu intensivieren, z. B. durch zusätzliche Telefonate, Absprachen mit diesen zu treffen (in diesem Zusammenhang wurde der so genannte „Suizidvertrag“ mehrfach erwähnt) und in weiteren Gesprächen immer wieder sehr genau zuzuhören und

Suizidalität abzufragen. Betont wurde, dass der Patient/Klient unbedingt ernst zu nehmen sei. Die betreuenden Personen nehmen selbst Unterstützung durch die eigene Supervision in Anspruch.

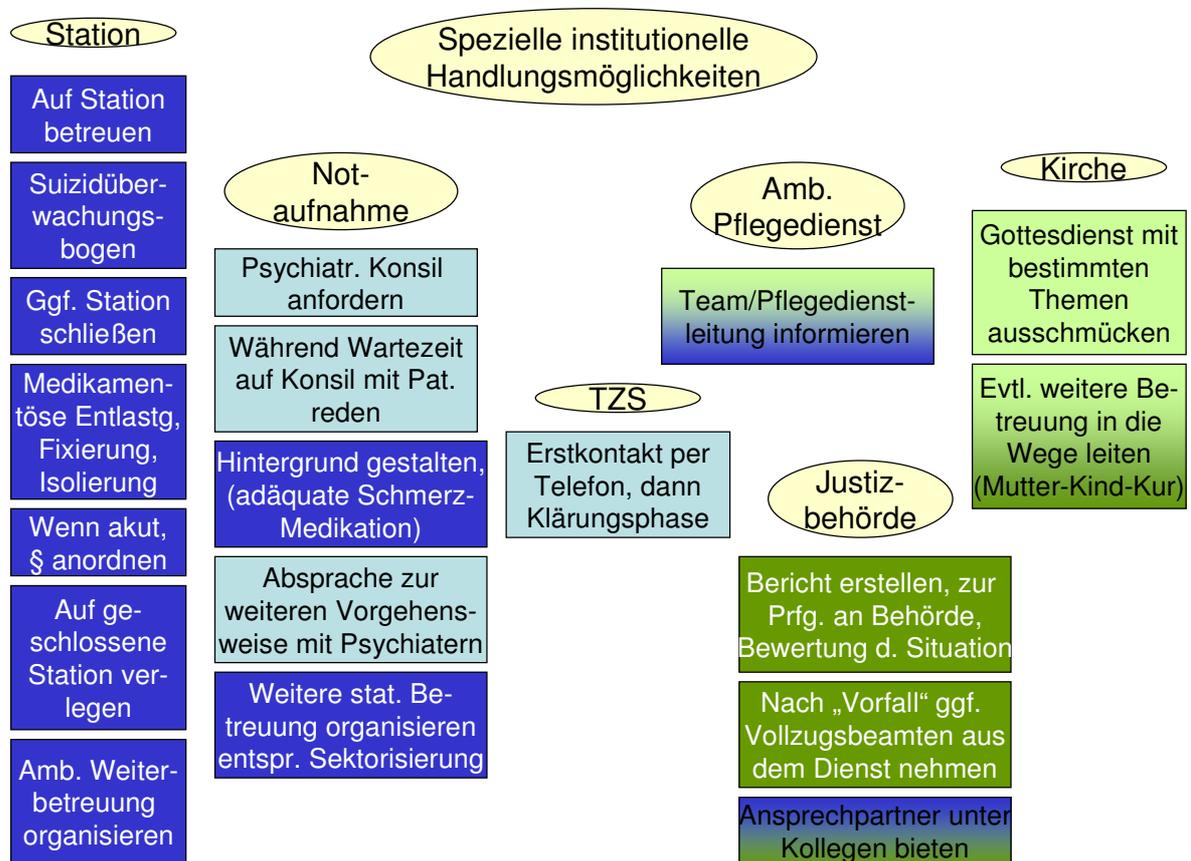


Abbildung 20: Kategorie „Spezielle institutionelle Handlungsmöglichkeiten“ zu Frage 11 (siehe Fragebogen im Anhang)

Station	Notaufnahme/Ambulanz	Beratungsstelle	Behörde	Alle (ohne Behörde)
---------	----------------------	-----------------	---------	---------------------

Die vorangehende Abbildung 20 zeigt die letzte Kategorie zur Frage wie vorgegangen wird, wenn der Eindruck entsteht, dass ein Klient/Patient suizidgefährdet ist und stellt die speziellen Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Bereiche dar. Im stationären Bereich wird das allgemeine Vorgehen folgendermaßen beschrieben: Nach Möglichkeit sollten die betroffenen Patienten auf der eigenen Station weiter betreut werden; diese kann im Bedarfsfall geschlossen werden; das Führen eines Suizidüberwachungsbogens gehört zum Standardvorgehen; falls notwendig, werden Medikamente verabreicht; auch Fixierung und Isolierung sowie die Anordnung eines Paragraphen 9 oder 12 nach HmbPsychKG zur

Unterbringung eines Patienten auf einer geschlossenen Station gehören, falls erforderlich, zum Vorgehen. Die Organisation einer ambulanten Weiterbetreuung gehört ebenso zum stationären Arbeitsfeld.

Von Seiten der Ärzte aus Notaufnahmen/Ambulanzen wird bei Eintreffen eines suizidalen Patienten ein psychiatrisches Konsil angefordert. Während der Wartezeit auf einen Konsiliar wird mit den betroffenen Patienten gesprochen, „der Hintergrund entsprechend gestaltet“ (z. B. adäquate Schmerzmedikation) sowie darauf folgend mit den psychiatrischen Kollegen das weitere Vorgehen besprochen. Wenn notwendig, wird eine stationäre Weiterbetreuung organisiert. Die weiteren Punkte der Abbildung sind sehr spezielle Einzelnennungen durch die entsprechenden Einrichtungen und können dieser direkt entnommen werden.

3.4.2 Inanspruchnahme von Hilfsmöglichkeiten

Die Mitarbeiter aller Einrichtungen wurden befragt, ob sie während der Betreuung einer suizidalen Person schon einmal einen Kollegen konsultiert haben.

Insgesamt antworteten 82,5 % auf die Frage mit „ja“ und 7,5 % mit „nein“. Betrachtet man die Aussagen der klinischen und nichtklinischen Einrichtungen getrennt, so nehmen 92 % der klinischen Kollegen Hilfe/Ratschläge in Anspruch und 79 % der Kollegen aus dem nichtklinischen Bereich.

Der Bereich „Frage nicht gestellt“ (10 %), kommt dadurch zustande, dass nicht alle befragten Einrichtungen direkten Patientenkontakt haben und die Frage damit für sie nicht zu beantworten war (siehe Abb. 21).

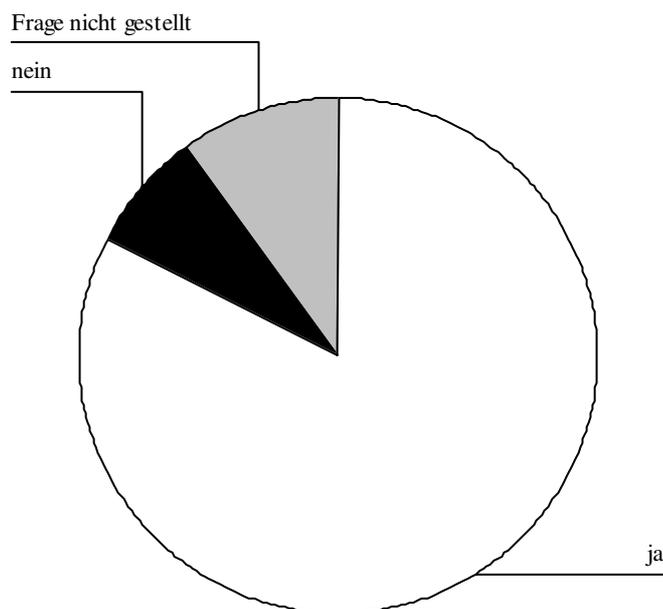


Abbildung 21: zu Frage 14 (siehe Fragebogen im Anhang); ob im Verlauf der Betreuung Suizidgefährdeter Kollegen oder andere konsultiert werden

Zusätzlich wurde gefragt, welche Hilfsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden. Am häufigsten wurden die Besprechung mit den eigenen Kollegen (62,5 %) und die Supervision (55%) genannt. Auch die Mitarbeiter anderer Beratungsstellen/ Einrichtungen werden um Rat gefragt, aufgezählt wurden Ärzte und Psychologen/Therapeuten.

3.5 Defizite und Verbesserungsvorschläge in der Betreuung suizidgefährdeter Personen in Hamburg

Ziel der Untersuchung war, herauszufinden, wo die Mitarbeiter der befragten Einrichtungen Defizite in der Versorgung suizidgefährdeter Menschen in Hamburg sehen und welche Vorschläge sie zur Verbesserung der Gesamtsituation machen können bzw. was wünschenswert wäre. Zu diesen Fragen konnten sehr viele Informationen und Ideen gesammelt werden. In den Punkten 3.5.1 und 3.5.2 werden die erfassten Angaben wie folgt, erläutert.

3.5.1 Defizite in der Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg

Die Daten wurden den folgenden Kategorien zugeordnet: (siehe Abb. 22)

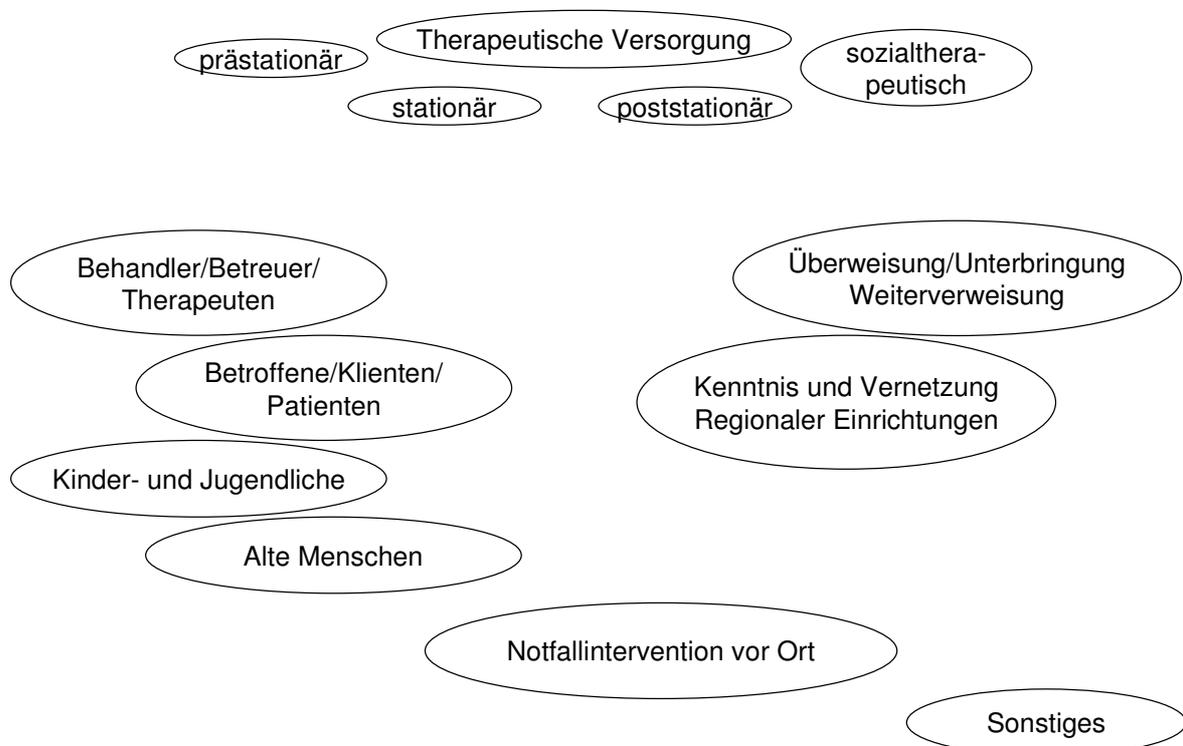


Abbildung 22: Kategorien zu Frage 17 (siehe Fragebogen im Anhang); Sehen Sie aus Ihrer Erfahrung Defizite in der Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg?

