

1. Titel und Verantwortliche

Titel	SuppsyKli – Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken
Förderkennzeichen:	ZMVI1-2517FSB144
Projektleitung:	Dr.-Ing. Nadine Glasow
Projektmitarbeitende:	PD Dr.-med. habil. Ute Lewitzka, Dr.-phil. Katharina König, Anna Vetter, Arite Bandelin
Kontaktdaten:	Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen Hallwachsstraße 5 01069 Dresden T +49 (0) 351 30922143 F +49 (0) 351 30933084 glasow@felberinstitut.de
Laufzeit:	01.11.2017 bis 31.10.2020
Laufzeitverlängerung:	01.11.2020 bis 11.02.2021
Fördersumme:	318.437,00 € und
Förders. Verlängerung:	27.395,05 €
Datum Abschlussbericht:	14.09.2021

2. Inhaltsverzeichnis

1.	Titel und Verantwortliche	1
2.	Inhaltsverzeichnis	2
3.	Zusammenfassung	6
4.	Einleitung	7
4.1	Ziele Paket 1: Entwicklung und Etablierung eines zentralen webbasierten Erhebungsinstruments für Suizide – Suiziddatenbank	8
4.2	Ziele Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung der baulichen Suizidprävention	9
4.3	Ziele Paket 3: Experten- und Patientenbefragung zu baulichen Empfehlungen 10	
4.4	Ziele Paket 4: Test und Evaluation der Implementierung, Anpassung des Verfahrens	11
4.5	Ziele Paket 5: Analyse und Zusammenführung bestehender nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte	11
5.	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	12
5.1	Methode Paket 1: Suiziddatenbank	12
5.1.1	Entwicklung des Erhebungsinstruments	12
5.1.2	Auswertungsmethodik der Suiziddatenbank	15
5.2	Methode Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung	16
5.2.1	Entwicklung eines Bewertungssystems für Bauelemente	16
5.2.2	Qualitative Einzelfalluntersuchungen	16
5.2.3	Entwicklung des Analyseverfahrens	17
5.3	Methode Paket 3: Experten- und Patientenbefragung	18
5.4	Methode Paket 4: Durchführung und Evaluation der Implementierung	19
5.5	Methode Paket 5: Untersuchung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte	20
6.	Durchführung Arbeits- und Zeitplan	21

6.1	Arbeits- und Zeitplan Paket 1: Suiziddatenbank	22
6.2	Arbeits- und Zeitplan Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung.....	23
6.3	Arbeits- und Zeitplan Paket 3: Experten- und Patientenbefragung.....	24
6.4	Arbeits- und Zeitplan Paket 4: Test und Evaluation der Implementierung.....	25
6.5	Arbeits- und Zeitplan Paket 5: Analyse und Zusammenführung bestehender nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte	27
7.	Ergebnisse	27
7.1	Ergebnisse Paket 1: Suiziddatenbank	27
7.2	Ergebnisse Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung	29
7.2.1	Ergebnisse des Bewertungssystems für Bauelemente	29
7.2.2	Ergebnisse der Einzelfalluntersuchungen	33
7.2.3	Ergebnisse der Entwicklung des Analyseverfahrens.....	36
7.3	Ergebnisse Paket 3: Experten- und Patientenbefragung.....	37
7.3.1	Ergebnisse der Patientenbefragung	37
7.3.2	Ergebnisse der Expertenbefragung.....	38
7.3.3	Ergebnisse des Vergleichs zwischen Patienten- und Expertenbefragung	39
7.4	Ergebnisse Paket 4: Durchführung und Evaluation der Implementierung	40
7.4.1	Ergebnisse der Implementierung.....	40
7.4.2	Feedback der Kliniken/Evaluation	40
7.5	Ergebnisse Paket 5: Untersuchung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte 41	
7.5.1	Einschätzung der Suizidalität und Dokumentation	41
7.5.2	Standardisierung des Vorgehens	42
7.5.3	Kommunikation.....	47
7.5.4	Schulungen und Optimierung	48
7.5.5	Optimierung	49
8.	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	50

8.1 Diskussion der Ergebnisse Paket 1: Suiziddatenbank.....	50
8.2 Diskussion der Ergebnisse Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung.....	53
8.2.1 Entwicklung des Bewertungssystems	53
8.2.2 Qualitative Einzelfalluntersuchungen	53
8.2.3 Entwicklung des Analyseverfahrens.....	55
8.3 Diskussion der Ergebnisse Paket 3: Experten- und Patientenbefragung	55
8.3.1 Patientenbefragung	55
8.3.2 Expertenbefragung	56
8.4 Diskussion der Ergebnisse Paket 4: Durchführung und Evaluation der Implementierung.....	57
8.5 Diskussion der Ergebnisse Paket 5: Untersuchung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte	58
8.5.1 Diskussion der Erhebung zu nicht-baulichen Präventionskonzepten	58
8.5.2 Diskussion zur Ableitung eines Empfehlungskataloges	59
9. Gender Mainstream Aspekte.....	62
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	62
10.1 Zugänglichkeit der Kliniksuiziddaten	62
10.2 Wissenschaftliche Fachvorträge.....	63
10.3 Website und Social Media	63
10.4 Sonstiges	64
11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)	64
11.1 Verwertung der Suiziddatenbank	64
11.2 Verwertung des Analysetools zur baulichen Suizidprävention	64
11.3 Verwertung der Projektergebnisse zu nicht-baulichen Suizidpräventionskonzepten	65
12. Publikationsverzeichnis	66
13. Literaturverzeichnis	66
14. Anlagen	66

3. Zusammenfassung

Das Projekt *SupsyKli* setzt sich sowohl mit baulichen als auch mit nicht-baulichen Aspekten der Suizidprävention in Deutschland auseinander. Das Projekt ist in fünf Arbeitspakete gegliedert.

Im ersten Arbeitspaket wurde ein Fragebogen von Experten und Expertinnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen entwickelt, der zur Erhebung von Kliniksuiziden und -suizidversuchen eingesetzt wird. Ziel war es, die Angaben in den Fragebögen in einer Datenbank zusammenzuführen. Knapp 90 Kliniken beteiligen sich aktuell an der Datenerhebung. Auf Anfrage sollen die Daten Forscher und Forscherinnen für suizidologische Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt werden.

Im zweiten Teilpaket wurde ein Konzept erarbeitet, mit dem die Suizidpräventionsansätze in den Kliniken implementiert werden können. Dazu gehörten die Überarbeitung des Bewertungssystems, welches das Risikopotenzial von Bauelementen erfasst, qualitative Einzelfallanalysen und die Überarbeitung von Auditunterlagen, mit der die bauliche Suizidprävention in einer Klinik evaluiert werden kann. Es zeigte sich, dass die einzelnen Schritte wesentlich zur Verbesserung des Audits beitragen konnten, mit dem die bauliche Suizidprävention dokumentiert wird.

Im dritten Arbeitspaket wurden Experten und Expertinnen und Patienten und Patientinnen zu Gestaltungsempfehlungen der baulichen Suizidprävention befragt. Bei den Experten und Expertinnen lag der Fokus auf der Praktikabilität im klinischen Alltag, während die Patienten und Patientinnen gefragt wurde, wie zufrieden sie mit bestimmten Gestaltungen sind. Die Erkenntnisse ergänzten die Nutzerperspektive der Klinikbewertungen und lieferten Aussagen zur Akzeptanz von baulichen Suizidpräventionsansätzen.

