

Vorlage-Nr. 14/1446

öffentlich

Datum: 02.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Briesemeister/Herr Kaiser/Herr Dr. Mennicken

Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Jährlicher Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht zu den Suizidfällen 2015 in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage 14/1446 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK. ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

H ö t t e

Zusammenfassung:

Aus den dargestellten Daten und deren Auswertung ergeben sich auch für 2015 keine signifikanten Hinweise auf eine auffällige Häufung von Suiziden in einzelnen LVR-Kliniken.

Die dargestellten Entwicklungen der „Patienten- und Kliniksuzide“ im LVR-Klinikverbund über die Jahre 2011 bis 2015 unterliegen insgesamt einer geringen Varianz.

Im Vergleich der Kliniksuzide liegt die Suizidrate 2015 im LVR-Klinikverbund mit 44 Suiziden/100.000 Fälle unter nationalen Vergleichswerten mit 50 Suiziden/100.000 Fälle.

Die bereits im letzten jährlichen Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken beschriebenen präventiven Maßnahmen sind weiterhin in den LVR-Kliniken wirksam und werden im Rahmen des verbundweiten „Arbeitskreises Gewalt- und Suizidprävention“ intensiv diskutiert und bearbeitet.

Ein unter dem Gesichtspunkt der Suizidprävention intensiv zu betrachtendes Thema stellen zukünftig die baulich-atmosphärischen Gegebenheiten in den Kliniken dar. Neben den therapeutischen Maßnahmen und einer persönlichen Begleitung können die Architektur und eine den Suizid nicht begünstigende Ausstattung psychiatrischer Stationen einen weiteren präventiven Beitrag leisten.

Hierzu wird im nächsten Jahr berichtet.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1446:

Inhaltsverzeichnis

0.	Auftrag.....	3
1.	Suizide im LVR Klinikverbund – Grundlagen der Berichtslegung.....	3
1.1	Begrifflichkeiten.....	3
1.2	Erfassung und fachliche Bewertung.....	3
2.	Darstellung der Ergebnisse.....	4
2.1	Gemeldete Patientensuizide 2011 – 2015.....	4
2.2	Gemeldete Kliniksui- zide 2015.....	7
3.	Bewertung.....	11

0. Auftrag

Der Auftrag an die Verwaltung zur Berichtslegung geht auf eine Entscheidung des Ältestenrats in seiner Sitzung vom 01.06.2011 zurück, einmal jährlich zusammenfassend über Suizide in den LVR-Kliniken zu berichten. Die Berichterstattung erfolgt seit dem Jahr 2012 jeweils in der ersten Sitzungsrunde zu Beginn der 2. Jahreshälfte, in der eine Auswertung und fachliche Bewertung der Suiziddaten des Vorjahres vorliegt. Die nachfolgende Darstellung berichtet über die Suizide des Jahres 2015 und analysiert diese unter Berücksichtigung einer mehrjährigen Entwicklung.

1. Suizide im LVR Klinikverbund – Grundlagen der Berichtslegung

Psychisch kranke Menschen haben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko, einen Suizid zu begehen (vgl. Schneider et al. [2005]¹). Genaue Vergleichszahlen fehlen jedoch in der neueren Literatur. Statistischen Schätzungen zufolge liegt der Anteil des Kliniksuzids an allen Suiziden bei <5%², bezogen auf ca. 10.000 Menschen, die insgesamt durch Selbsttötung jährlich in der Bundesrepublik Deutschland versterben.

1.1 Begrifflichkeiten

Grundlage zum Verständnis von Aussagen zur Interpretation von Suizidereignissen in den LVR-Kliniken ist die Festlegung eines einheitlichen Verständnisses über die verwendeten Begrifflichkeiten. In diesem Zusammenhang wurde bereits in den Berichtslegungen 2012 bis 2014 an die politischen Gremien des LVR eine Unterscheidung in „Kliniksuzide“ und „Patientensuzide“ vorgenommen.

Als „Patientensuzid“ werden alle im LVR-Klinikverbund gemeldeten Suizide bezeichnet unter Einbezug ambulanter und ehemaliger Patientinnen und Patienten. Eine Unschärfe in der Berücksichtigung von Suiziden von Patientinnen und Patienten, die sich in einer ambulanten Behandlung der Institutsambulanzen befinden oder bereits aus der Krankenhausbehandlung entlassen sind, ergibt sich weiterhin daraus, dass die jeweilige Klinik nicht immer bzw. nicht zeitnah von einem Suizid einer/eines entlassenen oder in der Ambulanz behandelten Patientin/Patienten überhaupt Kenntnis erlangt.

Als „Kliniksuzid“ wird demgegenüber die Selbsttötung eines Menschen während stationärer oder teilstationärer Behandlung in einer Klinik bezeichnet. Die Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als diese Suizide sich im Rahmen des von der Klinik verantworteten Behandlungssettings und innerhalb der Behandlungsprozesse ereignen und dadurch direkte Einflussmöglichkeiten der Klinik im Sinne der Risikominimierung und Suizidprophylaxe bestehen.

1.2 Erfassung und fachliche Bewertung

Ausgangspunkt der Erfassung der Suizide in den LVR-Kliniken sind weiterhin die Meldungen „Besonderer Vorkommnisse“ (BV) an die Verbundzentrale. Gemäß der Allgemeinen Rundverfügung Nr. 10 sind die LVR-Kliniken verpflichtet, der

¹ Schneider, B.; Bartusch, B.; Schnabel, A.; Fritze, J. (2005): Achse-I-Störungen als Risikofaktoren für Suizid in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 32, H. 4, S. 185-194. Online verfügbar unter doi:10.1055/s-2004-828388.

² Vgl.: Wolfersdorf, M: 2016: „Suizid im psychiatrischen Krankenhaus“, erschienen in Nervenarzt 2016:87- S. 476; Springer-Verlag Heidelberg

Verbundzentrale alle Patientinnen- und Patientensuizide unverzüglich als Sofortmeldung und innerhalb von fünf Tagen nach Bekanntwerden als BV zu melden.

In der Verbundzentrale werden die Meldungen administrativ aufbereitet und fachlich bewertet. Dies umfasst in jedem Einzelfall Nachfragen zu einzelnen Details im Interesse einer gemeinsamen Sachverhaltsaufklärung mit den Kliniken ebenso wie die fachpflegerische und fachärztliche Erörterung im Fachbereich bis hin zur Fallbesprechung in der jeweiligen Klinik mit dem betroffenen Team. Sofern angezeigt und erforderlich, werden einzelne Maßnahmen zur Änderung des Vorgehens oder der Prozesse innerhalb der Klinik mit dem jeweiligen Klinikvorstand erörtert und vereinbart.