Die genannten Defizite im Bereich der Therapeutischen Versorgung konnten in die vier folgenden Subkategorien unterteilt werden:

- 1) Prästationär; aus allen Gruppen der befragten Einrichtungen wurde bemängelt, dass die Wartezeiten, v. a. im niedergelassenen Bereich, zu lang seien, da zu wenig Terminkapazitäten vorhanden sind. Von Seiten der stationären Mitarbeiter wurden sogar „mangelnde Kapazitäten in allen Bereichen“ beklagt sowie aus den Beratungsstellen die „allgemein schlechten Erreichbarkeiten“. Beide Gruppen empfinden Hausärzte und Internisten auf dem Gebiet der Betreuung Suizidgefährdeter als zu unerfahren.
- 2) Stationär; in dieser Subkategorie finden sich vor allem Äußerungen, die von Mitarbeitern aus der Gruppe Notaufnahme/Ambulanz gemacht wurden. Berichtet wurde, dass die Interaktion zwischen klinischer Medizin und Psychiatrie fehle, was zu langen Wartezeiten auf ein psychiatrisches Konsil führt und dieses dann oft sehr einseitig ausfällt, indem „nur Medikamente“ verordnet werden. Von stationär tätigen Kollegen wurde geäußert, dass Suizidalität auch in der Somatik oft Thema sei, die Kollegen dort aber nicht

damit umzugehen wissen. Aus allen Gruppen wurde bemängelt, dass im Krankenhaus nur medizinisch versorgt wird und die psychologische Betreuung fehlt.

3) Poststationär; aus allen Gruppen wurde die schlechte poststationäre Betreuung kritisiert. Patienten wird „Akute Suizidalität“ nicht bescheinigt und sie werden direkt entlassen. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus sind diese noch nicht ausbehandelt, was zu einer hohen Rückfallquote führt.

4) Sozialtherapeutische Betreuung; zu diesem Bereich wurden vor allem von den Mitarbeitern aus den Beratungsstellen und aus dem stationären Bereich Angaben gemacht. Es fehlt an niedrighschwelligen Angeboten, es gibt keine Unterstützung in der Alltagsbewältigung von Menschen in Not (Krisenbetten, ambulante vorstationäre Betreuung), ohne diese gleich in psychiatrische/therapeutische Behandlung schicken zu müssen. Der suizidale Mensch sei schließlich nicht gleich zwingend psychiatrisch krank. Insgesamt fehlen spezifische Betreuungseinrichtungen für Suizidgefährdete (z. B. interkulturelle Fachbetreuung). Die Mitarbeiter der Beratungsstellen betonen in diesem Zusammenhang außerdem, dass Psychiatrie noch immer ein Tabuthema sei, der „Prophylaxebereich“ zu schlecht versorgt ist und zum Thema Suizidalität zu wenig informiert wird.

Der Kategorie „Überweisung/Unterbringung/Weiterverweisung“ konnten Äußerungen aus allen befragten Gruppen zugeordnet werden. Aus dem stationären Bereich wird das Problem der Weiterverweisung in den ambulanten Bereich beschrieben, die ambulanten Kollegen würden eine abwehrende Haltung gegenüber der Weiterbetreuung eines suizidalen Patienten zeigen. Außerdem sei die ambulante Aufklärung schlecht und Patienten werden zu schnell ins Krankenhaus eingewiesen. Übereinstimmend mit den Mitarbeitern der Betreuungseinrichtungen wurde geäußert, dass die Unterbringung im stationären Bereich schwierig sei, Betroffene abgewiesen werden und die Begleitung dieser durch Betreuungspersonen notwendig wird. Von Seiten der Notaufnahmen/Ambulanzen wird ebenso die mangelnde Bereitschaft der stationären Kollegen, suizidale Patienten aufzunehmen, beklagt.

In der Kategorie „Kenntnis und Vernetzung regionaler Einrichtungen“ besteht innerhalb aller befragten Gruppen Einigkeit darüber, dass vorhandene Einrichtungen schlecht miteinander vernetzt und die Hilfs- und Informationssysteme, durch mangelnde Transparenz der Beratungsstellen, undurchsichtig seien.

Den Kategorien „Behandler/Betreuer/Therapeuten“, „Betroffene/Klienten/Patienten“, „Kinder- und Jugendliche“ und „Alte Menschen“ konnten folgende Aussagen zugeordnet werden:

Die Gesetzgebung für Suizidalität ist unklar und Betreuer seien rechtlich schlecht abgesichert, was eigene Unsicherheiten im Umgang mit Suizidalen fördert. Dies wurde von den befragten Behörden geäußert. Die stationären Kollegen kritisieren an dieser Stelle die Mitarbeiter der Beratungsstellen, sie seien schlecht zum Thema ausgebildet, es herrsche eine basale Unsicherheit. Einig sind sich diese beiden Gruppen bei der Aussage, dass es keine Entlastungssysteme für Betreuer gibt und Supervisionen, wenn überhaupt vorhanden, gekürzt werden. Alle befragten Gruppen stimmen darin überein, dass sich die Betreuung von alten Menschen zunehmend verschlechtert. Genauer beschrieben wird diese Aussage durch die Mitarbeiter der Betreuungseinrichtungen, die darauf hinwiesen, dass es keine Hausbesuche im psychologischen/psychiatrischen Bereich gibt. Der Bereich der Betreuung von Kindern und Jugendlichen wird insgesamt als minder versorgt, stationär wie ambulant, vor allem im Bereich Harburg (zum Zeitpunkt der Datenerhebung war die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Harburg noch nicht existent), beschrieben. Es gibt ein zu geringes Angebot an Wohngruppen für Jugendliche und es findet zu wenig Aufklärungsarbeit statt. Spezielle Betreuungseinrichtungen für Betroffene sind kaum vorhanden (suizidale Frauen) oder fehlen ganz (Angehörige, Asylbewerber/Fremdsprachler).

Die Kategorie Notfallintervention vor Ort beinhaltet Aussagen, die ausschließlich von Mitarbeitern der Betreuungseinrichtungen gemacht wurden. Beklagt wurden die Versorgungsprobleme vor allem nachts und am Wochenende, die fehlende Betreuung vor Ort, z. B. „auf der Strasse“ sowie die allgemein schlechte psychiatrische Notfallversorgung. Im Notfall kommt die Polizei statt einer notwendigen Fachkraft. Aus der Kategorie „Sonstiges“ soll ein Satz nicht unerwähnt bleiben, der von einem Kollegen aus dem stationären Bereich stammt: „Die Versorgung in Hamburg ist bedeutend besser als in anderen Gebieten Deutschlands“.

3.5.2 Verbesserungsvorschläge für die Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg

Zur Vervollständigung dieses Themenkomplexes wurden die Befragten gebeten, Verbesserungsvorschläge zur Versorgung suizidgefährdeter Menschen in Hamburg zu

machen. Die folgenden Kategorien konnten aus den gesammelten Angaben gebildet werden: (siehe Abb. 23)

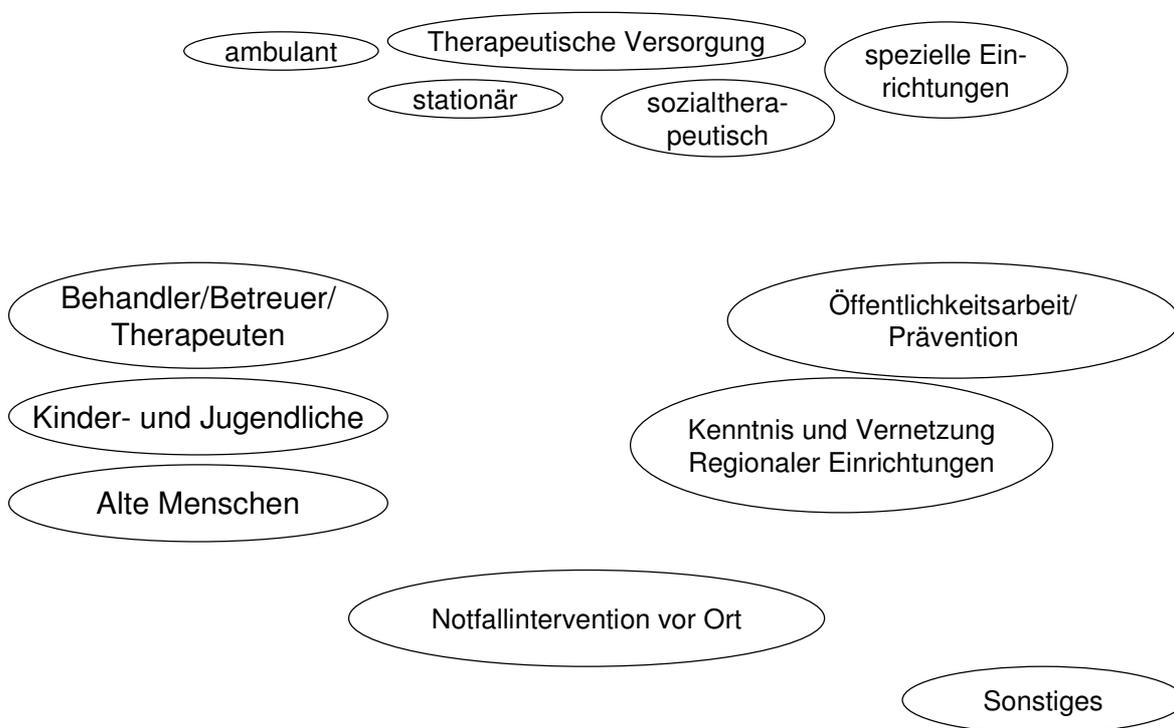


Abbildung 23: Kategorien zu Frage 19 (siehe Fragebogen im Anhang); Haben Sie Vorstellungen, was man in Hamburg verändern könnte?