Im vierten Arbeitsschritt wurde getestet, wie praxisrelevant die Auditunterlage in den sächsischen Landeskliniken sind. Anmerkungen aus den Feedbackgesprächen mit den Klinikleitungen wurden aufgenommen und die Auditunterlage entsprechend angepasst.

Im fünften Arbeitspaket standen die nicht-baulichen Suizidpräventionskonzepte im Fokus, die mittels einer Umfrage an psychiatrischen Kliniken in Deutschland untersucht wurden. Die Ergebnisse waren mehrheitlich einheitlich, beispielsweise erfolgt die Dokumentation von Suiziden oder Suizidversuchen überwiegend in der digitalen Patientenakte, eine Standardisierung wird jedoch selten eingesetzt.

Die Antragstellerinnen empfehlen die Entwicklung eines möglichst einheitlichen Leitfadens zur Suizidprävention an psychiatrischen Kliniken. Weiterhin sollten regelmäßige Schulungen/Weiterbildungen zu diesem Thema fest in der klinischen Routine verankert werden.

4. Einleitung

Ziel des Projektes *SupsyKli* war es, die Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken zu erfassen und zu verbessern. Immer mit dem langfristigen Ziel, Suizidraten in Deutschland dauerhaft zu senken. Kausale Zusammenhänge können jedoch mit Abschluss des Projektes nicht untersucht werden, da der Zusammenhang bei einer, für die Suizidpräventionsforschung verhältnismäßig kurzen Laufzeit von 3 Jahren, nicht festgestellt werden kann.

Zum Zeitpunkt der Antragstellung existierten keine evidenzbasierten allgemeingültigen Standards zur Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen in Psychiatrischen Kliniken. Untersucht wurden sowohl bauliche als auch nicht-bauliche Suizidpräventionskonzepte, wobei das Hauptaugenmerk auf der baulichen Suizidprävention lag. Auf der Grundlage der Ergebnisse sollte die Implementierung einer evidenzbasierten Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken erreicht werden. Bearbeitet wurde das Projekt in fünf Arbeitspaketen.

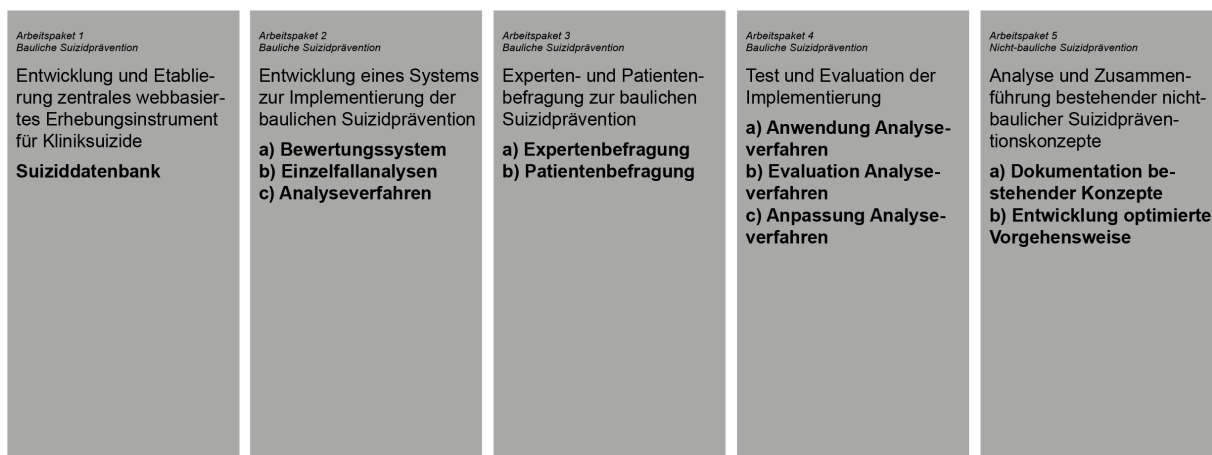


Abbildung 1: Arbeitspakete des Projektes *SupsyKli*

Die ersten vier Arbeitspakete wurden von Nadine Glasow und Katharina König des Werner-Felber-Instituts e. V. bearbeitet. Die nicht-baulichen Aspekte (Arbeitspaket 5) lagen in der Verantwortlichkeit von Ute Lewitzka und ihren Mitarbeiterinnen Anna Vetter beziehungsweise Arite Bandelin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden.

4.1 Ziele Paket 1: Entwicklung und Etablierung eines zentralen webbasierten Erhebungsinstruments für Suizide – Suiziddatenbank

Für eine erfolgreiche Umsetzung der baulichen Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken ist es entscheidend, die Wechselwirkung zwischen gebauter Umwelt und Kliniksuizidraten noch genauer beschreiben zu können und die Evidenz für eine bauliche Prävention zu erhöhen. Bisher gab es in Deutschland keine zentrale und kontinuierliche Erfassung von Kliniksuiziden. Zurückliegende Erhebungen berücksichtigten zudem kaum bauliche Variablen. Vorliegende architekturbezogene Studien bezogen sich häufig auf Substichproben (Glasow, 2011; Ruff, Hemmer, Bartsch, Glasow, & Reisch, 2018).

Die Bedeutsamkeit, die eine solche Datenbank für die Suizidpräventionsforschung hat, stellt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) heraus:

„Die Messung (oder nicht erfolgende Messung) des Erfolgs von Bemühungen zur Reduzierung von Suiziden und Suizidversuchen oder die Auswirkung von Suiziden auf die Gesellschaft im Allgemeinen erfordert den Zugang zu reliablen und validen Daten [...]. Eine Qualitätsverbesserung hängt davon ab, ob Daten zum Zeitpunkt einer notwendigen Verbesserung vorliegen.“ (WHO, 2014)

Im ersten Arbeitspaket erarbeiteten die Antragsstellerinnen daher eine Methode zur deutschlandweiten Erfassung von Kliniksuiziden. Ziel war es, eine Datenbank zu entwickeln, in der Daten zu Kliniksuiziden und -suizidversuchen detailliert erfasst werden und die auch soziodemografische, psychiatrische und bauliche Variablen beinhalten. Im Sinne einer hohen Datenqualität sind die Suizide prospektiv zu erfassen. Aus den Daten der erfassten Suizide wurde in weiteren Arbeitsschritten Informationen für die Weiterentwicklungen der baulichen Suizidprävention in Kliniken abgeleitet.

Folgende Teilziele sollten erreicht werden:

1. Entwicklung eines Erhebungsbogens sowie Programmierung einer webbasierten Datenbank
2. freiwillige Verpflichtung zur dauerhaften Beteiligung von mindestens 10 % der psychiatrischen Kliniken (Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Akutkrankenhäusern) in Deutschland bis Förderende (geschätzte Anzahl: N=60)

4.2 Ziele Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung der baulichen Suizidprävention

Prospektiv ist es entscheidend, dass ein System existiert, mit dem das Wissen der baulichen Suizidprävention in Kliniken hineingetragen wird. Dieses System sollte immer dem aktuellen Wissenstand entsprechen. Das heißt, dass alle baulichen Daten der erhobenen Kliniksuzide kontinuierlich einbezogen werden. Vor dem Hintergrund, dass innerhalb psychiatrischer Kliniken eine sehr hohe Anzahl potenziell relevanter räumlicher Elemente (z. B. Strangwerkzeuge, Befestigungspunkte, Sprungorte) vorzufinden sind, ist es erforderlich, eine statistische Relevanz für die einzelnen Elemente angeben zu können. Daraus resultieren im nächsten Schritt konkrete Empfehlungen zu baulichen Anpassungen. Einzelne Wirkungsmechanismen, wie z. B. die Frage, ob noch andere Elemente im Raum verfügbar gewesen wären, können jedoch nicht innerhalb dieser Statistiken abgebildet werden und wurden daher qualitativ untersucht. Konkret geht es dabei um die Frage, welche Merkmale von Bauelementen den Aufforderungscharakter zum Suizid erhöhen. Gibt es bestimmte Höhen, Formen oder Raumpositionen, die einen besonderen Aufforderungscharakter haben?