Die fachliche Prüfung und Bewertung verfolgt das Ziel, aus den Auswertungen und der Aufarbeitung jedes einzelnen Suizids Strategien abzuleiten, die geeignet erscheinen, zukünftige Patientensuizide zu vermeiden. Hierfür kann auch die anonymisierte Fallbesprechung im „Arbeitskreis Gewaltprävention“ einen wichtigen Beitrag leisten.

2. Darstellung der Ergebnisse

2.1 Gemeldete „Patientensuizide“ 2011 – 2015

Im Jahr 2015 wurden aus den neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland insgesamt 33 Suizide gemeldet.

Die Entwicklung der Suizidhäufigkeit seit 2011 kann der **Abbildung 1** entnommen werden. Im Vergleich zu 2014 ist eine Abnahme um 2 „Patientensuizide“ festzustellen. Im letzten Report wurde die Zahl der Suizide in 2014 mit 34 angegeben, in der nachstehenden Tabelle sind 35 Suizide verzeichnet- dies ist einer Nachmeldung geschuldet.

Abb. 1 „Patientensuizide“ im Klinikverbund 2011 – 2015

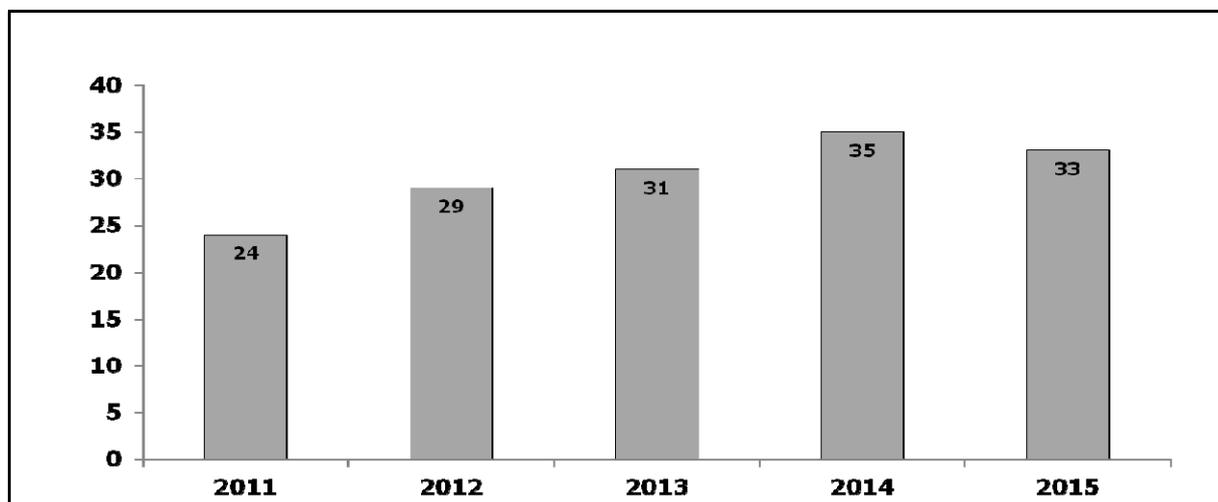
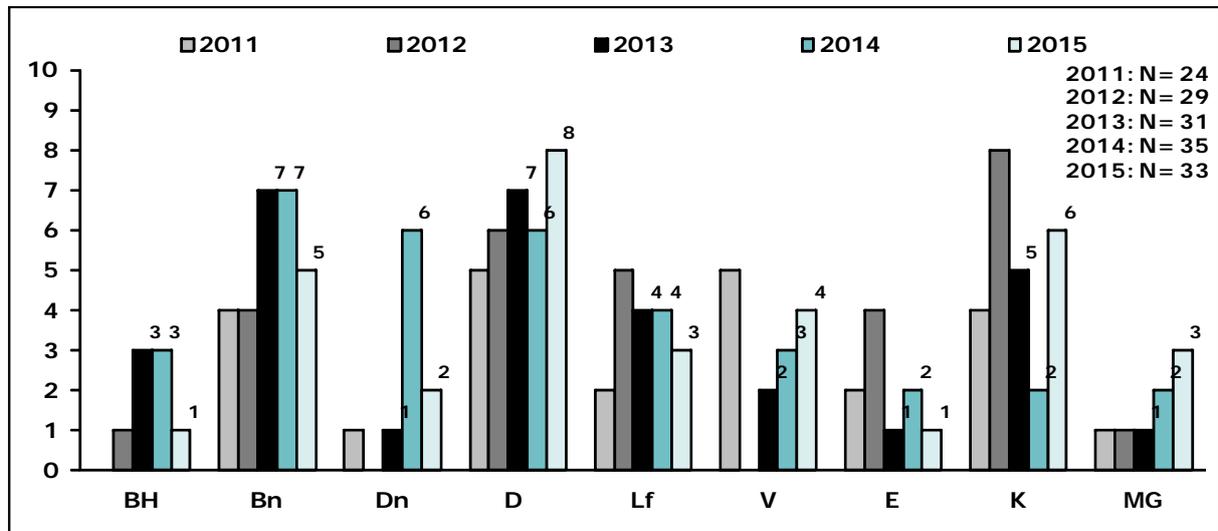