Die genannten Verbesserungsvorschläge im Bereich der Therapeutischen Versorgung konnten in die vier folgenden Subkategorien unterteilt werden:

- 1) Ambulant; aus allen befragten Gruppen wurde betont, dass die poststationäre Betreuung gesichert werden muss und zwar ohne Wartezeiten. Für die Therapeuten/Beratungsstellen sollten mehr Kapazitäten geschaffen werden, um kurzfristige Terminvergaben zu ermöglichen.
- 2) Stationär; die Mitarbeiter von Notaufnahmen/Ambulanzen sowie aus dem stationären Bereich, halten die bessere Ausstattung aller Bereiche mit Personal für dringend notwendig, damit mehr Zeit vorhanden ist, um mit suizidalen Patienten intensive Gespräche zu führen, die Interaktion zwischen Medizin und Psychiatrie zu verbessern sowie im stationären Rahmen die Durchführung von Suizidkonferenzen zu ermöglichen. Die Kollegen auf den Stationen empfehlen die Bildung von multiprofessionellen Teams, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich. Durch die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen und Koordinatoren könnte die Versorgung suizidgefährdeter Menschen erheblich verbessert werden. Von Seiten der Beratungsstellen

und der befragten Behörden wird die Verbesserung der psychologischen/psychiatrischen Betreuung im Krankenhaus gewünscht, um Rückfallquoten zu senken. Außerdem halten sie eine separate Station für suizidale Menschen für wichtig.

3) Sozialtherapeutisch; von allen befragten Gruppen wurde benannt, dass persönliche Beratungsangebote, die niedrigschwellig, unbürokratisch und im ambulanten Bereich zu finden sind, dringend geschaffen sowie bestehende Einrichtungen besser unterstützt und gefördert werden müssen. Von den Beratungsstellen wird im Speziellen erwähnt, Angebote jenseits der Psychiatrie zu schaffen, die vorhandene „Grauzone“ zwischen Psychiatrie und keiner Betreuung zu füllen sowie die Betreuung in den sozialen Einrichtungen durch den Einsatz von Fachpersonal zu verbessern.

4) Spezielle Einrichtungen; Mitarbeiter aller befragten Gruppen wünschen sich eine Einrichtung, die sich für das Thema Suizidalität verantwortlich fühlt und Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit, Beratung und Betreuung anbietet. Außerdem wird die Umsetzung von Angehörigenbetreuung und die bessere Versorgung von betroffenen Frauen als dringend notwendig empfunden.

Zu den Kategorien „Behandler/Betreuer/Therapeuten“, „Kinder und Jugendliche“ und „Alte Menschen“ können folgende Aussagen getroffen werden: Von den Mitarbeitern der Beratungsstellen und aus dem stationären Bereich wurde sehr häufig der Wunsch nach Entlastungssystemen für Betreuer (Supervision, rechtliche Absicherung) sowie nach Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema, geäußert. Dies sollte breitgefächert umgesetzt werden und alle „betreuenden“ Personen (Lehrer, Erzieher, Hausärzte, etc.) betreffen. Hilfreich wäre außerdem die Erstellung eines Leitfadens zum Umgang mit suizidalen Menschen, was von den Kollegen aus Notaufnahme/Ambulanz unterstützt wird.

Suizidalität ist für Kinder und vor allem Jugendliche ein typisches Thema. Laut Angaben der Mitarbeiter der Beratungsstellen ist es daher notwendig, eine spezielle Anlaufstelle für diese Gruppe zu schaffen, um diese für das Thema weiter zu sensibilisieren. Aus allen befragten Gruppen wurde der Wunsch nach einer flächendeckenden gerontopsychiatrischen Betreuung laut, die Hausbesuche von Therapeuten/Psychiatern mit einschließt.

Zu den Kategorien „Öffentlichkeitsarbeit/Prävention“ sowie „Kenntnis und Vernetzung regionaler Einrichtungen“ wurden Äußerungen aus allen befragten Gruppen zusammengefasst. Als Beispiel von Präventionsarbeit wird die ständige Information zum Thema gewünscht, die durch die Verteilung von Flyern, den Aushang von Plakaten und die Durchführung von öffentlichen Veranstaltungen umgesetzt werden sollte (mehr als die

Hälfte aller Befragten erwähnten in diesem Zusammenhang die Plakate von „for life“, die zeitweise in den U- Bahnen ausgehängt waren, als positives Beispiel). Als weiteres konkretes Beispiel wurde die Einrichtung einer regionalen Internetseite mit Informationen zum Thema Suizidalität, zuständigen Einrichtungen und Hilfsangeboten, also allumfassend, genannt. Dringend notwendig sei außerdem die Verzahnung von Kliniken, Ambulanzen, Beratungs- und Kriseninterventionsstellen, um Zusammenarbeit zu gewährleisten. Im Zusammenhang damit wird Transparenz gefordert, wodurch Zuständigkeiten ersichtlich gemacht werden.

Im Bereich „Notfallintervention vor Ort“ wurde besonders von den Mitarbeitern der Beratungsstellen und der Notaufnahmen/Ambulanzen auf die Wichtigkeit der Akutversorgung hingewiesen. Wege zu zuständigen Einrichtungen sollten kürzer werden und eine Versorgung vor Ort angeboten werden. Wichtig ist, dass die Versorgung nachts und am Wochenende gewährleistet wird. In diesem Zusammenhang positiv wurden häufig die Modelle „Krisenwohnung Berlin“ und „Die Insel, München“, mit 24- Stunden Versorgung, genannt.

3.6 Angaben zu Zeit und Finanzen

3.6.1 Zeit

Alle Einrichtungen wurden gefragt, ob ihre Zeit ausreichend ist, um sich intensiv mit suizidgefährdeten Patienten zu beschäftigen. 45 % der Befragten gaben an, dass ausreichend Zeit für die Betreuung vorhanden sei, 47,5 % gaben an, ihr Zeitkontingent sei nicht ausreichend. Betrachtet man die klinischen und nichtklinischen Einrichtungen getrennt voneinander, so zeigt sich bei den klinischen Einrichtungen mit 58 % eine Verschiebung zur negativen Seite hin, während sich bei den nichtklinischen Einrichtungen das Verhältnis von ausreichend zu nicht ausreichend mit 46 % zu 43 % ausgleicht. In einzelnen Einrichtungen gibt es keine festgesetzte Zeitbegrenzung pro Gespräch, meistens dauert ein setting jedoch 50-60 Minuten. Mehrfach wurde geäußert, dass es durch gutes eigenes Zeitmanagement möglich sei, im Bedarfsfall genügend Zeit zur Verfügung zu stellen.

3.6.2 Finanzen

Die Frage danach, ob die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für ihre Arbeit ausreichend seien, beantworteten 79 % der befragten Mitarbeiter aus den nichtklinischen Einrichtungen mit „nein“. Von immerhin 14 % der Befragten wurde sie bejaht. Immer wieder wurde von Einsparungen berichtet, die vor allem in den Bereichen Personal und Sachmittel umgesetzt werden.

Für die klinischen Einrichtungen war die Frage wenig relevant.

4 Diskussion

Die durch die Interviews gewonnenen Daten und Ergebnisse, beziehen sich auf subjektive Einschätzungen und Bewertungen der befragten Mitarbeiter klinischer und nichtklinischer Einrichtungen Hamburgs, bezüglich der Häufigkeiten und dem Umgang mit Suizid und Suizidalität zur Erfassung von Defiziten und Vorstellungen zur Verbesserung im Umgang mit Suizidgefährdeten. Sofern es möglich ist, sollen diese vor dem Hintergrund ähnlicher Untersuchungen anderer Autoren, diskutiert werden. Vor der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse soll kritisch auf die spezielle Methodik der Datengewinnung und auf die Repräsentativität der Ergebnisse eingegangen werden.

4.1 Methodenkritik und Repräsentativität

Die Art der Datenerhebung schließt zwangsläufig einige Fehlerquellen mit ein, die zu berücksichtigen sind. Dadurch, dass die erhobenen Daten sich nicht nur auf den Zeitraum des Interviews bezogen haben, sondern auch retrospektiv bis zu einem Zeitraum von einem halben Jahr, besteht die Möglichkeit der ungenauen Schätzung der Zahlenangaben im Sinne einer Über- oder Unterrepräsentation oder einer so genannten „Erinnerungslücke“. Ebenso soll noch einmal betont werden, dass die Ergebnisse der Suizidalitätseinschätzung auf der subjektiven Meinung der Befragten beruhen, also nicht durch Spezialisten objektivierbar und nachprüfbar sind. Dies beinhaltet eine weitere Fehlerquelle, da bei unterschiedlichem Wissensstand und unterschiedlicher Einstellung der Befragten zum Thema Suizid/Suizidalität von vorneherein eine große Varianz der Ergebnisse zu erwarten ist (Domino & Swain 1986). Als Bezugsgröße für die relative Häufigkeit der Suizidalität bzw. der Suizide innerhalb der Anzahl der Klienten bzw. des Patientenstammes einer Einrichtung, sollte die Anzahl der Gespräche pro Monat ermittelt werden. Da in den überwiegenden Fällen nur einzelne Personen einer Einrichtung befragt wurden, die Daten jedoch für die gesamte Einrichtungen erfasst werden sollten, wurden diese als geschätzte Werte angegeben oder die Daten der befragten Person auf die Anzahl der in der Einrichtung tätigen Mitarbeiter hochgerechnet. Auch diese Hochrechnung beinhaltet eine Fehlerquelle, die in Kauf genommen werden musste.

Durch die Form der Datengewinnung und die Auswahl der Gesamtstichprobe entstand eine Situation, die bei einigen Befragten möglicherweise zu Hemmungen und „sich beobachtet fühlen“ in ihrer Tätigkeit geführt hat und damit Fragen nicht so ausführlich oder offen beantwortet wurden, wie vom Interviewer gewünscht.

Der beidseitig beschriebene Interview- Leitfaden mit 19 Einzelfragen (siehe Anhang) wurde inhaltlich bewusst so strukturiert und übersichtlich aufgebaut, um den vorher geschätzten und für das Interview eingeplanten Zeitrahmen einhalten zu können.

Die Auswahl der zu befragenden Einrichtungen erfolgte mit dem Ziel, möglichst viele verschiedene soziale und medizinische Bereiche zu erfassen, die mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommen. Die Verschiedenartigkeit und die Anzahl der Einrichtungen ließen es in der Auswertung nicht zu, statistische Vergleiche vorzunehmen, zum überwiegenden Teil konnte ausschließlich deskriptiv gearbeitet werden. Dadurch kann ein Anspruch auf Repräsentativität nicht erfüllt werden. Dies war auch von vorneherein nicht beabsichtigt, da es in dieser Arbeit zunächst um die Erhebung eines ersten Meinungsbildes aus ganz unterschiedlichen Einrichtungen gehen sollte.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Zu Angaben zur Inanspruchnahme der befragten Einrichtung durch suizidale Klienten/Patienten

Die große Varianz der Zahlenangaben ergibt sich aus der Verschiedenartigkeit der einzelnen Einrichtungen und ihren unterschiedlichen Zielgruppen. Die durchschnittliche Häufigkeit der Suizidalität wurde im nichtklinischen Bereich mit 25 % und im klinischen Bereich mit 34 % berechnet. Der hohe Durchschnittswert entsteht einerseits sicher dadurch, dass im nichtklinischen Bereich Einrichtungen befragt wurden, deren Hauptaufgabe die Arbeit mit Menschen ist, die auf irgendeine Art auch mit Suizidalität zu tun haben. Betrachtet man die Angaben der WHO, dass jeder Suizid und Suizidversuch sechs weitere Personen betrifft und nach einem Suizidversuch durchschnittlich fünf Behandler involviert sind, scheinen die Angaben der Einrichtungen durchaus realistisch (siehe Kapitel 1.4).