Zu den Raumelementen, die am häufigsten für Suizide und Suizidversuche verwendet wurden, gehören: Duschtrennungen, Türklinken, Kleiderschränke, Heizkörper, Fenstergriffe und -scharniere sowie Armaturen (Glasow, 2011). Basierend auf diesen Ergebnissen wurden Bauelemente untersucht, für die bislang keine baulichen Lösungen zur Verfügung standen, die uneingeschränkt empfohlen werden können.

Auf diesen wissenschaftlichen Grundlagen sollte ein praktikables Analyse- und Beratungsprozedere entwickelt werden. Jeweils einzubeziehen sind eventuelle Unterschiede zwischen den einzelnen Disziplinen der psychiatrischen Versorgung (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik).

Folgende Teilziele sollen erreicht werden:

1. Entwicklung eines Algorithmus, der die vorliegenden Suiziddatensätze direkt in ein Bewertungssystem für einzelne Raumelemente überführt (Beispiel: Ermittlung der durchschnittlichen Befestigungshöhe von Strangulationsgurten aus den Datensätzen, höhere Risikobewertung für Elemente ab dieser Höhe)
2. Ermittlung von suizidfördernden bzw. -hemmenden Gestaltungskriterien für relevante architektonische Elemente: Türen, Fenster sowie Armaturen (Beispiel: hohe Laibungstiefe oder Angrenzen an einen Gemeinschaftsraum als hemmende Faktoren bei Türklinken)

3. Konzeption eines optimierten Analyse- und Beratungsverfahrens für die bauliche Suizidprävention auf Grundlage des Angebots des *Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)*: genaue Beschreibung der Vorgehensweise sowie Entwicklung der Dokumentationswerkzeuge

4.3 Ziele Paket 3: Experten- und Patientenbefragung zu baulichen Empfehlungen

Zur Umsetzung der baulichen Suizidprävention steht eine Reihe von baulichen Empfehlungen zur Verfügung. Diese wurden jedoch zum Teil theoretisch entwickelt und mussten im Sinne einer höheren Realisierungsrate durch eine Experten- und Patientenbewertung evaluiert werden. Beispiele dafür sind die Verwendung von Griffmulden statt Türkliniken (hier ist das Öffnen mit dem Ellenbogen nicht mehr möglich), die Nutzung von Sportkopfbrausen (besonders bei Erbringen von Pflegeleistungen) oder Klicksystemen für Duschschräume (,die mit einem hohen Zeitaufwand verbunden sind). Experten und Expertinnen sollten im Rahmen dieses Arbeitspakets zudem die Gelegenheit erhalten, zusätzliche bauliche Ausprägungen einzubringen. Besonderer Wert wurde auf die Integration atmosphärischer Aspekte gelegt. Ausgewählte Theorien (z. B. positive Effekte der Naturbetrachtung, Hochwertigkeit der Raumausstattung, Aneignungsmöglichkeiten, wie z. B. Regale auf denen eigene Gegenstände abgelegt werden können) sollten damit erstmals auf Akzeptanz bei psychiatrischen Patienten und Patientinnen geprüft werden.

Folgende Teilziele sollten erreicht werden:

1. Entwicklung zweier Erhebungsinstrumente zur Bewertung von baulichen Empfehlungen/Ausprägungen, inklusive atmosphärischer Ansätze, durch Experten und Expertinnen (Mitarbeitende aus den Bereichen Pflege, Bau und Technik, medizinische Mitarbeiterbeitende) sowie Patienten und Patientinnen
2. Durchführung der Patientenbefragung in den sächsischen Landeskliniken ($N=200$)
3. deutschlandweite Durchführung der Expertenbefragung mittels eines webbasierten Fragebogens ($N=200$)
4. Auswertung der Befragung und Überführung der Ergebnisse in einen Katalog von baulichen Empfehlungen für das optimierte Analyse- und Beratungsverfahren zur baulichen Suizidprävention

4.4 Ziele Paket 4: Test und Evaluation der Implementierung, Anpassung des Verfahrens

In einem weiteren Teil sollte im Rahmen des Projektes eine erste Implementierung einer standardisierten baulichen Suizidprävention in Pilotkliniken durchgeführt werden. Ziel war es, anhand einer Evaluation die Praxisrelevanz, Effizienz, Praktikabilität und Akzeptanz zu überprüfen und zu verbessern.

Folgende Teilziele sollten erreicht werden:

1. Durchführung des Verfahrens in Pilotkliniken (Bereiche mit mindestens 500 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie sowie jeweils 200 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Forensik)
2. Entwicklung und Durchführung eines Evaluationsverfahrens
3. Anpassung des Analyse- und Beratungsverfahrens an die Ergebnisse der Evaluation

4.5 Ziele Paket 5: Analyse und Zusammenführung bestehender nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte

Ergänzend zu klassischen therapeutischen Ansätzen (Diagnose und Behandlung von Suizidalität) und baulichen Maßnahmen ist es erforderlich, eine übergeordnete Suizidpräventionsstrategie zu entwickeln. Darin enthalten sein sollten unter anderem die regelmäßige Schulung von Mitarbeitenden, Bewältigungsstrategien nach erfolgten Kliniksuiziden sowie die Kommunikationspolitik usw. Das Ziel der Antragstellerinnen war es, vereinzelt umgesetzte Ansätze zu einem Empfehlungsleitfaden zusammenzuführen.

Folgende Teilziele sollten erreicht werden:

1. Erstellung einer Übersicht zu bestehenden nicht-baulichen Suizidpräventionskonzepten
2. Analyse der Konzepte, Entwicklung einer optimierten Vorgehensweise

Zum Zeitpunkt der Antragstellung standen weder für bauliche keine, für nicht-bauliche Suizidpräventionsmaßnahmen nur begrenzt standardisierte Verfahren zur Verfügung. Zu den nicht-baulichen Aspekten gehören das Suizidassessment, Algorithmen zum Umgang mit Suizid (SOPs), Suizidkonzepte und regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden in der praktischen Umsetzung dieser Prozedere.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das übergeordnete Anliegen des Projektes, nämlich den direkten Zusammenhang zwischen baulicher Suizidprävention und Kliniksuzidraten wissenschaftlich zu untersuchen, ist innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens nicht realisierbar.

Suizide treten pro Klinik durchschnittlich einmal im Jahr auf, sodass innerhalb von drei Jahren keine verlässlichen Erkenntnisse gewonnen werden können. Die Methodik wurde daher so gewählt, dass einerseits die Beratungen, die erfolgen sollen, durch die direkte Anbindung an eine Suizidatenbank eine Evidenzbasierung erfahren und gleichzeitig die Grundlagen geschaffen werden, um das übergeordnete Ziel des Projektes zu erreichen. In diesem Sinne wird die Suiziderhebung durch das Werner-Felber-Institut nach Förderungsende fortgeführt.

Das Forschungsprojekt war durchgehend interdisziplinär angelegt. Neben Architektinnen und Psychiaterinnen wurden über das Kuratorium und weitere Mitglieder des Werner-Felber-Instituts e. V. auch Psychologen und Psychologinnen und Juristinnen beratend einbezogen.