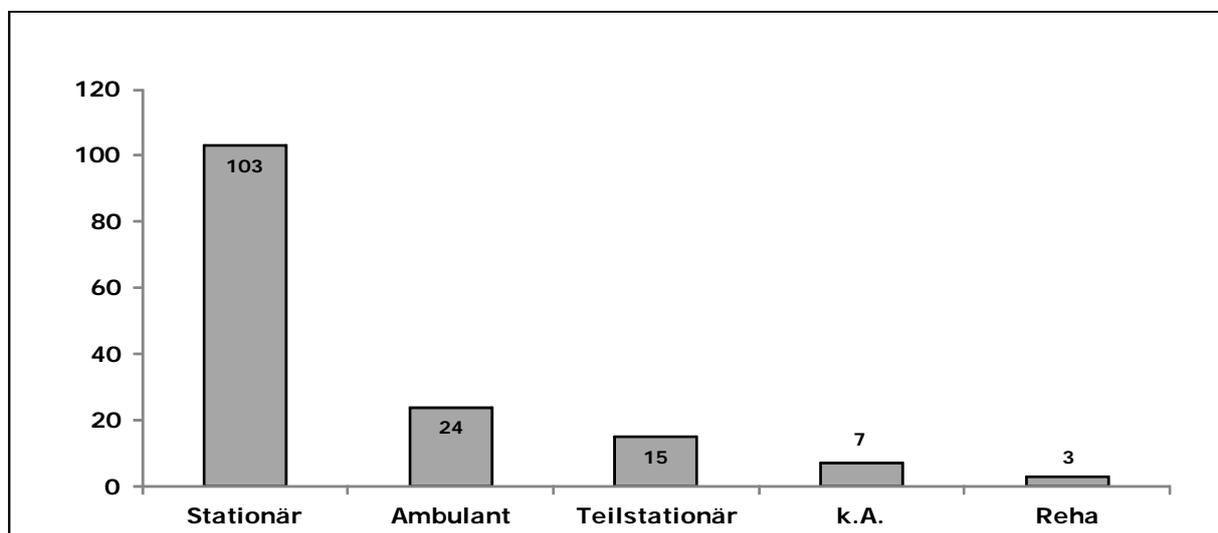
Abbildung 2 zeigt alle gemeldeten Suizide von Patientinnen und Patienten während oder nach einer stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlung in den LVR-Kliniken.

Abb. 2 „Patientensuizide“ nach Kliniken 2011 – 2015



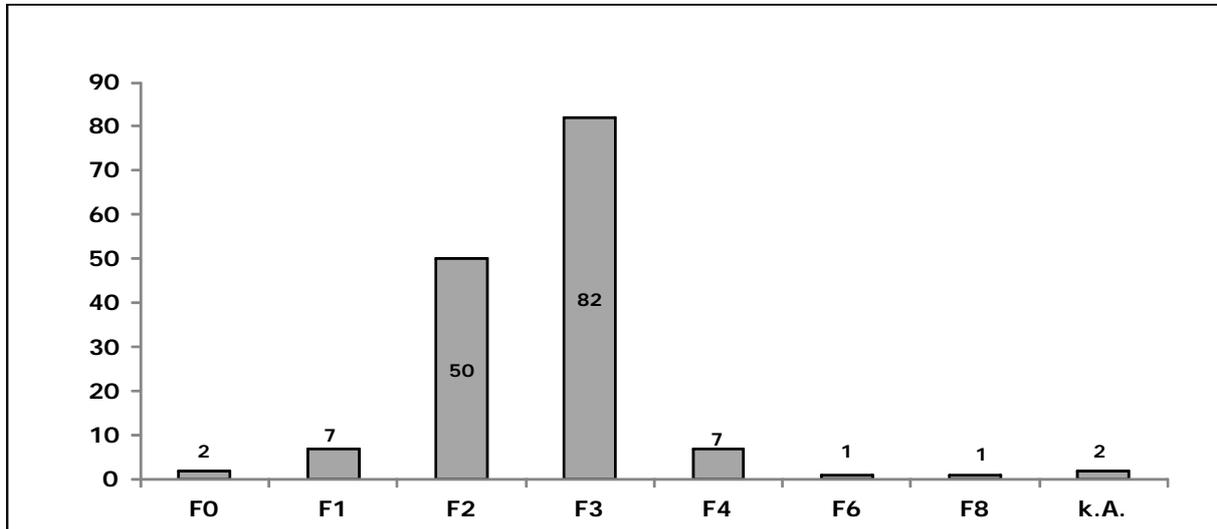
Von den zwischen 2011 und 2015 gemeldeten 152 „Patientensuiziden“ ereigneten sich 103 während der stationären Behandlung, 15 während einer teilstationären Behandlungsepisode und 24 im ambulanten Behandlungssetting. 7 Meldungen bezogen sich auf Personen ohne Behandlungsstatus, in der Regel ehemalige Patientinnen und Patienten (**Abbildung 3**).

Abb. 3 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Behandlungsstatus 2011 – 2015



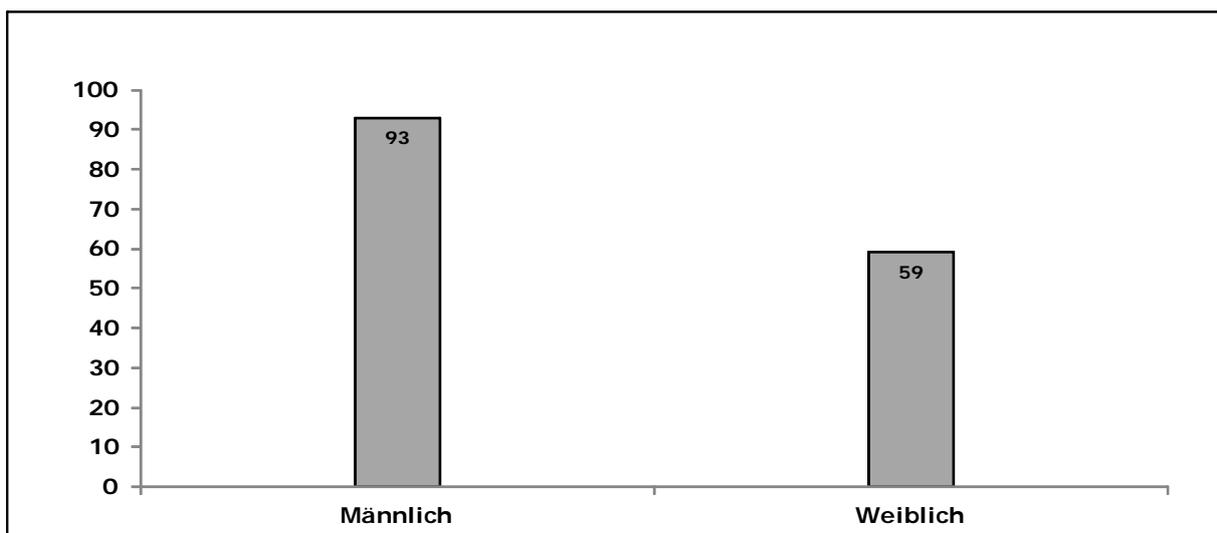
Den weitaus meisten Suiziden im LVR-Klinikverbund liegt, wie aus der nachfolgenden **Abbildung 4** ersichtlich, eine affektive Störung (F3) zugrunde und hier zuvorderst die Depressionen, gefolgt von schizophrenen Störungen (F2), was dem weltweiten Verteilungsmuster der Suizide nach Diagnosen entspricht. Mit jeweils etwa gleichem Anteil folgen die Abhängigkeitserkrankungen, die Belastungsstörungen und die Persönlichkeitsstörungen.