In zahlreichen Studien wurde untersucht und bestätigt, dass suizidale Patienten mehrheitlich in einem relativ kurzen Zeitraum vor einem Suizidversuch bzw. vor ihrem Tod ihren Hausarzt aufsuchen (Barraclough et al. 1974, Murphy 1975, Stenager & Jensen 1994). Möglicherweise könnte sich die beschriebene Aussage auch auf die nichtklinischen Einrichtungen beziehen, dass auch diese von suizidalen Personen in einem bestimmten Zeitraum vor einem Suizidversuch aufgesucht werden. Diesbezüglich gibt es aber noch keine Untersuchungen.

Die mit 34 % errechnete Prozentzahl für den klinischen Bereich entsteht dadurch, dass die befragten Einrichtungen direkt Anlaufstellen von suizidalen Personen, vor allem nach einem Suizidversuch bzw. Einrichtungen zur Weiterbehandlung sind.

Die erfassten Daten zur Entwicklung der Suizidalität in den letzten 3-5 Jahren stimmen mit dem Entwicklungstrend für Deutschland, jedoch nicht mit dem für Hamburg, überein. Die Mehrzahl der Befragten (62,5%) gab an, dass Suizidalität weder öfter noch seltener Thema der Gespräche sei und es in der Häufigkeit keine Veränderungen gab. 22,5 % der Befragten beschreiben eher eine Zunahme der Suizidalität und nur 2,5 % berichteten von einer Abnahme. Betrachtet man die epidemiologischen Daten (siehe Kapitel 1.3), so ist zu erkennen, dass sich die Suizidrate in Deutschland in den letzten Jahren tendenziell stabilisiert hat (Statistisches Bundesamt). Entgegen der erfassten Daten zu dieser Frage, ist in Hamburg ein weiterer leichter Rückgang der Suizidrate zu verzeichnen. Die Erklärung liegt in den Angaben der Befragten selbst. Beschrieben wurde die größere Akzeptanz durch die Gesellschaft über Suizidalität zu sprechen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Institutionen werden häufiger aufgesucht und die Mitarbeiter der Einrichtungen spüren eine relative Zunahme der Suizidalität, die sich jedoch nicht in der gesellschaftlichen Entwicklung widerspiegelt. Darüber hinaus gibt es – entgegen der Anzahl der Suizide – keine Belege dafür, dass auch die Anzahl der Suizidversuche zurückgegangen ist (aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht erfassbar). So ist nicht auszuschließen, dass suizidale „Befindlichkeiten“, „Phantasien“ und „Absichten“ sogar eher zugenommen haben, was durch das Antwortverhalten der Interviewten bestätigt würde.

4.2.2 Zum diagnostischen Vorgehen, Therapie- und Überweisungsverhalten

Suizid und Suizidversuche kommen bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen, bei psychoreaktiven Störungen und Süchten, aber auch bei organischen Psychosyndromen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich gehäuft vor. Bei Suizidversuchen findet man jedoch weit häufiger Patienten mit neurotischen und psychopathischen Persönlichkeitsstörungen als solche mit Psychosen (Sainsbury 1982, Huber 1994). Psychische Erkrankungen sind nur ein Beispiel für Risikofaktoren, die betreuenden Personen bekannt sein sollten, um Suizidalität bei Betroffenen möglichst schnell zu erkennen. Alle anderen in der Befragung benannten Umstände bzw. Faktoren, die häufig im

Zusammenhang mit Suizidalität auftreten, bestätigen die in der Literatur bekannten und von Wolfersdorf in drei Gruppen eingeteilten Risikogruppen (siehe Kapitel 1.2.3). Entgegen der weit verbreiteten Meinung, man könne durch direkte Ansprache den Patienten erst auf die Idee bringen, sich zu suizidieren, bringt ein Gespräch über Suizidgedanken, die häufig als drängend, schamhaft besetzt und tabuisiert erlebt werden, große Entlastung und Vertrauen zum Helfer (Pöldinger und Sonneck 1980). Grundsätzlich gilt, dass Suizidalität, tut der Patient es nicht von sich aus, in geeigneter Weise aber direkt angesprochen werden sollte. 77,5 % der Befragten stimmen mit diesen Ansichten überein, indem sie angaben, dass Suizidalität sowohl von Betroffenen als auch von Betreuern angesprochen wird, wobei dies nach Meinung der Hälfte aller Befragten häufiger durch die Betroffenen selbst geschieht. Getrennt nach klinischen und nichtklinischen Einrichtungen betrachtet, gaben 50 % der klinischen Kollegen und 18 % der Kollegen aus dem nichtklinischen Bereich an, Suizidalität selbst anzusprechen. Wie dieser Unterschied in den beiden Bereichen zustande kommt, kann nur vermutet werden. Möglicherweise spielt die Art und Dauer des Ausbildungs- und Berufsweges eine Rolle oder die Atmosphäre in der ein Gespräch stattfindet. Nicht zuletzt bedeutet die klinische Institution für den Untersucher auch „Rückendeckung“, d. h. er hat die Möglichkeit sich unmittelbarer mit Kollegen zu beraten und in letzter Konsequenz den Suizidgefährdeten stationär aufzunehmen, was ihm Sicherheit in der Befragung verleiht. Andererseits fühlen sich Klienten, die die nichtklinischen Einrichtungen besuchen, wohler und damit auch eher in der Lage, offen mit dem Thema Suizidalität umzugehen, so dass die Betreuer der Einrichtungen gar nicht selbst nachfragen müssen. Die Patienten in den klinischen Bereichen hingegen sprechen häufiger nur ungern über ihre Suizidalität, aus Angst vor dem Stigma „Psychiatrie“, so dass die Frage nach Suizidalität häufiger von den Ärzten selbst übernommen werden muss. Übereinstimmend wurde von beiden Bereichen ausgesagt, dass den Betreuern/Ärzten/Therapeuten die Ansprache der Suizidalität bzw. das Gespräch über Suizidalität gleichermaßen, unterschiedlich schwer oder leicht fällt.

Es wurden verschiedene Optionen zu Vorgehensweisen benannt, wenn der Verdacht bestehe, eine Person sei suizidgefährdet. Von den Mitarbeitern der Beratungsstellen wurden vielfältige Angaben zur Möglichkeit des Weiterverweisens gemacht, während von Seiten der klinischen Einrichtungen vor allem Möglichkeiten innerhalb der eigenen Einrichtung benannt wurden. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Mitarbeiter aus den klinischen Bereichen sich aufgrund der klinischen Behandlungsmöglichkeiten sicherer im

Umgang mit Suizidgefährdeten fühlen (s. o.), wohingegen die Mitarbeiter der nichtklinischen Bereiche aufgrund ihrer „ungeschützten“ Situation schneller weiterverweisen und - wie den Angaben zu entnehmen ist - die Betroffenen zu den Kollegen in die klinischen Einrichtungen schicken.

4.2.3 Zur Beurteilung der eigenen Kompetenz und Angaben zur Aus- und Weiterbildung

Aus allen Bereichen, die befragt wurden, konnten verschiedene „persönliche“ Grenzen erfasst werden. Auffällig war, dass die größte Anzahl und die vielfältigsten Aussagen zu diesem Bereich von den Mitarbeitern der Beratungsstellen gemacht wurden. Dies lässt vermuten, dass diese tatsächlich unerfahrener oder weniger umfassend zur Suizidalität ausgebildet sind oder aber besser zur Selbstkritik fähig sind als die Kollegen aus dem klinischen Bereich. Gemeinsame Grenzen sind das Akutwerden der Suizidalität und wenn sämtliche Hilfs- und Therapieangebote nicht greifen.

52,5 % aller Befragten gaben an, dass Suizidalität Bestandteil ihrer Aus- und Weiterbildung war, bei einem Viertel der Befragten wurde Suizidalität ausschließlich in der Weiterbildung thematisiert. Als ausreichend oder nicht ausreichend wurde dies zu gleichen Teilen, je 35 % empfunden. Betrachtet man die Angaben der klinischen und nichtklinischen Einrichtungen getrennt voneinander, so konnte dargestellt werden, dass die Kollegen der klinischen Bereiche mit 75 % Suizidalität als Aus- und Weiterbildungsbestandteil vorweisen können, während das bei den Kollegen aus dem nichtklinischen Bereich nur zu 42 % zutrifft. Bei diesen wiederum kommt der Kollegenanteil hinzu, der Suizidalität ausschließlich als Weiterbildungsbestandteil vorweisen kann. Zusammengerechnet ergibt sich eine Prozentzahl von 78 % der nichtklinischen Kollegen, die Aus- bzw. Weiterbildung zur Suizidalität erfahren haben. Es entsteht die Vermutung, dass dieser Unterschied im Werdegang, Erfahrungen mit Suizidalität in Aus- und Weiterbildung oder ausschließlich in der Weiterbildung, entscheidend zu Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit Suizidgefährdeten beiträgt. Betrachtet man bereits diskutierte Punkte aus den vorangegangenen Abschnitten, kann diese These unterstrichen werden: Die Mitarbeiter der klinischen Bereiche sprechen Betroffene häufiger auf Suizidalität an, betreuen diese eher selbst und sehen weniger persönliche Grenzen in der Betreuung Suizidgefährdeter. Die Mitarbeiter der nichtklinischen Bereiche hingegen sprechen die Betroffenen deutlich seltener auf Suizidalität an, verweisen diese

häufiger weiter und beschreiben sehr genau ihre persönlichen Grenzen in der Betreuung Suizidgefährdeter.

Der vorliegenden Untersuchung nach, lässt sich ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen einer höheren Kompetenzselbsteinschätzung und der Erfahrung mit psychotherapeutischer/ psychiatrischer Medizin im Sinne von Aus- und Weiterbildung darstellen. Dies legt die Forderung nahe, zumindest Personen, die einen Beruf in diesem Bereich anstreben, umfassend zum Thema Suizidalität aus- und weiterzubilden.