Die Erhebung von Kliniksuziden wurde für den gesamten deutschen Raum angestrebt. Für die Evaluation der Implementierung der baulichen Suizidprävention war eine Zusammenarbeit mit den sächsischen Landeskliniken geplant (, in denen sich die Zahl der Betten wie folgt zusammensetzt: 937 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie, 233 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 466 forensische Plätze). Der Träger, das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, hatte vor Projektbeginn seine Kooperationsbereitschaft bekundet. Die zugesagte Zusammenarbeit bezog sich auch auf den Zugang zu sächsischen Kliniksuzidaten. Sachsen ist regelmäßig das Bundesland mit den höchsten Suzidraten und eignet sich daher gut als Stichprobe. Für den nicht-baulichen Bereich wurden auch ausgewählte Schweizer Kliniken einbezogen werden, die besonders fortschrittliche Suizidpräventionskonzepte verfolgen.

5.1 Methode Paket 1: Suizidatenbank

5.1.1 Entwicklung des Erhebungsinstrumentes

Zunächst wurde als Grundlage einer Recherche zu anderen Erhebungsinstrumenten aus publizierten Kliniksuzidstudien (mit soziodemografischen und klinischen Variablen) durchgeführt. Aus den Ergebnissen sowie eigenen Erhebungsinstrumenten zu baulichen Variablen wurden leitfadengestützte Experteninterviews geführt, um die

Variablen auszuwählen. Der Fragebogen zur Datenerfassung basiert hauptsächlich auf dem Fragebogen der Arbeitsgemeinschaft (AG) Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus (unter der Leitung von Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf und PD Dr. Frieder Wurst), der im Kreis der AG seit vielen Jahren aktiv zur Datenerhebung eingesetzt wird. Da die vorliegende Fassung aus dem Jahr 1980 stammt, wurden bereits in den ersten Interviews zahlreiche Anpassungen/Aktualisierungen vorgenommen. Darüber hinaus wurden weitere bereits etablierte Erhebungsbögen als Grundlage genutzt, sodass der entwickelte Fragebogen aus Variablen folgender Erhebungen bestand:

1. Fragebogen von Wolfersdorf/Vogel, Arbeitsgemeinschaft Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus
2. Fragebogen *Suizide im Justizvollzug*, Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs
3. Fragebogen der WHO zur Erfassung von Suizidversuchen
4. Fragebogen Basisdokumentation (BADO): Patientenangaben – Behandlungsbeginn
5. Fragebogen von Glasow (2011) zu baulichen Variablen der Suizidprävention

In einem Konsensusprozess mit Expertengremien wurde das durch die Experteninterviews vorabgestimmte Instrument weiter qualifiziert. Ziel war es, einen austarierten Fragebogen zu entwickeln, der einerseits für die Kliniken gut praktikabel ist und einen Abgleich mit klassischen Angaben innerhalb der Dokumentation ermöglicht. Andererseits sollte dieser möglichst alle Aspekte von Suizidalität beinhalten. Da der Fragebogen dadurch sehr umfangreich ausfiel wurden Variablen gestrichen, die bereits hinreichend erforscht sind. Zum Konsensusprozess wurden Mitglieder folgender Gremien eingeladen:

1. AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus (Leitung von Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf und PD Dr. Frieder Wurst)
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Referat Suizidologie
3. Nationales Suizidpräventionsprogramm (NasPro), AG Bauwerke und Umwelt

Die vorgeschlagenen Variablen sowie die verworfenen Variablen sollten von den Experten und Expertinnen anhand eines Fragebogens (Anhang 01) mit Schulnoten bewertet werden. Die Änderungen, die sich aus den Bewertungen ergeben haben,

wurden dem Gremium in Form eines neuen Vorschlags unterbreitet und schlussendlich angenommen. Damit war die fachliche Vorbereitung abgeschlossen.

Der finale Fragebogen beinhaltet insgesamt 102 Variablen, von denen je nach Fallkonstellation für vollendete Suizide in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland zwischen 55 und 71 Variablen abgefragt werden. Für die Aufnahme von Fällen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde eine eigene Version des Erhebungstools entwickelt (z. B. entfallen die Fragen zum Zivilstand und der Anzahl der Kinder, dafür wurde die Variable selbstverletzendes Verhalten, Diagnoseführung in sechs Achsen usw. aufgenommen). Eine dritte Version wurde für die Belange Schweizer Kliniken angepasst. Hier wurden einzelne zusätzliche Variablen aufgenommen, sprachliche und rechtliche Anpassungen vorgenommen sowie abweichende Unterbringungsarten berücksichtigt. Für Suizidversuche werden jeweils deutlich weniger Variablen abgefragt, um den Aufwand für die beteiligten Kliniken möglichst gering zu halten. Eine Übersicht über die Versionen des Erhebungstools ist im Anhang (Anhang 02) zu finden.

Die Erhebung wurde nach abgeschlossener Entwicklung von der Ethikkommission der sächsischen Landesärztekammer positiv begutachtet. Um den hohen Datenschutzanforderungen gerecht zu werden, wurde das Dresdner Institut für Datenschutz mit der Erstellung eines Datenschutzkonzepts für das Projekt beauftragt (Anhang 03).

Im Anschluss an die Entwicklung erfolgte eine Programmierung der Erhebung mit dem Tool *SoSci-Survey* sowie eine Testphase mit einer Stichprobe von 20 Kliniken. Auf Grundlage des Feedbacks aus den Testkliniken wurde das Tool weiter optimiert, was vor allem die Skippinglogik und Klarheit der Formulierungen betraf. Da die Dokumentation von suizidalen Vorkommnissen in den Kliniken sehr unterschiedlich erfolgt und meist lückenhaft ist, wurde weitgehend auf Pflichtangaben im Erhebungstool verzichtet.

Nach Abschluss der technischen Entwicklungsarbeit und der Testphase wurden bundesweit Kliniken eingeladen, an der Erhebung teilzunehmen. Die Kontaktdaten (Klinikdirektoren und Klinikdirektorinnen und Chefärzten und Chefärztinnen) wurden mittels einer Internetrecherche ermittelt. Zusätzlich wurden verschiedene übergeordnete Institutionen, z. B. Sozialministerien der anderen Bundesländer, Krankenhausträger oder die Bundesdirektorenkonferenz einbezogen.

5.1.2 Auswertungsmethodik der Suiziddatenbank

Ein Ziel der Datenbank ist die Datenbasis für die suizidologische Forschung zu verbessern. Nur so kann auch überprüft werden, ob eine konkrete Präventionsmaßnahme wirksam ist. Eine komplexe Auswertung der 102 Variablen innerhalb des Projektes ist zunächst nicht vorgesehen. Die Auswertung der eingegebenen Daten zum Projektende dient zum einen dazu, einen Überblick über die vorhandene Datenqualität zu bekommen sowie den teilnehmenden Kliniken relevante Aspekte zurückzumelden. Erkenntnisse aus baulichen Variablen fließen zudem direkt in das entwickelte Analyseverfahren zur Implementierung der baulichen Suizidprävention, also in das Bewertungssystem für Bauelemente, ein.