Abb. 4 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Diagnosen 2011 – 2015



Die in **Abbildung 5** aufgezeigte Geschlechterverteilung weicht von der durchschnittlichen Verteilung der Suizide in der Gesamtbevölkerung insoweit ab, als Männer dort deutlich stärker - bis zu doppelt so häufig - von Suiziden betroffen sind. Im Kontext der Diagnosenverteilung im LVR-Klinikverbund relativiert sich dieser Befund etwas durch eine deutlich höhere Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems durch depressive Frauen gegenüber depressiven Männern.

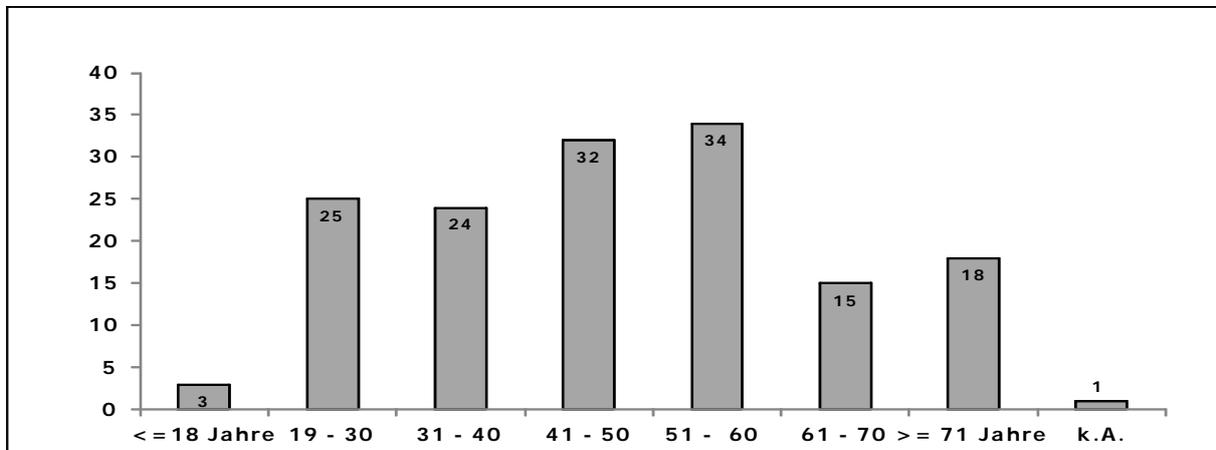
Abb. 5 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Geschlecht 2011 – 2015



Die Darstellung der „Patientensuizide“ nach Altersklassen (**Abbildung 6**) bildet die derzeitige in Deutschland und Europa zu beobachtende Dominanz der Altersgruppen zwischen 19 und 60 Jahren ab. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) gehen in

ihrem 2015 veröffentlichten Memorandum davon aus, dass durch den demographischen Wandel und das steigende Suizidrisiko im Alter auch die Anzahl der Suizide von älteren Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung in den nächsten Jahren ansteigen wird.³

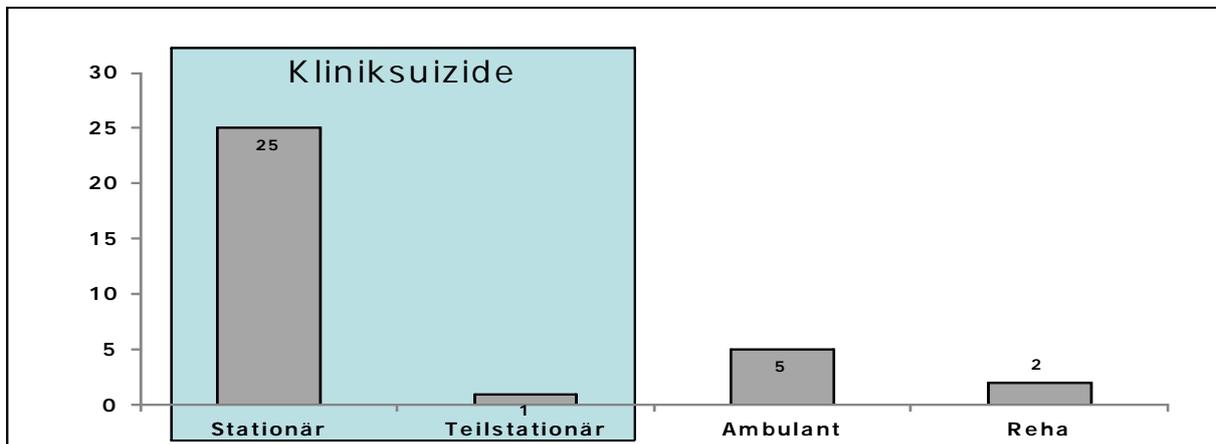
Abb. 6 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Altersklassen 2011 – 2015



2.2 Gemeldete „Kliniksui­zide“ 2015

Wie in Abschnitt 1.1 erläutert, ereignen sich „Kliniksui­zide“ im stationären und teilstationären Behandlungssetting. **Abbildung 7** zeigt die Verteilung der „Kliniksui­zide“ nach Behandlungsstatus. In 2015 lassen sich 25 Suizide dem stationären und 1 Suizid dem teilstationären Bereich zuordnen. Alle nachfolgenden Abbildungen beziehen sich ebenfalls auf eine Grundgesamtheit von 26 „Kliniksui­ziden“.