4.2.4 Zu Defiziten und Verbesserungsvorschlägen in der Betreuung

Suizidgefährdeter

Aus allen Gruppen der befragten Einrichtungen wurde das Problem der mangelnden Kapazität in der therapeutischen Versorgung beklagt. Überall werden Kapazitäten gekürzt, vor allem im Bereich Personal, was dazu führt, dass Patienten/Klienten nicht die notwendige Aufmerksamkeit bekommen können, die sie benötigen. Dies wiederum könnte die benannte hohe Rückfallquote erklären, was wiederum zur Notwendigkeit einer Einweisung führt. Diese lässt sich nicht umgehen, da - wie beschrieben wurde - die niedrighschwelligen Angebote kaum oder gar nicht vorhanden sind. Wenn Suizidalität akut wird, gibt es keine zureichenden Behandlungsmöglichkeiten außerhalb einer psychiatrischen Klinik. Dieser Missstand, dass Betroffene gezwungen sind eine Klinik aufzusuchen oder keine adäquate Betreuung erhalten können, wurde von der Mehrzahl der Befragten benannt. Besonders schlecht sei die Versorgung nachts und am Wochenende. Insgesamt konnten viele institutionelle Defizite in der Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg benannt und gesammelt werden. Es stellt sich nur die Frage, ob diese tatsächlich wie beschrieben, generell vorhanden sind oder auch in den einzelnen Einrichtungen selbst liegen. Verwiesen sei an dieser Stelle auf den Punkt „Überweisung/Unterbringung/Weiterverweisung“. Hier wurde innerhalb der befragten Gruppen gerade das System und die Arbeitsweise der jeweils anderen Einrichtung bemängelt. So wird aus dem stationären Bereich die Weiterverweisung in den institutionellen ambulanten Bereich als problematisch beschrieben. Dort würden die Kollegen abwehrend reagieren, wenn sie einen suizidalen Patienten weiterbetreuen sollen. Die Mitarbeiter der Betreuungseinrichtungen und Notaufnahmen/Ambulanzen wiederum beschreiben, dass die stationäre Unterbringung sehr schwierig sei und sie ihre Klienten sogar begleiten müssen, damit diese überhaupt stationär aufgenommen würden. Diese

wiederum sagen, ambulant sei die Aufklärung schlecht und es wird viel zu schnell ins Krankenhaus eingewiesen. Selbst innerhalb des stationären Bereiches herrscht großes Unverständnis untereinander. Die Kollegen aus Notaufnahme/Ambulanz kritisieren die langen Wartezeiten auf ein psychiatrisches Konsil und dieses sei dann auch noch einseitig, indem nur Medikamente verordnet werden. Die psychiatrischen Kollegen von den Stationen kritisieren die Somatiker, auch auf den medizinischen Stationen sei Suizidalität oft Thema und man wisse dann nicht wie damit umgegangen werden soll.

Die beschriebene Situation lässt sich allein in Hamburg fast unendlich weiter ausführen und bestätigt die Aussage von Wolfersdorf: „In Deutschland ist die Situation der Suizidprävention und Krisenhilfe verwirrend“ (Wolfersdorf 1996), was somit auch auf Hamburg übertragbar wäre. Immerhin ist man sich in allen befragten Bereichen dieser schwierigen Situation bewusst. Betrachtet man die genannten Verbesserungswünsche, so wurde die Interaktion von Medizin und Psychiatrie mehrmals benannt. Gewünscht wurde sowohl für den stationären wie auch für den ambulanten Bereich die Bildung von multiprofessionellen Teams, wo Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Koordinatoren zusammen arbeiten und so die Versorgung Suizidgefährdeter erheblich verbessern könnten.

Für den sozialtherapeutischen Bereich wird sich gewünscht, dass Beratungsangebote geschaffen werden, die niedrigschwellig, unbürokratisch und im ambulanten Bereich zu finden sind, um die „Lücke“ zwischen psychiatrischer Betreuung und keiner Betreuung zu füllen und die speziellen Einrichtungen, wie die für Frauen, Kinder und Jugendliche, alte Menschen u. a. mit einschließen. Im Zeitalter der hohen Gesundheitskosten stellt dies möglicherweise eine Option dar, ökonomischer zu arbeiten. Schließlich ist ein stationärer Aufenthalt mit erheblichen Kosten verbunden. Dies ließe sich auch auf die poststationäre Betreuung, die von vielen als schlecht oder nicht vorhanden beschrieben wurde, anwenden. Ein umfangreiches Betreuungsangebot ist allerdings nur dann nützlich, wenn die Einrichtungen untereinander vernetzt sind und voneinander wissen. Auch dies ist ein Punkt, der von vielen Befragten als Defizit und Verbesserungsvorschlag benannt wurde und beinhaltet ebenso die Forderung nach Transparenz. Gewünscht wird außerdem die ständige Information zum Thema Suizidalität und die strikte Umsetzung von Aufklärungsarbeit, um dem noch immer bestehenden Stigma entgegenzuwirken. Ein in diesem Zusammenhang positives Beispiel wurde von mehr als der Hälfte der Befragten, ohne dass diese durch den Interviewer darauf aufmerksam gemacht wurden, benannt. Dies

war die Plakataktion in den Hamburger U- Bahnen von „for life – Suizidalität kann jeden treffen“, initiiert vom TZS.

4.2.5 Zu Angaben zu Zeit und Finanzen

Obwohl das Problem der mangelnden Kapazität, bezogen auf Personal und Zeit, immer wieder benannt wurde, gaben immerhin 45 % der Befragten an, dass die ihnen zur Verfügung stehende Zeit für die Betreuung Suizidgefährdeter ausreichend sei. Bei der getrennten Analyse nach klinischen und nichtklinischen Einrichtungen, lässt sich darstellen, dass dieses „Zeitproblem“ bei den klinischen Kollegen (58 %) ausgeprägter ist. Bei den nichtklinischen Kollegen wurde vereinzelt sogar beschrieben, dass es keine begrenzte Zeitvorgabe für ein Einzelgespräch gibt, lediglich eine Orientierung. Eine solche Aussage wird von Seiten der klinischen Kollegen nie zu erfassen sein. Es stellt sich hier die Frage, ob die Zeiteinteilung dieser beiden Gruppen tatsächlich so variiert oder ob es an der Bereitschaft liegt, sich diese im Bedarfsfall zu nehmen.

Auffällig in diesem Zusammenhang ist auch das Ergebnis der Analyse der Interviewdauer. Der geschätzte Zeitaufwand von 30 Minuten, der vom Interviewer vor dem Gespräch festgelegt wurde, ist mit durchschnittlich 56 Minuten Dauer deutlich überschritten worden. Im Einzelnen ergaben die Durchschnittswerte bei den klinischen Einrichtungen 41 Minuten und bei den nichtklinischen Einrichtungen 56 Minuten. Dies ist auch ein Hinweis, dass die Zeitkontingente der beiden Bereiche scheinbar erheblich variieren.

Ein für den Interviewer ebenso überraschendes Ergebnis ergab die Analyse der finanziellen Situation der Einrichtungen. „Nur“ 79 % der Befragten gaben an, mit der finanziellen Situation unzufrieden zu sein, 14 % der Befragten gaben an, dass die zur Verfügung stehenden Mittel ausreichend seien. An dieser Stelle wurde ein negatives Ergebnis mit annähernd 100 % erwartet.

4.3 Die Bedeutung der Ergebnisse für die Suizidprävention

Die in dieser und anderen Studien erhobenen Prävalenzdaten bezüglich psychischer Störungen und Suizidalität in der Arztpraxis, weisen auf ein erhebliches Potential der sekundären Prävention hin, welches in der Begegnung zwischen Arzt und gefährdetem Patient unter hausärztlichen Bedingungen verborgen liegt (Morgan 1994).

Diese Aussage lässt sich auch auf die befragten Kollegen dieser Untersuchung beziehen. Um das Potential zu nutzen, gilt es, alle Ärzte und Betreuer, die Kontakt zu suizidalen

Menschen haben oder eventuell haben werden, für die Thematik zu sensibilisieren und ihnen Wissen, Kenntnisse und praxisgerechte Handlungsweisen in Aus- und Weiterbildung und berufsbegleitenden Fortbildungen zu vermitteln.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass einerseits Informationsbedarf und auch der Wunsch nach Fortbildung auf Seiten vieler Ärzte bestehen (Domino & Swain 1986; Michel et al. 1990), und dass andererseits durch strukturierte Fortbildungsmaßnahmen messbare Erfolge (Senkung der Suizidrate) erzielt werden können (Rutz et al. 1989).

5 Zusammenfassung

In dieser Untersuchung wurden die Mitarbeiter verschiedener klinischer und nichtklinischer Betreuungseinrichtungen Hamburgs zum Stand der Suizidprävention, in Form eines Interviews, persönlich befragt.

Die Bereitschaft am Interview teilzunehmen war von Seiten der nichtklinischen Einrichtungen größer, so dass sich die Anzahl von jeweils der Hälfte klinisch/nichtklinisch, zugunsten der nichtklinischen Einrichtungen verschoben hat.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sehr viele Aussagen insbesondere zu Defiziten und Verbesserungsvorschlägen in der Betreuung Suizidgefährdeter gesammelt werden konnten. Diese betreffen wesentliche Bereiche des Versorgungssystems: den sozialtherapeutischen Bereich außerhalb von Kliniken, die klinische Notfallintervention und die Notfallintervention vor Ort sowie die stationären Bereiche. Laut der erfassten Daten ist der Weg zu einer optimalen Versorgung suizidaler Menschen in Hamburg noch lang. Dies zeigt auf, dass in fast allen Bereichen noch sehr viel strukturelle und inhaltliche Arbeit zu leisten sein wird.

Darüber hinaus konnten deutliche Defizite und die damit verbundenen Wünsche zur Verbesserung - bezogen auf die Berater/Betreuer – herausgearbeitet werden. Im Bereich Aus- und Weiterbildung ergab sich ein positiver Zusammenhang im Umgang mit Suizidalität und der eigenen Kompetenzeinschätzung.

Den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge ergibt sich sowohl für den klinischen wie nichtklinischen Bereich die Notwendigkeit bzw. Forderung, Lerninhalte zur Suizidalität in die Aus- und Weiterbildung zu integrieren und berufsbegleitende Fortbildungsangebote zur Verbesserung von Diagnoseleistung und Therapiekoordination zu entwickeln. Außerdem ergibt sich die dringende Forderung, Betreuungsangebote für suizidale Menschen vor allem im niedrigschwelligen Bereich zu schaffen, um auf breiter Basis auch messbare Erfolge (Senkung der Suizidrate) erzielen zu können.

Literaturverzeichnis

- Achte K. (1985) Suizid und Depression. In: Pöldinger W., Reimer C. (Hrsg) Das Ärztliche Gespräch. Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens
- Adler A. (1937) Selbstmord. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 15: 49-52
- Améry J. (1976) Hand sich legen. Diskurs über den Freitod. Edition alpha. Ernst Klett, Stuttgart
- Barraclough B., Bunch J., Nelson B. (1974) A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatr 125: 355-373
- Bertolote J.M., Fleischmann S. (2002) Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry 2002, 1(3):181–186
- Bortz J., Döring N. (1995) Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin-Heidelberg-New York
- Bronisch T., Götze P., Schmidtke A., Wolfersdorf M. (Hrsg) (2002) Suizidalität: Ursachen-Warnsignale-therapeutische Ansätze. Schattauer, Stuttgart
- Caplan G. (1964) Principles of preventive psychiatry. London: Tavistock
- Cavanagh J.T.O., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine 33: 395-405
- Domino G., Swain B.J. (1986) Recognition of suicide lethality and attitudes toward suicide in mental health professionals. Omega 16: 301-308
- Durkheim E. (1897) Le Suicide. Paris: Alcano. Deutsche Übersetzung 1969. Der Selbstmord. Neuwied: Luchterhand.