Die Auswertungsmethodik zur Erlangung eines Überblicks über die Datenqualität sah folgende Vorgehensweise vor: Die Daten aus *SoSci-Survey* wurden in eine *SPSS*-Datei überführt, bereinigt und dort ausgewertet. Fälle, bei denen mindestens Alter, Geschlecht oder Jahr der suizidalen Handlung angegeben waren, wurden mit in die Auswertung einbezogen. Die Daten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet (Tabellen, Mittelwerte und Standardabweichungen, Diagramme). Zusammenhänge zwischen den Daten wurden korrelativ (mittels *Pearson*- oder bei Verletzung der Voraussetzungen mittels *Spearman-Rho-Korrelationskoeffizienten*), mittels *Chi-Quadrat-Test* oder – bei Verletzung der Voraussetzungen – mit exakten Teststatistiken (*exakter Test nach Fisher*) berechnet (Anhang 04).

Teile der Auswertung werden später auch den Kliniken zur Verfügung gestellt.

Dadurch sollen diese beispielsweise auf Warnsignale eines Suizids hingewiesen werden und die Möglichkeit bekommen, ihre interne Suizidpräventionsstrategie zu verbessern. Zudem wurden SOPs (Anhang 05) formuliert, in denen geregelt ist, dass beteiligte Kliniken Auswertungsfragen einreichen können, um ihre eigene Suizidpräventionsstrategie zu verbessern. Das ist auch deshalb zentral, weil die Erhebung der nicht-baulichen Aspekte gezeigt hat, dass es kaum Leitlinien für das Vorgehen in Suizidvorfällen in den Kliniken gibt (siehe Abschnitt 7.5 Ergebnisse der nicht-baulichen Suizidprävention).

Anfang 2021 wurden E-Mails an alle beteiligten Kliniken geschickt, in der die jeweils eingegebenen Fälle gelistet waren. Die Kliniken waren angehalten, diese Aufstellung auf Vollständigkeit zu prüfen und bis Ende Februar an das Werner-Felber-Institut zurückzumelden. Zur Berechnung von Suizidraten wurden zudem die Behandlungsfälle

abgefragt. Aufgrund dieser E-Mails meldeten die Kliniken noch einige Daten nach. Die Fortsetzung dieser Auswertung erfolgt nach Projektende zunächst im Ehrenamt.

5.2 Methode Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung

5.2.1 Entwicklung eines Bewertungssystems für Bauelemente

Das Bewertungssystem soll die Relevanz einzelner Bau- und Ausstattungselemente für die bauliche Suizidprävention ermitteln, damit Kliniken daraus Prioritäten ableiten können, welche präventiven Maßnahmen sie zuerst umsetzen sollten. Dazu wurde in Gesprächsrunden mit Experten und Expertinnen eruiert, welche der erhobenen baulichen Variablen tatsächlich Hinweise zur Relevanz bestimmter Bauelemente liefern. Die Kopplung des Bewertungssystems an Variablen der zentralen Kliniksuiziderhebung ist entscheidend, weil dadurch ein mitlernendes System etabliert werden kann, das mit Anwachsen der Suiziddatenbank immer verlässlichere Prognosen produziert. Neben den Erkenntnissen aus der Statistik müssen Angaben aus wissenschaftlichen Publikationen, beispielsweise zum *Werther-* oder *Copycat-Effekt*, Berücksichtigung finden.

Die Systematik wurde für die Suizidmethoden entwickelt, die am häufigsten auftreten. Das sind Strangulationen (Erhängen und Erdrosseln), Sturz in die Tiefe, Suizid durch scharfen oder stumpfen Gegenstand sowie Intoxikation. Gemeinsam ist diesen Methoden, dass sie durch die bauliche Gestaltung und Ausstattung beeinflusst werden können.

5.2.2 Qualitative Einzelfalluntersuchungen

Einige Aspekte der baulichen Suizidprävention lassen sich nicht mit dem allgemeinen Erhebungsbogen für Suizide erfassen, daher wurde die standardisierte Erhebung (= quantitative Erfassung) durch Vor-Ort Besuche (= qualitative Erfassung) ergänzt. Diese führten die Antragstellerinnen durch, wenn für Suizide mit relevanten Bauelemente (Türen, Fenster und Armaturen) genutzt und das in der Suiziddatenbank erfasst wurde. Mittels einer standardisierten Dokumentation und Analyse des jeweiligen Raumes sollten Muster zur Auswahl von Befestigungspunkten für Strangulationsgurte gefunden werden. Untersucht werden sollten jeweils 20 Einzelfälle mit Nutzung von Türen, Fenstern oder Armaturen.

In der qualitativen Analyse wurde der genutzte Befestigungspunkt für den Strangulationsgurt betrachtet. Dabei ging es darum, die These zu untersuchen, dass die

Suizidentin bzw. der Suizident eine Befestigungsmöglichkeit bevorzugt, die offensichtlich und leicht zugänglich ist.

Um ein mögliches Muster zu erkennen, das sich hinter einer Vielzahl von Suiziden und Suizidversuchen versteckt, wurde eine Matrix in *Excel* entwickelt, anhand derer unter anderem folgende Hypothesen überprüft wurden:

1. Befestigungspunkte mit höherem Rückzugscharakter werden bevorzugt.
2. Suizidenten, die weniger zurückgezogene Raumbereiche bevorzugen, nutzen auch Befestigungspunkte mit geringerer Eignung.
3. Befestigungspunkte in Überkopfhöhe haben einen Aufforderungscharakter.
4. Befestigungspunkte in mittlerer Höhe (kniend zu erreichen) sind förderlich.
5. Befestigungspunkte mit einem hohen Aufforderungscharakter werden bevorzugt genutzt.
6. In Akuträumen werden auch Befestigungspunkte mit geringer Eignung genutzt.

In der Auswertungsmatrix wurden die Raumelemente entsprechend des Rückzugscharakters einer der drei Raumzonen – 1. Fensterbereich, 2. restlicher Patientenzimmerbereich, 3. Nasszelle – zugeordnet. Hintergrund dafür ist die Vermutung, dass die Öffentlichkeit des Ortes sich auf die Wahl des Befestigungspunktes auswirken kann. Dabei ist die Zone 1 am Fenster die öffentlichste, Zone 3 im Bad die privateste, mit dem höchsten Rückzugscharakter (Hypothese 1).

Zusätzlich wurde jedes Element mit seiner Höhe und seiner Risikobewertung aufgenommen, um sichtbar zu machen, ob beispielsweise mittlere Höhen bevorzugt werden, obwohl es auch hohe Höhen gibt (Hypothese 4).

Die statistische Auswertung glich jener der Datenbank. Neben der deskriptiven Auswertung der vorliegenden Daten zu der Raumbeschaffenheit wurden Zusammenhänge in Kreuztabellen dargestellt. Zusätzlich wurden die Daten qualitativ ausgewertet und es wurden Deutungsversuche unternommen.

5.2.3 Entwicklung des Analyseverfahrens

Das zu entwickelnde Analysetool zur baulichen Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken soll Auditoren in die Lage versetzen, vorhandene bauliche Mängel zuverlässig aufzuspüren, zu bewerten (anhand des Bewertungssystems, vergleiche Punkt 5.2.1), entsprechende Empfehlungen zur Optimierung auszusprechen und alle Informationen für die Kliniken übersichtlich darzustellen. Der erforderliche Zeitaufwand für

die Analysen und damit die resultierenden Kosten sollen möglichst gering gehalten werden.