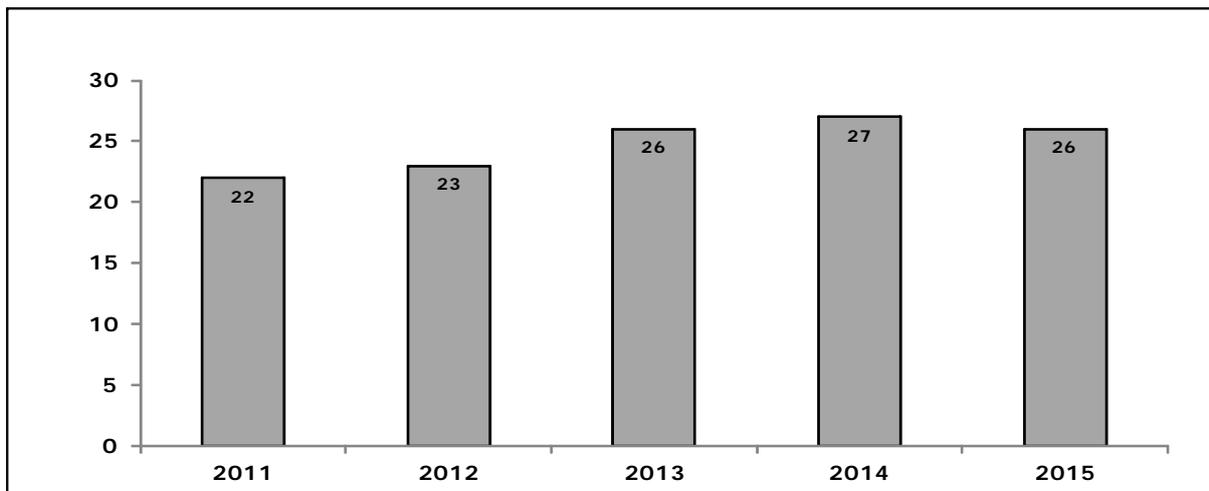
Abb. 7 „Kliniksui­zide“ nach Behandlungsstatus



³ Memorandum der NaSPro und DGS (2015): „Wenn alte Menschen nicht mehr Leben wollen - Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“

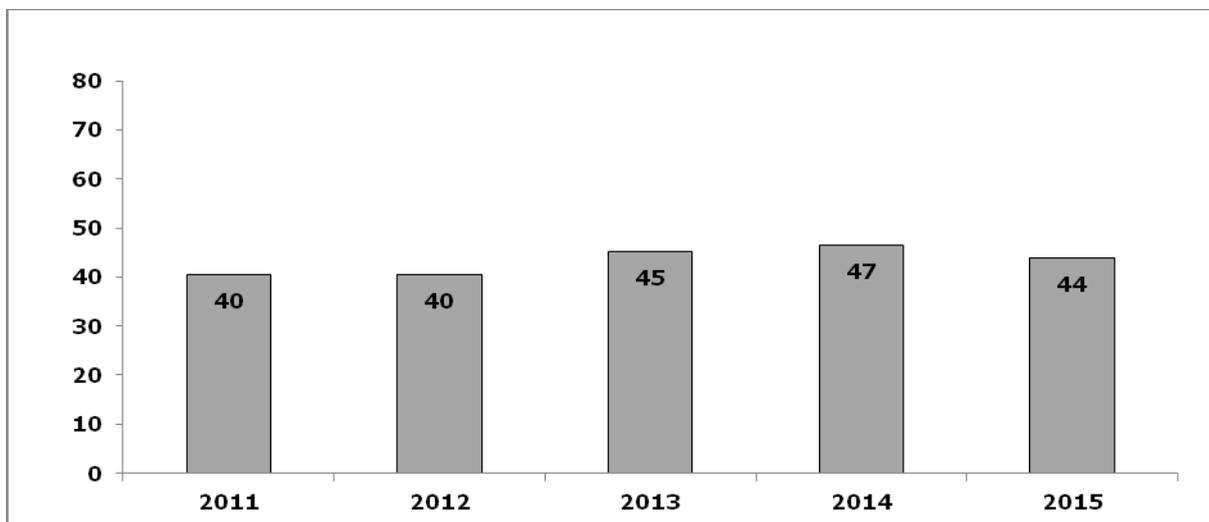
Die Zahl der „Kliniksuzide“ ist über die Jahre 2011 – 2015 relativ konstant (**Abbildung 8**).

Abb. 8 „Kliniksuzide“ im Klinikverbund 2011 – 2015



Die Auswertung in **Abbildung 9** bildet die Suizidrate auf 100.000 Fälle ab. Im Vergleich mit den wenigen wissenschaftlichen Studien zu Suizidraten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (WOLFERSDORF, 2014; GLASOW, 2011) weist der LVR-Klinikverbund in 2015 einen niedrigeren Wert 44/100.000 als die nationale Suizidrate mit 50 Suiziden/100.000 Fällen⁴ aus.

Abb. 9 „Kliniksuzide“ 2011 - 2015 je 100.000 Fälle im LVR-Klinikverbund



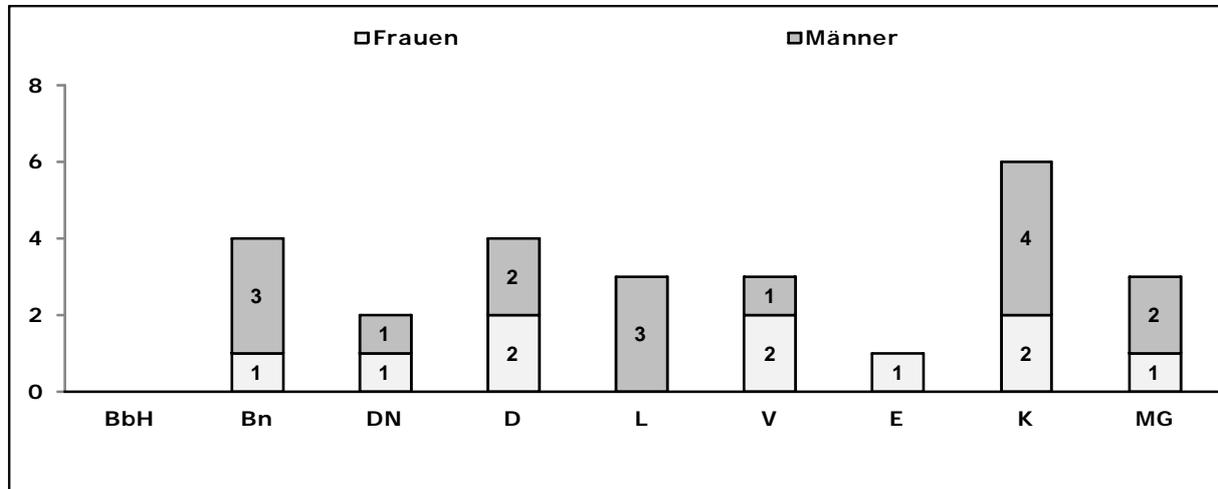
Die folgenden Darstellungen analysieren die gemeldeten „Kliniksuzide“ im Jahr 2015 nach

- Geschlecht
- Alter
- Ort
- Rechtsgrundlage
- Diagnosen

⁴ Vgl.: Wolfersdorf, M: 2016: „Suizid im psychiatrischen Krankenhaus“, erschienen in Nervenarzt 2016:87- S. 476; Springer-Verlag Heidelberg