- Erlemeier N. (2002) Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe Band 212. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln
- Fiedler G. (2007a) Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in *Deutschland*. Daten und Fakten 2005. Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie. Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
- Fiedler G. (2007b) Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in *Hamburg*. Daten und Fakten 2005. Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie. Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
- Fiedler G., Götze P., Gans I., Gerisch B., Lindner R., Richter M. (1999) Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität. Das Therapiezentrum für Suizidgefährdete in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung Hamburg – ein Überblick. *Hamburger Ärzteblatt* 53: 537-542
- Freytag R. (1998) Viele Fragen – eine Antwort. Die Leitlinien der DGS für Krisenintervention. Suizidprophylaxe. Sonderheft 10: 6
- Giernalczyk T. (1995) Lebensmüde – Hilfe bei Selbstmordgefährdung. Kösel, München
- Giernalczyk T. (1997) (Hrsg) Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. dgvtv-Verlag, Tübingen
- Götze P. (1988) Einschätzung des Suizidrisikos beim depressiven Patienten. In: Hippus H., Ortner M., Rüther E. (Hrsg) Angst-Depression-Schmerz und ihre Behandlung in der ärztlichen Praxis. Forum Galenus Mannheim, Bd 18, Springer, Berlin-Heidelberg-New York: 9-19
- Götze P. (1993) Der Suizid: Vom philosophischen und theologischen Problem zur Psychodynamik und Psychotherapie der Suizidalität. In: Andresen B., Stark F.-M., Gross J. (Hrsg) Psychiatrie und Zivilisation. Edition, Hermanistische Psychologie. Köln: 363-385

- Götze P., Schneider A. (1989) Poststationärer Suizid. In: Ritzel G., ed.: Kliniksuzid, Forschungsmethoden und rechtliche Aspekte. Roderer, Regensburg: 134-149
- Götze P., Fiedler G., Gans I., Gerisch B., Lindner B., Richter M., Schaller S., Schmidtke A. (2002): Psychotherapie der Suizidalität. *Psycho* 28: 569-575
- Henseler H. (1974) Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt, Reinbek
- Henseler H. (2000) Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. 4. aktualisierte Auflage. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Huber G. (1994) Psychiatrie. Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. Auflage. Schattauer, Stuttgart-New York
- Junge W. (1987) Analyse des Suizidgeschehens in der Freien und Hansestadt Hamburg – Spezielle Aspekte zum Panoramawandel der Suizidmittel (1980-1984). Universität Hamburg. Dissertation
- Lindner R., Fiedler G., Götze P. (2003) Diagnostik der Suizidalität. *Deutsches Ärzteblatt* 100: A1004-1007
- Michel K., Valach L. (1990) Suicide: knowledge and attitudes of general practitioners. *Schweiz Rund Med* 79: 31-32
- Morgan H.G. (1994) Can suicide be prevented? Prevention is possible if doctors are taught how. *Br Med J* 309 (6958): 861-862
- Murphy G. (1975) The physician`s responsibility for suicide: 1.An error of comission 2.Errors of omission. *Annals of Internal Medicine* 82: 301-309
- Pöldinger W., Sonneck G. (1980) Die Abschätzung der Suizidalität. *Nervenarzt* 51: 147-151

- Rahe R.H. (1972) Subjects' Recent Life Changes and their Near- Future. Illness Susceptibility. *Adv. Psychosom. Med* 8: 2-19
- Reimer C. (1982) *Suizid. Ergebnisse und Therapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York
- Reimer C. & Arentewicz G. (1993) *Kurztherapie nach Suizidversuch. Ein Leitfadens für die Praxis*. Springer, Berlin
- Reimer C., Reimlinger S., Stelter K. (1979) Zur Lage der Suizidpatienten in Hamburg. *Hamburger Ärzteblatt* 4: 116-119
- Ringel E. (1953) *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Maudrich, Berlin
- Ringel E. (1969) Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: Ringel E. (Hrsg) *Selbstmordverhütung*. Huber, Bern
- Ringel E. (1974) *Selbstmord – Appell an die anderen*. Kaiser/Grünwald 1974, München-Mainz
- Rutz W., Von Knorring L., Waldinger J. (1989) Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 80: 151-154
- Sainsbury P. (1982) Depression and suicide. In: Wilmotte J., Mendlewicz J. eds. *New trends in suicide prevention*. *Bibl Psychiatr*. 1982: 162
- Schmidtke A. (1988) *Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens*. Roderer, Regensburg
- Schmidtke A. (1989) WHO (Euro) Multicentre Study on parasuicide. Working paper of the WHO Consultation on Strategies for reducing suicide behaviour in the European Regions. Szeged, Hungary, IVP/PSF 024/18.

Schmidtke A., Weinacker B., Fricke S. (1996) Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. *Nervenheilkunde* 15: 496-506

Schmidtke A., Weinacker B., Fricke S. (1998) Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. *Suizidprophylaxe, Sonderheft*: 37-49

Schmidtke A., Weinacker B., Löhr C. (2000) Epidemiologie der Suizidalität im 20. Jahrhundert. In: Wolfersdorf M., Franke C.: *Suizidforschung und Prävention am Ende des 20. Jahrhunderts*. Roderer, Regensburg

Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik 2005, www-ec.destatis.de

Stenager E.N., Jensen K. (1994) Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr. Scand.* 90: 109-113

Stengel E. (1969) Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: *Selbstmordverhütung*. Ringel E. (Hrsg) Verlag Hans Huber, Bern

Strauss A., Corbin J. (1996) *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Psychologie Verlags Union. Weinheim

Wassermann D. (2002) *Suicide Prevention in Europe*. WHO Working Paper.

Welz R., Schmidtke A., Häfner H. (1988) Lebensverändernde Ereignisse, wahrgenommener Stress und Suizidversuchsrisiko. *Suizidprophylaxe* 15: 155-175

WHO (2002) *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002

WHO (2004) *Suicide huge but preventable health problem, says WHO*. World Suicide Prevention Day – september 10

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>

WHO (2004-1) The world health report 2004. Changing history. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf)

WHO (2006) Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=German)

WHO (2006-1) Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz (<http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf?language=German>)

Wolfersdorf M. (1989) Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten. Roderer, Regensburg

Wolfersdorf M. (1992) Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Hogrefe, Göttingen

Wolfersdorf M. (1996) Suizidalität – Begriffsbestimmung und entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In: M. Wolfersdorf & W. P. Kaschka (Hrsg.). Suizidalität – Die biologische Dimension: 1-16. Springer, Berlin

Wolfersdorf M. (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Wolfersdorf M. et al. (1992) Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus. In: H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch: 305-326. Roderer, Regensburg

Zwingmann C. (1965) Einführung. In: Zwingmann C. (Hrsg).Selbstvernichtung. Frankfurt a.M. Akademische Verlagsgesellschaft 1965

[1] <http://www.suizidprophylaxe.de/Ohne%20Java/Info-Suizidalität/epidemiologieohne.htm>

download am 2.4.2007, 11.10 Uhr

[2] <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/struktur.html>

download am 29.3.2007, 12.45 Uhr

Anhang

Beschreibung „Nichtklinische Einrichtungen“

Dolle Deerns e.V.

Dolle Deerns e.V. ist ein seit 1983 existentes Frauenprojekt, das sich an Mädchen und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen jeglicher Art, richtet. Die Beratungsstelle bietet betroffenen Mädchen und Frauen Hilfe durch Anonymität, Gespräche und Hilfe in der Traumabewältigung. Bezugspersonen von Betroffenen wie z. B. Familienangehörige oder Lehrer, wird durch Information und Beratung Unterstützung geboten.

Kinder- und Jugendtelefon, Arbeitsbereich der AG Kinder- und Jugendschutz

Hamburg e.V.

Das Kinder- und Jugendtelefon der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. ist sowohl durch Fachkräfte als auch durch geschulte Jugendliche besetzt. Dort können sich Kinder und Jugendliche mit Fragen und Problemen hinwenden, die alle Lebensbereiche betreffen, um sich Rat und Hilfe zu holen. Die Beratungsgespräche finden ausschließlich telefonisch statt, die Anrufer bleiben dabei anonym.

Die Brücke, Harburg

Die Brücke ist ein „Treffpunkt für seelische Gesundheit“. Die Einrichtung gehört zum evangelisch- lutherischen Kirchenkreis Harburg und soll Menschen ansprechen, die sich in einer Krisen- bzw. Konfliktsituation befinden. Durch ein vielfältiges Programmangebot, offene Sprechstunden sowie vereinbarte Gesprächstermine sollen die Besucher der Brücke dabei unterstützt werden, in ein stabiles Leben zurückzufinden.

Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.

Die Beratungsstelle Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V. gibt es in Hamburg seit 1980. „Für Frauen und Mädchen in Hamburg, die eine Vergewaltigung oder einen Vergewaltigungsversuch erlebt haben, ist der Notruf die einzige spezialisierte und professionelle Anlaufstelle“ (Flyer, Beratungsstelle). Den betroffenen Frauen und Mädchen sowie Angehörigen und Vertrauenspersonen wird Unterstützung von

qualifizierten Mitarbeitern, im Umgang mit dem Erlebten angeboten. Auch Begleitungen zu Polizei oder Gericht können in Anspruch genommen werden.

Zentrum für Studienberatung und Psychologische Beratung

Studierende können sich mit persönlichen wie beruflichen Problemen an die Beratungsstelle der Universität richten. Es gibt die Möglichkeit der persönlichen Gesprächsführung in Einzeltreffen, außerdem werden Gruppentreffen angeboten. Neue Perspektiven entsprechend der individuellen Problematiken werden gemeinsam erarbeitet.

Beratungsstelle Charon

Hilfen im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer bietet die Beratungsstelle Charon, die 1989 als Projekt der Hamburger Gesundheitshilfe e.V. ins Leben gerufen wurde. Das vielfältige Angebot (Krisengespräche, Einzel- und Gruppenberatungen, Schulungen, Supervision, etc.) richtet sich an Betroffene, deren Angehörige und Freunde, Trauernde sowie professionelle Helfer und Institutionen. Hier wird Unterstützung geboten auf dem Weg durch Krankheit, Trauer und der Konfrontation mit dem Tod.

Kinderschutzzentrum Hamburg- Harburg

Kinder mit Gewalterfahrungen körperlicher/ seelischer Art oder mit sexuellen Missbrauchserlebnissen, Familien in denen Gewalt aufgetreten ist oder eine solche Entwicklung zu befürchten ist sowie Angehörige und Freunde von Betroffenen können sich an das Kinderschutzzentrum Harburg wenden. Dort besteht die Möglichkeit sich telefonisch beraten zu lassen, ebenso sind persönliche Einzel- und Gruppenberatungen möglich. Fachberatungen, Praxisbegleitung, Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit sollen auch Fachleuten Hilfestellungen geben im Umgang mit Gewalt an Kindern und Jugendlichen sowie Laien aufklären helfen.

Kinder- und Jugendnotdienst/ Mädchenhaus Hamburg

Der Kinder- und Jugendnotdienst ist Ansprechpartner außerhalb der regulären Dienstzeiten der Allgemeinen Sozialen Dienste für Kinder und Jugendliche in Krisen- bzw.

Notsituationen. Das Angebot umfasst Vermittlung in Konflikten und Beratung bis zur kurzfristigen Unterbringungsmöglichkeit. Die Beratung findet telefonisch statt, auf Wunsch auch persönlich.