In einem Konsensusprozess mit Experten und Expertinnen sollten folgende Fragen geklärt werden:

1. Für welche Funktionseinheiten (Station, Therapiebereich, ganze Klinik, Umfeld der Klinik) sind Analysen sinnvoll?
2. Welchen Einfluss hat der Fachbereich (Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik) auf die zu untersuchende Einheit?
3. Welchen Einfluss hat die spezifische Patientenklientel / die Stationsspezifizierung?
4. Welche Bauelemente sind für die bauliche Suizidprävention relevant?
5. Welche Gestaltungskriterien sollten diese Bauelemente jeweils erfüllen?
6. Welche atmosphärischen Kriterien sind darüber hinaus wichtig?
7. Wie komplex dürfen die Informationen für die Kliniken sein? Wie lassen sich die Informationen möglichst knapp und übersichtlich darstellen?

Als Grundlage für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente dienen die Empfehlungen aus den Beratungsangeboten der *AG Bauwerke* und *Umwelt des NasPro* für Deutschland, die unter der Leitung von Nadine Glasow entwickelt wurden. Ergänzend wurde eine Recherche von neuen suizidpräventiven Bauprodukten durchgeführt. Die Antragstellerinnen haben auf dieser Grundlage sowie anhand ihrer langjährigen Erfahrung mit der baulichen Suizidprävention, Erkenntnissen aus der Experten- und Patientenbefragung sowie Fachpublikationen einen konkreten Vorschlag (Katalog an baulichen Ansätzen zur Suizidprävention) erarbeitet, der anschließend in Gesprächsrunden mit klinikerfahrenen Psychiater und Psychiaterinnen, Pflegekräften sowie erfahrenen Architekten und Architektinnen (u. a. Mitglieder und Kuratorium des Werner-Felber-Instituts) abgestimmt wurde (Anhang 01).

5.3 Methode Paket 3: Experten- und Patientenbefragung

Für die geplante Experten- und Patientenbefragung wurden relevante bauliche Einzelaspekte ausgewählt, die Einfluss auf die Arbeit und Behandlung in Psychiatrien oder die Compliance – die Kooperation der Patientin oder des Patienten im Rahmen der therapeutisch, medizinischen Behandlung – haben könnten. Ergänzend wurden Fragen zu baulichen Variationen von restriktiven Ansätzen aufgenommen. Restriktive Ansätze sind z. B. die Entfernung von Gegenständen, die suizidgefährdet sind (z. B. lange Elektrokabel, Bettgalgen, stabile Wandhaken, ...)

Zur Evaluierung atmosphärischer Aspekte wurden Perspektiven von Räumen erstellt, anhand derer ausgewählte Hypothesen (z. B. positive Effekte von Aneignungsmöglichkeiten, verschiedene Fensterlösungen) untersucht wurden. Die Patienten und Patientinnen sollten jeweils ihre favorisierte Raumatmosphäre auswählen. Diese aufwändige Entwicklung des Erhebungsinstruments war erforderlich, um eine verständliche Darstellung zu erreichen, die auch von Patienten und Patientinnen mit kognitiven Einschränkungen leicht zu erfassen ist.

Die Experten, also die Mitarbeitenden in den Kliniken, wurden mittels eines Online-tools befragt durchgeführt. Für die Patientenbefragung wurden, zugunsten der Praktikabilität, Druckversionen an teilnehmende Kliniken verschickt und die Antworten später durch die Projektmitarbeiterinnen digitalisiert.

Die Daten der Experten und Expertinnen sowie Patienten und Patientinnen wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Für metrische Daten wurden Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD), für ordinale Daten wurden Median und der Interquartilsabstand (IQR) angegeben. Statistische Unterschiedstests für ordinale Daten wurden mittels nicht-parametrischer Verfahren ermittelt, da sie nicht normalverteilt waren. Für zwei verbundene Stichproben wurde der *Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtest* genutzt. Bei mehr als zwei verbundenen Stichproben wurde der *Friedman-Test* verwendet. Um Gruppenunterschiede (Gruppierungsvariable *Station* und *Abteilung*) in unabhängigen ordinalen Variablen zu berechnen, wurden zunächst die Testvoraussetzungen mittels *Shapiro-Wilk-Test* überprüft. Da die Daten nicht normalverteilt waren, wurde auf nicht-parametrische Verfahren wie den *Mann-Whitney-U-Test* (für zwei unabhängige Stichproben) bzw. den *Kruskal-Wallis-Test* (für drei oder mehr unabhängige Stichproben, z. B. Bewertung der Türklinken je nachdem, welcher Abteilung man angehört) zurückgegriffen. In anschließenden *Dunn-Bonferroni-Tests* wurde im Falle signifikanter Unterschiede ermittelt, zwischen welchen Gruppen die Unterschiede signifikant waren.

5.4 Methode Paket 4: Durchführung und Evaluation der Implementierung

Das entwickelte Prozedere zur Implementierung einer evidenzbasierten baulichen Suizidprävention wurde in einer Auditmappe festgehalten und in den sächsischen Landeskliniken (insgesamt 1.636 Planbetten bzw. Plätze) durchgeführt. Dabei wurden zusätzlich Protokolle zu auftretenden Hindernissen/Störungen, möglichen

Problemen in der Anwendung der Dokumentationswerkzeuge/des Bewertungsalgorithmus sowie der Effizienz/dem zeitlichen Aufwand angefertigt.

Die ausgedruckten und gebundenen Auditmappen mit den baulichen Empfehlungen wurden den Einrichtungen übergeben, damit sie diese auf Verständlichkeit, Praktikabilität/Anwendbarkeit überprüfen. Zudem wurden sie mittels eines leitfadengestützten Interviews evaluiert.

Anhand der Evaluationsergebnisse wurde das Prozedere der Implementierung noch einmal überarbeitet.

5.5 Methode Paket 5: Untersuchung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte

Im ersten Teil des Projektes wurde im Rahmen einer ausführlichen Literatur-Recherche erarbeitet, auf welche Art und Weise Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken allgemein sinnvoll und möglich ist und welche Konzepte sich sowohl national als auch international etabliert haben. Hieran schloss sich eine telefonische bzw. schriftliche Befragung weiterer psychiatrischer Kliniken in Deutschland als auch in der Schweiz. Sechs Experten der Suizidforschung-, und Prävention nahmen an dem ausführlichen Telefoninterview, für welches ein Interviewleitfaden erstellt worden war, teil und berichteten über die z.T. individuellen Methoden des Suizid-Assessments, eventuell vorhandener Suizidkonzepte, Schulungen der Mitarbeiter sowie der praktischen/organisatorischen Umsetzung standardisierter Prozedere. Da die jeweiligen Ansprechpartner durch ihre individuelle Erfahrung Experten auf dem Gebiet der Suizidprävention darstellen, wurden diese zusätzlich explizit dazu angehalten, aus persönlicher Sicht zu berichten, welche Informationen sie hinsichtlich der Thematik als besonders relevant empfinden oder welche Aspekte im bisherigen Prozess zur Erfassung der Konzepte noch nicht abgedeckt wurden. Die Experten-Interviews wurden während des Gesprächs anhand eines schriftlichen Protokolls dokumentiert.