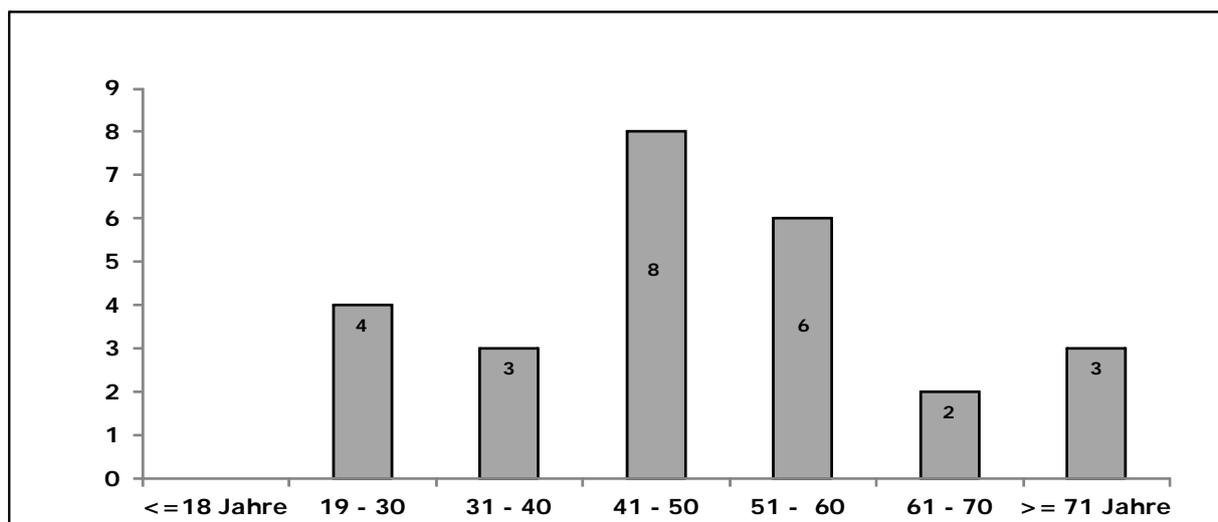
Abbildung 10 bestätigt den nationalen Trend, dass mehr Männer als Frauen von Selbsttötung betroffen sind. Über alle LVR-Kliniken hinweg liegt die Anzahl der Suizide in 2015 bei Patienten (16 Suizide) höher als bei Patientinnen (10 Suizide). Im Vergleich mit den Jahren 2012 bis 2014 ist diese Anzahl stabil.

Abb. 10 „Kliniksuizide“ 2015 nach Geschlecht und Kliniken



In Bezug auf das Alter (**Abbildung 11**) zeigt sich im LVR-Klinikverbund eine Dominanz der 41-60 jährigen Patientinnen und Patienten (14 Suizide). In nationalen Statistiken steigt mit dem Lebensalter die Anzahl vollendeter Suizide. Männer im höheren Lebensalter ab 70 Jahren weisen demnach eine gegenüber Frauen bis zu dreifach erhöhte Suizidrate auf⁵ und zeigen in der Gesamtzahl einen proportional zum Lebensalter verlaufenden starken Anstieg an. Patientinnen und Patienten über dem 71. Lebensjahr (5 Suizide) sind im LVR-Klinikverbund, entgegen der nationalen Statistik, mäßig betroffen.

Abb. 11 „Kliniksuizide“ 2015 nach Altersklassen

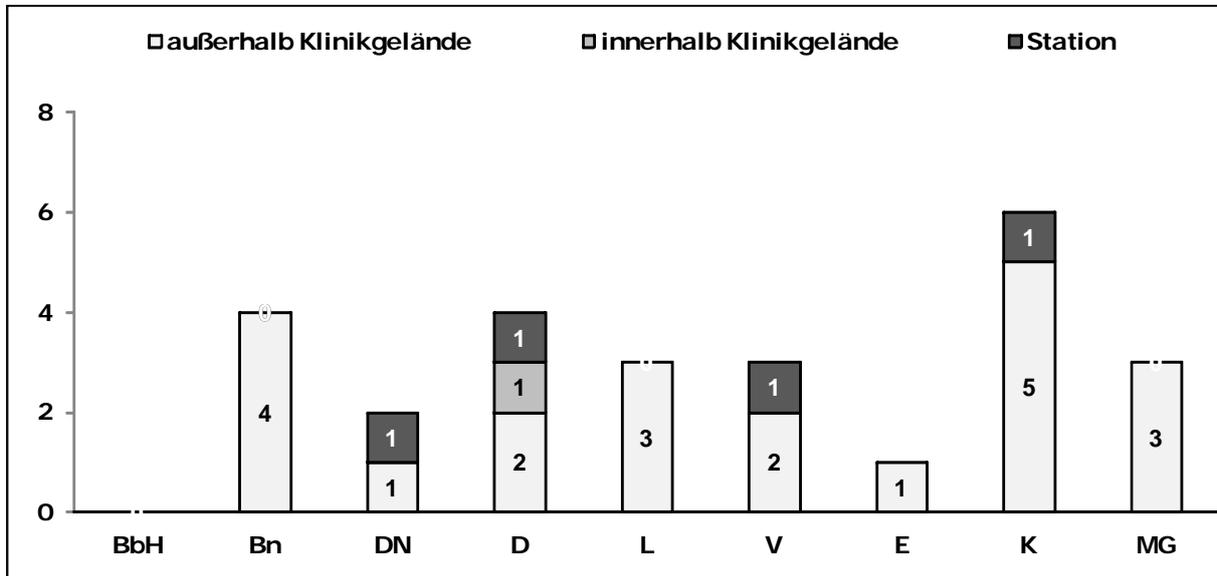


Wie auch in den Vorjahren ereignen sich die Selbsttötungen überwiegend außerhalb der Klinikgelände (21 von 26 Suiziden, **Abbildung 12**). Dies geschieht insbesondere in

⁵ Vgl. Internet-Url: Statistisches Bundesamt 2014 http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=19712::Suizid; abgerufen am 10.08.2016