Das Mädchenhaus bietet Rund- um- die- Uhr- Betreuung, Krisenintervention und Begleitung durch schwierige Lebenssituationen verschiedener Art und richtet sich an junge Mädchen zwischen 13- 17 Jahren. Eine vorübergehende Unterbringung ist möglich. Im Haus können sich die Mädchen einerseits durch Austausch miteinander gegenseitig helfen und unterstützen, andererseits werden sie durch professionelle Mitarbeiter betreut.

Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Erzbistum Hamburg

Die Beratungsstelle ist Teil des kirchlichen Dienstes für die Menschen (flyer). Unabhängig von Konfession, Religion, Nationalität, Alter und Familienstand können sich erwachsene Menschen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden und Rat suchen, an die Einrichtung wenden. Gemeinsam mit Fachleuten aus sozial orientierten Grundberufen werden in Einzel- oder Gruppensitzungen Lösungsmöglichkeiten der bestehenden Probleme erarbeitet.

Telefonseelsorge Hamburg

Speziell ausgebildete TelefonseelsorgerInnen sind 24 Stunden täglich und gebührenfrei erreichbar. Die Gespräche werden absolut vertraulich und anonym behandelt. Jeder kann sich an die Telefonseelsorge mit seinen individuellen Problemen wenden, bekommt Rat und Hilfe, einen objektiven Gesprächspartner oder findet einfach nur jemanden, der zuhört.

Notfallseelsorge, Hamburg

Träger der Notfallseelsorge ist zum größten Teil die Kirche, teilweise die Hamburger Feuerwehr. Sie wird zum Einsatz gerufen bei ungewöhnlichen Situationen an öffentlichen Orten wie der plötzliche Tod eines Erwachsenen, schwere Krankheit oder im Fall eines Suizids oder Suizidversuches. Betroffene selbst oder deren Angehörige werden so in der akuten Krise professionell betreut und es wird gemeinsam versucht, Lösungswege zu erarbeiten.

Mitarbeiterberatung Hamburger Hochbahn AG

Die Einrichtung für Mitarbeiter der Hamburger Hochbahn AG existiert bereits seit 25 Jahren und ist mit 1,5 Stellen besetzt. Die Mitarbeiter können sich mit den vielfältigsten Problemen an die Stelle wenden und im Bedarf regelmäßige Gespräche führen. Alle Zugvorfälle werden gemeldet, damit den Betroffenen Hilfe angeboten werden kann.

Strafvollzugsamt, Referatsleitung

Dieser „1- Mann- Betrieb“ hat eine überwachende und kontrollierende Funktion. In den Anstalten werden regelmäßig Gespräche mit den betreuenden Mitarbeitern geführt. Tritt ein „besonderes Vorkommnis“ auf, wozu auch der Suizid bzw. Suizidversuch zählt, werden anlassbezogene Gespräche, zur Klärung der Situation, geführt. Alle besonderen Vorkommnisse werden an die Stelle gemeldet.

Strafvollzugsamt, Kriseninterventionsteam

Das KiT wurde im Jahr 2001, mit dem Gedanken mehr für die Betreuung der eigenen Mitarbeiter zu tun, gegründet. Insgesamt 12 Mitarbeiter, die in den 9 Hamburger Anstalten verteilt tätig sind, gehören dem Team an und gehen direkt nach der Meldung eines Vorfalls vor Ort. Dort werden die betroffenen Mitarbeiter in der Krisensituation betreut.

Gesundheitsbehörde

Die Gesundheitsbehörde hat keinen Kontakt zu Patienten. Sie führt Aufsicht über die Krankenhäuser, klinische und forensische Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Dienst. Sie gibt den „groben Rahmen“ vor, stellt Kapazitäten und kümmert sich um Anfragen aus den Bürgerschaften der Bezirke.

Frauen helfen Frauen e.V./ 1. Hamburger Frauenhaus

Das 1. Hamburger Frauenhaus verfügt über 13 Zimmer mit insgesamt 44 Betten. Der Standort ist nicht offiziell bekannt. Frauen und Kinder, die dringend eine Unterkunft und Schutz suchen, können dort anonym wohnen. Tagsüber wird vor Ort professionell betreut, nachts wird ein Notdienst angeboten. Die Mitarbeiter helfen bei der Regelung aller

auftretenden Umstände wie Wohnungssuche oder Schulwechsel der Kinder. Jede dort lebende Person hat eine Bezugsfrau, mit der regelmäßig Gespräche stattfinden.

Verwaiste Eltern und Geschwister e.V.

Dieser Verein bietet Gruppenbetreuung für Eltern und Geschwister, die den Verlust eines Kindes erleben. Eine „Suizid Elterngruppe“ wendet sich an Eltern, deren Kind(er) durch Suizid gestorben ist (sind). Insgesamt gibt es 22 Gruppen, die sich 14-tägig treffen und von speziell ausgebildeten Betreuern begleitet werden. Die Dauer der Begleitung entscheidet die Gruppe selbst.

Institut für Trauerarbeit (ITA) e.V. Hamburg

Dieser Verein ist an Personen gerichtet, die durch Verlust eines Menschen Begleitung in ihrer Trauer suchen. Auch hier werden verschiedene Gruppentreffen angeboten wie auch gemeinsame Trauerwochenenden für Kinder und Jugendliche. Interessierte können eine Trauerbegleiterausbildung in der Einrichtung absolvieren.

Angehörige und Suizid, AGUS

Die Gruppe AGUS in Hamburg besteht aus 16 Personen und wurde 1998 gegründet. Der Hauptsitz befindet sich in Bayreuth, wurde dort bereits 1989 gegründet. An AGUS Hamburg können sich Betroffene wenden, die eine(n) Angehörige(n) durch Suizid verloren haben. Die Gruppe setzt sich aus Erwachsenen aller Altersbereiche zusammen und trifft sich 1x monatlich zum Gespräch.

Bahnhofsmision Hamburg

In Hamburg gibt es drei Bahnhofsmissionen, die sich um alle Menschen kümmern, die zu ihnen kommen. V. a. werden die Bahnhofsmissionen von Hamburgern aufgesucht aber ebenso von Menschen auf der Durchreise. Die Mitarbeiter versuchen Hilfe zu leisten und zu vermitteln in allen Belangen, die an sie herangetragen werden. Auch nachts wird die Bahnhofsmision häufig aufgesucht, wenn keine anderen Einrichtungen erreichbar sind.

Solidarische Hilfe im Alter

Ambulante Altenpflege, Krankenpflege und Haushaltshilfe bietet dieser Pflegedienst regulär an. Darüber hinaus sind dort Fachleute tätig, die über das übliche Angebot hinaus, spezielle Hilfen und Unterstützung für Überlebende von NS- Verfolgung, ihre FreundInnen, Verwandten und MigrantInnen anbieten.

Diakonisches Werk, Hamburg

Das Diakonische Werk bietet sehr vielfältige Möglichkeiten der Beratung und Begleitung durch schwierige Lebenssituationen. Es wird in verschiedenen Teams gearbeitet, die sich an verschiedene Zielgruppen richten. Das Angebot umfasst offene Sprechstunden, Einzel- oder Familiengespräche, Erziehungsberatung, bietet Begleitung zu Behörden an, Schuldnerberatung, Suchkrankenhilfe, Schwangerenberatung, etc.

Flüchtlingsbeauftragte Nordelbische Kirche

In Deutschland gibt es 26000 Zwangsabschiebungen pro Jahr, davon in Hamburg 3000. Diese 1- Mann- Einrichtung für Hamburg und Schleswig- Holstein kümmert sich um Menschen in Abschiebesituationen bzw. Abschiebehaft. Ist kein Aufenthaltsstatus mehr vorhanden, hilft und stabilisiert sie die Menschen, indem sie ihnen zuhört, ihre Probleme ernst nimmt, sie berät, sie begleitet und versucht sie doch noch unterzubringen.

Pflegedienst Buchfink

Im Pflegedienst sind 35 Mitarbeiter, die monatlich 300- 350 Patienten betreuen, tätig. Schwerpunkt ist die psychiatrische Fachkrankenpflege, 50 % der Patienten gehören zu dieser Gruppe. Die Mitarbeiter sind in 3 Teams eingeteilt, die sich aus FachpflegerInnen, Sozialarbeitern und Psychologen zusammensetzen.

Aids- Hilfe e.V.

Betroffene finden bei der Aids- Hilfe e.V. Ansprechpartner, die ihnen zuhören, über ihre Krankheit aufklären und beraten. Für Interessierte finden regelmäßig öffentliche

Bildungsveranstaltungen zum Thema statt, Kurse wie Selbsterfahrung werden angeboten und Gruppengespräche können wahrgenommen werden.

Magnus- Hirschfeld- Centrum (MHC)

Die einzige therapeutische Schwulenberatung in Hamburg, eine Anlaufstelle für Schwule, Lesben und schwule bzw. lesbische Jugendliche. Angeboten werden offene Sprechzeiten sowie, nach telefonischer Terminvereinbarung, persönliche Gespräche. Auch öffentliche Feiern und Veranstaltungen werden durchgeführt, um die Hemmschwelle für Interessierte die Einrichtung aufzusuchen, zu senken.

Beratung und Information für Frauen, BIFF

Die Beratungsstelle ist zugänglich für alle Frauen mit unterschiedlichsten Problemen und Fragen. Angeboten werden offene Beratungen, Trennungs- und Sozialberatung, Einzelgespräche zur Krisenintervention und Lesbenberatung. Es finden regelmäßig Gruppentreffen und workshops zu verschiedenen Themen statt.

Pastorat St. Johannis, Harvestehude

Die Kirchengemeinde wird von 2 PastorInnen, deren Arbeit sehr umfassend und vielfältig ist, betreut. Es finden Gespräche mit jungen und alten Menschen statt, Hochzeiten, Taufen, Konfirmationen und Trauerfeiern, Kinder werden betreut und Gottesdienste zu Themen gestaltet, die die Menschen bewegt. Kommunikation und gemeinsames Erleben wird gefördert.

Verbraucherschutzamt VS24/25, Zuführdienst

Der Zuführdienst wird durch einen Amtsarzt, niedergelassenen Arzt oder Krankenhausarzt mit Antrag auf Unterbringung (PsychKG) eines Patienten gerufen. Außerdem werden gesetzliche Betreuer bei der Unterbringung von Patienten nach §1906 Hamb Psych KG unterstützt.

Beschreibung „Klinische Einrichtungen“

Zentraler Aufnahmedienst, UKE

Patienten, die über Rettungs- oder Notarztwagen in die Zentrale Aufnahme gebracht werden oder selbstständig kommen werden dort erstversorgt. Die Aufnahme- und Versorgungsgründe sind sehr vielfältig und umfassen alle nicht- chirurgischen Krankheitsbilder.

Unfallchirurgische Aufnahme, UKE

Alle chirurgischen Patienten werden notfallmäßig über die Aufnahme zugeführt und versorgt.