Im nächsten Abschnitt des Projektes wurde aus den zusammengetragenen Informationen ein vorläufiger Fragebogen entwickelt, der überwiegend Multiple-Choice-Items und teilweise offene Fragen enthält. Dieser wurde in gemeinschaftlicher Absprache aller am Projekt beteiligten Mitarbeiter kontinuierlich hinsichtlich Vollständigkeit und Übersichtlichkeit überarbeitet und nach entsprechenden Probedurchläufen und der Überprüfung der Bearbeitungszeiten und eventuellen technischen Problemen online veröffentlicht. Alle psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken in Deutschland

wurden per Mail kontaktiert und auf diesen Fragebogen aufmerksam gemacht, mit der Bitte sich zu beteiligen. Der mittels der digitalen Plattform SoSci Survey entwickelte Online-Fragebogen zur Erfassung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte (inkl. standardisierter Assessments etc.) wurde am 13.07.2019 veröffentlicht, 600 Kliniken wurden per Mail über die Teilnahme informiert. Der Fragebogen wurde 395-mal downgeloadet. Bis zum 30.09.2019 hatten sich 128 Kliniken an der Umfrage beteiligt. Dies entspricht bezogen auf die Downloadrate einer Rücklaufquote von rund 32 %. Der Fragebogen umfasst 40 Fragen, sowohl mit Antwort-Auswahlmöglichkeiten als auch Freitexteingaben und Mehrfachantwortmöglichkeit. Der Fragebogen gliedert sich in die Rubriken Ersteinschätzung, Klinikaufenthalt, akute Suizidalität, Suizidversuch, Suizid, Kommunikation und Unterstützung, Schulungen sowie Optimierungsmöglichkeiten. Erfragt wurden Informationen zu Erhebungsinstrumenten, Maßnahmen und zur Dokumentation sowie Kommunikation und zu Optimierungsmöglichkeiten. Der Großteil der Fragen enthielt die Möglichkeit Mehrfachantworten zu geben. Die deskriptive Auswertung wurde mit SPSS (Version 26) durchgeführt. Die tabellarische sowie grafische Darstellung der Ergebnisse erfolgte mit Excel. Bei Freitexteingaben, die nicht zugeordnet werden konnten, wurden diese in der Statistik ausgeschlossen; die Freitexteingaben wurden kategorisiert und im Ergebnisteil kursiv dargestellt; in Klammern wird die Anzahl N angegeben. Teilweise enthielten die einzelnen Freitexte mehrere verschiedene Antworten, die unterschiedlichen Kategorien zugeordnet wurden.

6. Durchführung Arbeits- und Zeitplan

<p>Arbeitspaket 1 Bauliche Suizidprävention</p> <p>Entwicklung und Etablierung zentrales webbasiertes Erhebungsinstrument für Kliniksuizide</p> <p>Suiziddatenbank</p> <p>Ziel: n=60 teilnehmende Kliniken Ergebnis: n=89 teilnehmende Kliniken</p>	<p>Arbeitspaket 2 Bauliche Suizidprävention</p> <p>Entwicklung eines Systems zur Implementierung der baulichen Suizidprävention</p> <p>a) Bewertungssystem b) Einzelfallanalysen</p> <p>Ziel: n=20 Fenster / n=20 Tür / n=20 Armaturen Erg.: n=20 Fenster / n=8 Tür / n=13 Dusche</p> <p>c) Analyseverfahren</p>	<p>Arbeitspaket 3 Bauliche Suizidprävention</p> <p>Experten- und Patientenbefragung zur baulichen Suizidprävention</p> <p>a) Expertenbefragung</p> <p>Ziel: n=200 Teilnehmer Ergebnis: n=193 Teilnehmer (97%)</p> <p>b) Patientenbefragung</p> <p>Ziel: n=200 Teilnehmer Ergebnis: n=306 Teilnehmer (153%)</p>	<p>Arbeitspaket 4 Bauliche Suizidprävention</p> <p>Test und Evaluation der Implementierung</p> <p>a) Anwendung Analyseverfahren</p> <p>Ziel: Durchführung der Analysen in - Erwachsenenpsychiatrien (500 Betten) - Kinder- und Jugendpsychiatrie (200 Betten) - Forensiken (200 Betten)</p> <p>Ergebnis: Durchführung der Analysen in - Erwachsenenpsychiatrien (700 Betten) - Kinder- und Jugendpsychiatrie (113 Betten) - Forensiken (0 Betten)</p> <p>b) Evaluation Analyseverfahren c) Anpassung Analyseverfahren</p>	<p>Arbeitspaket 5 Nicht-bauliche Suizidprävention</p> <p>Analyse und Zusammenführung bestehender nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte</p> <p>a) Dokumentation bestehender Konzepte b) Entwicklung optimierte Vorgehensweise</p>
---	--	---	---	---

Abbildung 2: Zielerfüllung für die einzelnen Arbeitspakete

6.1 Arbeits- und Zeitplan Paket 1: Suiziddatenbank

Tabelle 1: Ursprünglicher Zeitplan für Arbeitspaket 1

Ursprünglicher Zeitplan für Arbeitspaket 1

Arbeits- und Zeitplan "Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken"	1. Förderungsjahr												2. Förderungsjahr												3. Förderungsjahr														
	2017			2018									2019					2020																					
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Entwicklung des interdisziplinären Fragebogens: Suiziderhebung (Fallfragebogen)																																							
Experteninterviews zu soziodemografischen und klinischen Variablen																																							
Ergänzung bauartlicher Variablen																																							
Qualifizierung des Instrumentes durch Expertenfeedback (Konsensusprozess)																																							
Programmierung Webtool																																							
Testphase Erhebungsbogen mit Korrekturen (n=20 Kliniken)																																							
Onlinestellung und Versand der Einladungen																																							
Auswertung der quantitativen Daten																																							
Aufbereitung der Ergebnisse für den Endbericht, Versand für Korrekturen																																							

Alle geplanten Arbeitsschritte wurden in der vorgesehenen Reihenfolge bearbeitet. Dabei kam es vor allem durch den Konsensusprozess (sehr lange Rückmeldezeiten der Experten und Expertinnen) zu zeitlichen Verzögerungen. Der Meilenstein 1 (Onlinestellung der Datenbank, Versand der Einladungen) musste von Dezember 2018 auf Februar 2019 verschoben werden, da das Instrument so in einer Sitzung des Referats Suizidologie der DGPPN vorgestellt und abgestimmt werden konnte, was die Akzeptanz des Instrumentes erhöhte. Das führte im Verlauf des Projektes nicht zu weiteren Verzögerungen.

Insgesamt wurden rund 600 psychiatrische Kliniken im deutschsprachigen Raum eingeladen, den Fragebogen für die Suiziddatenbank auszufüllen. Angestrebt war eine Beteiligung von 10 % der angeschriebenen Kliniken. Zum Projektende lag die Beteiligung bei 89 Kliniken und damit deutlich über den Erwartungen.

Erwartet wurden Eingaben von einem bis zu fünf Kliniksuiziden pro Klinik und Jahr sowie einer zehnfach höheren Anzahl an Suizidversuchen. Diese Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Aktuell umfasst die Datenbank knapp 700 Datensätze, wobei nur etwa 2/3 der angemeldeten Kliniken Fälle eingegeben haben. Insbesondere die Anzahl der Suizidversuche liegt deutlich hinter den erwarteten Fallzahlen, sodass angenommen werden kann, dass vor allem vollendete Suizide seitens der Kliniken kommuniziert und in die Datenbank eingetragen wurden.

Es zeigte sich zudem, dass die Kliniken aufgrund der ohnehin hohen Belastung im Klinikalltag keine Kapazitäten haben, um Daten retrospektiv einzugeben. Lediglich zwei Klinikverbände stellten Daten aus vorangegangenen Jahren zur Verfügung. Die Pandemiesituation im Jahr 2020 hat die Arbeitsbelastung in den Kliniken zusätzlich deutlich erhöht, sodass noch weniger Kapazitäten für die Beteiligung an der Erhebung zur Verfügung standen.