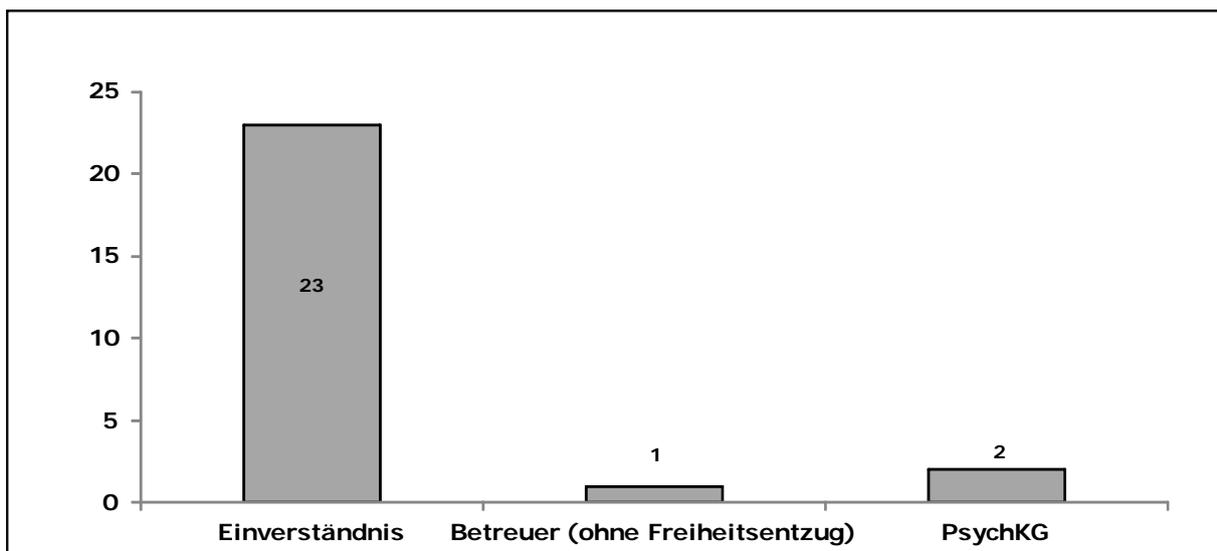
überwiegendem Maß bei regulären Ausgängen und im Rahmen der sogenannten „Belastungserprobungen“ - zumeist „Beurlaubungen“ von der Therapie über Nacht oder am Wochenende, in denen die Patientinnen und Patienten die Umsetzung von erworbenen Alltagsbewältigungsstrategien in der häuslichen Umgebung im Sinne der Entlassvorbereitung erproben.

Abb. 12 „Kliniksuzide“ 2015 nach Ort und Kliniken



Die meisten Suizide (88%) werden von Patientinnen und Patienten verübt, die die Klinik aus eigenem Entschluss aufgesucht oder sich im Verlauf ihrer Behandlung freiwillig zu einer Fortführung entschieden haben (**Abbildung 13**).

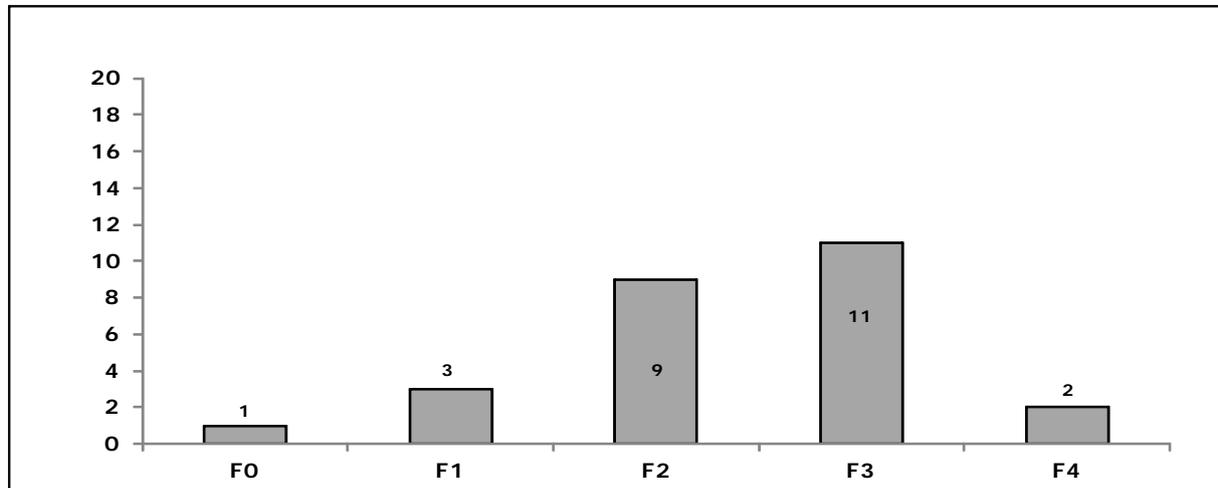
Abb. 13 „Kliniksuzide“ 2015 nach Rechtsgrundlage der Behandlung



In Übereinstimmung mit dem bereits oben aufgezeigten „Patientensuiziden“ (Abbildung 4, Seite 6) suizidierten sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung („Kliniksuzid“) 2015 mehr Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (F3 = 11 Suizide) als Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder wahnhaften Störungen (F2 = 9 Suizide; **Abbildung 14**). Patientinnen und Patienten aus den anderen Diagnosegruppen der LVR-Kliniken - Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

(F0), Abhängigkeitserkrankungen (F1) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)– zeigen deutlich geringere Suizidhäufigkeiten. Statistisch erhöht sich dieses Risiko jedoch deutlich, wenn mehrere dieser Störungen bei einer Patientin/einem Patienten vorliegen⁶.

Abb. 14 „Kliniksuzide“ 2015 nach Diagnosen



3. Bewertung

Aus den dargestellten Daten und deren Auswertung ergeben sich auch für 2015 keine signifikanten Hinweise auf eine auffällige Häufung von Suiziden in einzelnen LVR-Kliniken.

Die in den **Abbildungen 1 und 8** dargestellten Entwicklungen der „Patienten- und Kliniksuzide“ im LVR-Klinikverbund über die Jahre 2011 bis 2015 unterliegen insgesamt einer geringen Varianz.

Männer (**Abbildung 5**: 93 Patientensuzide) begehen im Verlauf der betrachteten Jahre und über alle Altersgruppen hinweg signifikant häufiger Suizid als Frauen (59 Patientinnensuzide).