Klinikum Nord, Qualitätszirkel Suizidprävention

Der Qualitätszirkel wurde 1997 gegründet und umfasst Qualitätskontrolle (KTQ) und Transparenzsteigerung der Tätigkeiten und Vorkommnisse im Krankenhaus, ständige Information der Mitarbeiter zur Suizidalität sowie die Suizidkonferenz. Aufgabe der Suizidkonferenz ist die Klärung der Situation nach Suizid oder schwerem Suizidversuch eines stationären Patienten mit Schwachstellenanalyse, Unterstützung der Mitarbeiter, Aufklärung, Leitlinienerstellung und Unterstützung des Direktoriums nach außen. Das Ziel ist die Prävention von Suizid und Suizidversuch durch genaue Situationsanalysen und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Soziologen, Pflegepersonal und Koordinatoren.

Klinikum Barmbek

Aufnahme und Intensivstation werden von der neurologischen Abteilung mitbetreut. Das Klinikum verfügt nicht über eine eigene psychiatrische Abteilung.

Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle, UKE

Für Opfer von Gewaltstraftaten wurde dieses Modellprojekt, auf ein Jahr zeitlich begrenzt, ins Leben gerufen. Es findet keine Betreuung von Betroffenen statt. Dieses Projekt dient der psychologischen und psychotherapeutischen Erstintervention, Krisenintervention und

Stabilisierung. Zur Beweismittelsicherung findet eine enge Zusammenarbeit mit der Polizei statt.

Therapiezentrum für Suizidgefährdete, UKE

Das Therapiezentrum ist eine ambulante Betreuungseinrichtung als Teil der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im UKE für Menschen, die latent oder akut suizidal sind. Im Regelfall werden die Patienten einmal wöchentlich gesehen und über einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten betreut.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE, Station 1

Schwerpunkt der Station sind PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen, Neurosen sowie in einer suizidalen Krise.

Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Station S11

Allgemeinpsychiatrische Station mit verschiedenen Krankheitsbildern ohne Schwerpunkt.

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Patienten nach Suizidversuch oder die sich mit dem Thema Suizidalität konfrontiert sehen, werden durch einen Pastor, der seit 16 Jahren im Haus tätig ist, psychotherapeutisch betreut.

Kinder- und Jugendpsychiatrie, UKE, Station 8

Allgemeinpsychiatrische Station für Kinder und Jugendliche

Klinikum West, Rissen, Station 23

Allgemeinpsychiatrische Akutstation, geschlossen, mit 80% Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Klinikum Harburg, Psychiatrie, Station 162a

Auf dieser Station finden sich vor allem Patienten mit Depressionen sowie Persönlichkeitsstörungen, Bipolare Störungen und Suchterkrankungen.

1. Wie viele Gespräche führen Sie allgemein pro Monat?
2. Bei wie vielen davon handelt es sich um Suizidalität?
3. Wie viele Gespräche mit suizidalem Inhalt haben Sie im letzten Monat geführt?
 - 3.1. Ist diese Zahl typisch oder handelt es sich um eine Abweichung?
 - 3.2. Hat diese Zahl zugenommen/abgenommen oder ist sie in den letzten Jahren konstant geblieben? (*ca. 3-5 Jahre*)
 - 3.3. Haben Sie eine Erklärung dafür?
4. Wann kommen Sie auf den Gedanken, dass jemand suizidgefährdet ist?
5. Erinnern Sie sich an Personen, die von sich aus ihre Suizidalität angesprochen haben? Häufiger?
6. Haben Sie auch Personen auf eine mögliche Suizidalität angesprochen?
7. Haben Sie im letzten Monat Personen nach einem Suizidversuch gesehen? (bei Negativantwort aufs ½ Jahr bezogen)
 - 7.1. Wie viele?
 - 7.2. Kannten Sie diese Personen bereits vorher?
 - 7.3. Sind diese Personen nach dem Suizidversuch von Verwandten etc. zu Ihnen geschickt worden?
 - 7.4. Von wem geschickt? Häufiger?
8. Haben Sie von einem dritten erfahren, dass einer Ihrer Klienten im letzten ½ Jahr/Jahr einen Suizidversuch begangen oder sich suizidiert hat?
9. Haben Sie Personen gesehen, bei denen es Ihnen schwerer/leichter fiel, sie auf ihre Suizidalität anzusprechen?
10. Können Sie sich das erklären? (bei Positivantwort Frage 9)
11. Wie gehen Sie vor, wenn Sie den Eindruck haben, dass eine Person suizidgefährdet ist?
(*„Behandlung“ bei Ihnen oder weiterschicken zur professionellen Betreuung und wohin*)
12. Wo sehen Sie Ihre persönliche Grenze in der Betreuung dieser Personen?
13. Gibt es Ihre Zeit überhaupt her, sich intensiv mit einer suizidgefährdeten Personen zu beschäftigen?
 - Wie finanziert sich diese Einrichtung?
 - Sind diese Mittel für Ihre Arbeit ausreichend?
14. Haben Sie im Verlauf der Betreuung einer suizidalen Person schon einmal einen Kollegen oder andere konsultiert?
 - 14.1. Schon häufiger?

- 14.2. Wen?
15. War der Umgang mit Suizidalität Bestandteil Ihrer Ausbildung/Weiterbildung?
 - 15.1 Wo und wie?
 - 15.2 War diese Aus-/Weiterbildung zur Suizidalität und Suizidprävention ausreichend?
16. Hätten Sie sich mehr Aus-/Weiterbildung gewünscht?
 - 16.1 Was und Wo?
 - 16.2 Was würden Sie für die Ausbildung des Nachwuchses (welchen Nachwuchs?) vorschlagen?
17. Sehen Sie aus Ihrer Erfahrung Defizite in der Versorgung Suizidgefährdeter in Hamburg?
18. Was würde Ihnen den Umgang mit suizidgefährdeten Personen erleichtern?
19. Haben Sie Vorstellungen, was man in Hamburg verändern könnte?

1. Stat.: Wie viele belegte Betten haben Sie aktuell auf Ihrer Station?
Amb.: Wie viele Patienten haben Sie z. Z. in Behandlung? / Wie viele Patienten haben Sie pro Quartal in Behandlung?
Aufn.: Wie viele Patienten sehen Sie durchschnittlich pro Tag?
2. Amb./Aufn.: War die Anzahl der Aufnahmen im letzten Quartal vergleichbar? Stat.: Ist diese Anzahl mit den anderen Quartalen vergleichbar?
3. Stat.: Wie viele der Patienten, die sich aktuell auf Ihrer Station befinden sind aus Ihrer Sicht suizidgefährdet?
Amb./Aufn.: Wie viele der Patienten, die Sie momentan in Behandlung haben, sind aus Ihrer Sicht suizidgefährdet?
 - 3.1. Ist diese Zahl typisch oder handelt es sich um eine Abweichung?
 - 3.2. Hat diese Zahl zugenommen/abgenommen oder ist sie in den letzten Jahren konstant geblieben? (*ca. 3-5 Jahre*)
 - 3.3. Haben Sie eine Erklärung dafür?
4. Wann kommen Sie auf den Gedanken, dass jemand suizidgefährdet ist?
5. Erinnern Sie sich an Patienten, die von sich aus ihre Suizidalität angesprochen haben? Häufiger?
6. Haben Sie auch Patienten auf eine mögliche Suizidalität angesprochen?
7. Stat.: Haben Sie Patienten aufgrund eines Suizidversuches aktuell bei Ihnen auf Station? Wie viele?
Amb./Aufn.: Haben Sie in diesem/letzten Quartal Patienten aufgrund eines Suizidversuches in Behandlung?
Amb./Aufn.: Haben Sie heute oder in der letzten Woche Patienten nach einem Suizidversuch gesehen?
 - 7.1. Wie viele?
 - 7.2. Wurde die Erstversorgung von Ihnen geleistet bzw. wurde der Patient von einem niedergelassenen Arzt o. ä. eingewiesen?
 - 7.3. Kommt es häufiger vor, dass suizidale Patienten von niedergelassenen Ärzten o. ä. zu Ihnen eingewiesenen werden.
 - 7.4. Von wem?
8. Haben Sie von einem dritten erfahren, dass einer Ihrer Patienten im letzten 1/2 Jahr/Jahr einen Suizidversuch begangen oder sich suizidiert hat?
9. Haben Sie Patienten gesehen, bei denen es Ihnen schwerer/leichter fiel, sie auf ihre Suizidalität anzusprechen?

10. Können Sie sich das erklären? (bei Positivantwort Frage 9)
11. Wie gehen Sie vor, wenn Sie den Eindruck haben, dass ein Patient suizidgefährdet ist?
12. Wo sehen Sie Ihre persönliche Grenze in der Behandlung dieser Patienten?
13. Gibt es Ihre Zeit überhaupt her, sich intensiv mit einem suizidgefährdeten Patienten zu beschäftigen?
Entspricht die Vergütung der Behandlung suizidaler Patienten Ihrem Arbeitsaufwand?
Nein: Wie könnte die Vergütung aussehen?
14. Haben Sie im Verlauf einer Behandlung eines suizidalen Patienten schon einmal einen Kollegen oder andere konsultiert?
 - 14.1. Schon häufiger?
 - 14.2. Wen?
15. War der Umgang mit Suizidalität Bestandteil Ihrer Ausbildung/Weiterbildung?
 - 15.1. Wo und wie?
 - 15.2. War diese Aus-/Weiterbildung zur Suizidalität und Suizidprävention ausreichend?
16. Hätten Sie sich mehr Aus-/Weiterbildung gewünscht?
 - 16.1. Was und Wo?
 - 16.2. Was würden Sie für die Ausbildung des Nachwuchses vorschlagen?
17. Sehen Sie aus Ihrer Erfahrung Defizite in der Versorgung Suizidgefährdeter?
18. Was würde Ihnen den Umgang mit suizidgefährdeten Patienten erleichtern?
19. Haben Sie Vorstellungen, was man in Hamburg verändern könnte?

Danksagung

Ich danke Herrn Professor Dr. med. Paul Götze für die Überlassung des Themas und die stetige Unterstützung bei der Fertigstellung meiner Arbeit.

Herrn Dipl.-Psych. Georg Fiedler danke ich für seine Verlässlichkeit und die gute Zusammenarbeit in allen Arbeitsschritten.

Ich bedanke mich herzlich bei allen Mitarbeitern der einzelnen Einrichtungen und klinischen Bereiche, die sich an der Untersuchung beteiligt haben. Diese Bereitschaft zur Kooperation und die Geduld beim Beantworten der zahlreichen Fragen haben die vorliegende Untersuchung überhaupt erst ermöglicht.

Meinem Mann möchte ich sehr dafür danken, dass er nie an der Fertigstellung dieser Arbeit gezweifelt hat und immer für mich da war und ist.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern für die Motivation, Unterstützung und das jahrelange „mitfiebern“ während meiner Studien- und Promotionszeit.

Ihnen möchte ich diese Arbeit widmen.

Lebenslauf

Name		Marianne Möbius, geb. Gängel
Geburtsdatum		29.04.1980
Geburtsort		Lutherstadt Eisleben
Familienstand		verheiratet, 1 Kind
Werdegang	1986 - 1998	Schulbildung, Abschluss: Abitur
	1998 - 1999	Ausbildung zur Facharzthelferin, ohne Abschluss
	1999 - 2005	Studium der Humanmedizin Universität Hamburg Abschluss: Staatsexamen
	seit 2005	Studium der Zahnmedizin Universität Hamburg

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

.....