In Studien⁷ von M. Wolfersdorf et.al. (1989, 2014) konnte belegt werden, dass das Suizidrisiko bei jungen schizophren erkrankten Männern mit zunehmender Anzahl von Wiederaufnahmen steigt, während das Suizidrisiko bei schwer depressiv Kranken⁸ meist dem Beginn einer Depression zu zuzuschreiben ist und im Krankheitsverlauf sinkt. Im LVR-Klinikverbund zeigt die Entwicklung der Jahre 2011-2015 eine höhere Anzahl an Suiziden bei affektiven Störungen (F3 = 82 Suizide), als bei Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder wahnhaften Störungen (F2 = 50 Suizide). Dies könnte darin begründet liegen, dass der Anteil depressiv Kranker in den LVR-Kliniken über die betrachteten Jahre prozentual angestiegen ist⁹.

⁶ Vgl. Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland; Internet-Url.: <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen/kurzinfo-suizid.html> abgerufen am 10.08.2016

⁷ Vgl. ebd. : Wolfersdorf, M: 2016: „Suizid im psychiatrischen Krankenhaus“, erschienen in Nervenarzt 2016:87- S. 478; Springer-Verlag Heidelberg

^{8/9} Vgl. Qualitäts- u. Leistungsbericht des LVR-Klinikverbunds 2012-2013; S. 31; LVR-Report 2016 – S.67 / Tab. 4

Im nationalen Vergleich der Suizidrate von Psychatriepatientinnen und -patienten („Kliniksuzide“) liegt die Suizidrate 2015 im LVR-Klinikverbund mit 44 Suiziden/100.000 Fälle unter nationalen Vergleichswerten, zuletzt aus 2014, mit 50 Suiziden/100.000 Fälle.

Der am häufigsten für Suizide ausgewählte Ort liegt außerhalb der LVR-Kliniken entsprechend des situativen Parameters „Ausgang“ oder „Belastungserprobung“.

Mit der Novellierung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten und der Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) wird die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten deutlich gestärkt.

Gleichzeitig birgt der seit einigen Jahren einsetzende Wandel in den LVR-Kliniken hin zu einer offeneren Gestaltung der Behandlungssettings Risiken insbesondere bei Wochenendbeurlaubungen und Ausgängen im Rahmen der Entlassvorbereitung. Förderliche Behandlung braucht neben der fachlichen Einschätzung und dem Wissen um die Verantwortung für die Patientinnen und Patienten den Freiraum für therapeutische Entscheidungen. Diese bilden neben der Beobachtungs- und Einschätzungsfähigkeit des betreuenden Teams bei Patientinnen und Patienten mit generell erhöhter suizidaler Gefährdung, die aber zum Entscheidungszeitpunkt kein akutes Suizidrisiko zeigen, die Grundlage einer gestuften Belastungserprobung mit Wochenendbeurlaubung und Ausgängen. Hierzu gibt es kaum Alternativen. Eine absolute Suizidprävention gibt es nicht, auch nicht unter optimalen Bedingungen von Therapie und Pflege, Kommunikation und Sicherung¹⁰.

Untersuchungen durch Glasow (vgl. ebd. N. Glasow 2011) weisen für die Bundesrepublik Deutschland bei geschlossen untergebrachten Patientinnen und Patienten Suizidraten von 79 Suiziden/ 100.000 Fällen aus, die deutlich über der Rate der im offenen Setting behandelten Patientinnen und Patienten (55 Suizide/ 100.000 Fällen)¹¹ liegen. Insgesamt werden damit deutlich mehr Kliniksuzide von Patientinnen und Patienten auf geschlossenen Stationen vollzogen.

Diese Zahlen belegen: *„Offene Türen in der stationären psychiatrischen Behandlung begünstigen keine Suizide“*. Zu dieser Aussage kommt eine Untersuchung der Universität Basel durch Huber et.al. (2016)¹² in deutschen Psychatrien. Offene Stationen weisen weder eine signifikant erhöhte Suizidrate, noch eine häufigere Entweichungsrate auf. Auf den LVR-Klinikverbund bezogen, stützt dieses Ergebnis die Suizidprävention auf der Basis einer freiwilligen Behandlung, ohne erzwungene Einschränkung der Patientenautonomie.

Die bereits im letzten jährlichen Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken beschriebenen präventiven Maßnahmen, z.B. die Erfassung der Basissuizidalität mittels pflegerischer Ratingskalen¹³, Standards zum Erkennen von und zum Umgang mit Suizidalität sowie strukturierte Nachbesprechungen eines jeden „Kliniksuzids“ und andere Strategien zur Suizidprävention, sind weiterhin in den LVR-Kliniken wirksam und werden im Rahmen des verbundweiten „Arbeitskreis Gewalt- und Suizidprävention“

¹¹ **Nadine Glasow (2011):** Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen, Logos Verlag Berlin; Internet- Url.: <http://www.eph-psychiatrie.de/grundlagen&Suizidalitaet&g=1> abgerufen am 10.08.2016

¹² **Vgl. Thomas Müller (2016):** zitiert aus SpringerMedizin.de / Affektive Störungen/Nachrichten vom 03.08.2016

¹³ **NGASR: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk** =globale pflegerische Einschätzung der Basissuizidalität

intensiv diskutiert. Im Kontext des 2016 in Kraft getretenen LVR-Rahmenkonzepts „Klinisches Risikomanagement“ ist für 2017 die strukturierte Erfassung von Suizidrisiken geplant.

Ein unter dem Gesichtspunkt der Suizidprävention hervorzuhebendes Thema für den verbundweiten „Arbeitskreis Gewalt- und Suizidprävention“ stellen die baulich-atmosphärischen Gegebenheiten in den Kliniken dar. Neben den therapeutischen Maßnahmen und einer persönlichen Begleitung können die Architektur und eine den Suizid nicht begünstigende Ausstattung psychiatrischer Stationen einen weiteren präventiven Beitrag leisten.

Soweit Suizide sich innerhalb der Klinik ereignen, können diese in allen Räumen einer Klinik, vor allem jedoch auf den Stationen, verübt werden. Patientenzimmer, Überwachungsräume und Nassbereiche stellen mit großem Abstand die am häufigsten genutzten Bereiche für Suizide dar, so dass deren Gestaltung in der baulichen Suizidprävention eine besondere Bedeutung zukommt. Gute Rahmenbedingungen, das heißt, suizidverhindernde Ausstattung sowie die Gestaltung von offenen kontakt- und beziehungsfördernden Räumen der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich in suizidalen Krisen befinden, stehen im Mittelpunkt der weiteren Aktivitäten des Arbeitskreises.

Hierzu wird im nächsten Jahr berichtet.

In Vertretung

H ö t t e