Die Rekrutierung und die fortlaufende Kommunikation und Erinnerung an die Datenerhebung ist deutlich zeitaufwendiger als ursprünglich erwartet. Die Fortführung der Datenerhebung nach Projektende im Ehrenamt ist nur aufgrund des großen

Engagements der Antragstellerinnen möglich. Grundsätzlich ist das Feedback der teilnehmenden Kliniken positiv und das Interesse an der Jahresauswertung war groß. Kliniken konnten bereits konkrete Fragestellungen einbringen. Der zu erwartende Nutzen für die Kliniken hat eine hohe praktische Komponente, dazu zählt der direkte Vergleich der eigenen Suizidrate mit der Gesamtheit der anderen Einrichtungen, der Überblick zur eigenen Dokumentationsgenauigkeit von suizidalen Vorkommnissen sowie mögliche Rückschlüsse zwischen Behandlung und suizidalem Verhalten.

6.2 Arbeits- und Zeitplan Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung

Tabelle 2: Ursprünglicher Zeitplan für Arbeitspaket 2

Arbeits- und Zeitplan "Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken"	1. Förderungsjahr										2. Förderungsjahr										3. Förderungsjahr														
	2017					2018					2019					2020																			
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Qualitative Einzelfalluntersuchung (suizidfördernde bzw. hemmende Gestaltungskriterien für architektonische Elemente)																																			
Entwicklung Systematik qualitative Untersuchung																																			
Qualitative Untersuchung von Einzelfällen (n=60)																																			
Auswertung der qualitativen Daten																																			
Aufbereitung der Ergebnisse, Übernahme in optimiertes Implementierungsverfahren																																			
Entwicklung, Test und Evaluation einer Implementierung baulicher Suizidprävention																																			
Entwicklung Algorithmus zur Bewertung von Bauelementen																																			
Konzeption Analyse- und Beratungsverfahrens																																			

Das Arbeitspaket 2 bestand aus drei Teilprojekten. Die ersten beiden, also die Entwicklung des Algorithmus zur Bewertung von Bauelementen sowie die Konzeption des Analyse- und Beratungsverfahrens, konnten wie geplant durchgeführt werden. Die qualitativen Einzelfalluntersuchungen waren jedoch mit Schwierigkeiten in der Bearbeitung verbunden. Hier hatten sich die Antragstellerinnen eine höhere Zahl von passenden Fällen in der Datenbank erhofft. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere die Fälle von Strangulationen an Türklinken und Armaturen in zugrunde gelegten Vorstudien (Glasow, 2011) überrepräsentiert waren. Die Akquise von geeigneten Fällen erwies sich als sehr zeitintensiv. So wurde dieser Meilenstein M3 in Absprache mit dem Projektträger nach hinten verschoben und eine Verlängerung der Projektlaufzeit beantragt. Um weitere Fälle zu finden, wurden drei zusätzliche Rundmails (an rund 600 Adressaten) verschickt, persönliche Kontakte angesprochen und es wurde in Vorträgen auf das Projekt hingewiesen. Weiterhin entschieden sich die Antragstellerinnen statt der Armaturen auch andere Elemente im Duschbereich zu erheben. Die Zahl der Analysen konnte zwar erhöht werden, blieb aber hinter den jeweils 20 angestrebten Fällen pro Element (Tür, Fenster und Armaturen) zurück. Die Verlängerung der Laufzeit half jedoch, weitere Fälle zu gewinnen. Final wurden 41 Fälle untersucht, analysiert und detailliert ausgewertet, von denen sich 20 an Fenstern, 8 an Türen und 13 in Duschen ereigneten.

Während es zu Beginn der Rekrutierung oft schwierig war, Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen in den Kliniken für das Projekt zu gewinnen, zeigten sich die Kliniken aber sehr zufrieden mit den Audits, die den Stand der baulichen Suizidprävention in den Patientenzimmern dokumentieren und Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten geben.

Ursprünglich war geplant, alle Kliniken persönlich aufzusuchen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde das Verfahren geändert: Eine Ansprechpartnerin bzw. ein Ansprechpartner in der Klinik erhielt eine Fotoliste und genaue Anweisungen. Mithilfe des Fotomaterials wurde ein Analysedokument erstellt. Das wurde mit den Ansprechpartnern und Ansprechpartnerinnen besprochen und gegebenenfalls korrigiert und ergänzt. Dieses Verfahren ist in Anbetracht der Umstände durchaus akzeptabel, aber deutlich zeitintensiver, weil es viele Absprachen per Mail oder Telefon erforderte. Hinzu kommt, dass die COVID-19-Pandemie die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals zusätzlich erhöht hat und sich dadurch weitere Verzögerungen in den Rückmeldungen ergaben. Das Verfahren hatte jedoch auch Vorteile: Bei vielen aufzunehmenden Räumen handelt es sich um Krisenräume, in denen in der Regel schwer erkrankte Patienten und Patientinnen untergebracht sind. Diesen kann ein Raumwechsel oft nicht zugemutet werden. Das verzögerte zwar wiederum häufig die Datenerhebung, Kliniken konnten jedoch aufgrund des neuen Prozederes sehr flexibel reagieren. Vermutlich hätten andernfalls einige der Räume nicht aufgenommen werden können.

6.3 Arbeits- und Zeitplan Paket 3: Experten- und Patientenbefragung

Tabelle 3: Ursprünglicher Zeitplan für Arbeitspaket 3

Arbeits- und Zeitplan "Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken"	1. Förderungs-jahr										2. Förderungs-jahr										3. Förderungs-jahr																		
	2017					2018					2019					2020																							
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Experten- und Patientenbefragung																																							
Zusammenstellung Katalog baulicher Empfehlungen																																							
Recherche relevanter Produkte sowie von atmosphärischen Ansätzen																																							
Auswahl relevanter Einzelempfehlungen, Konsensusprozess																																							
Grafische Darstellung atmosphärischer Ansätze (Raumeindrücke)																																							
Programmierung Webtool																																							
Start der Expertenbefragung																																							
Durchführung der Patientenbefragung																																							
Auswertung der Daten																																							
Überarbeitung der baulichen Empfehlungen entsprechend der Ergebnisse																																							
Aufbereitung der Ergebnisse für den Endbericht, Versand für Korrekturen																																							

Beide Befragungen wurden innerhalb des geplanten Zeitraums durchgeführt. Die Datenerhebung konnte sogar früher als geplant – nämlich bereits Anfang 2019 – abgeschlossen werden, da die Kliniken die Bögen schneller als erwartet zurücksendeten und auch die Experten und Expertinnen die Daten schneller eingaben als erwartet.

Altscherbitz 3/5 Häuser	Haus 2	3	44			
	Haus 10	4	80			
	Haus 7/8	2	40			
Arnsdorf 4/6 Häuser	Haus A6	4	66	Haus A1	3	40
	Haus B4	5	110	Haus A8	1	13
Groß- schweidnitz 8/8 Häuser	Haus 15	4	92	Haus 24	1	6
	Haus 6	1	20	Haus 64	1	6
	Haus 31	1	25	Haus 43	2	24
	Haus 35	2	46	Haus 42	2	24
	Haus 30	1	25			
Rodewisch 4/6 Häuser	B3	2	40			
	B4	2	40			
	B6	1	20			
	B7	3	60			
GESAMT			708			113

Die Anzahl der durchgeführten Audits ist jedoch nach Meinung der Projektleitung hinreichend, um die Effizienz und Praktikabilität des Verfahrens sowie die Praxisrelevanz und Akzeptanz zu bewerten. Dies ist vor allem der Fall, da keine Unterschiede in der Analyse zwischen den Fachdisziplinen (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik) gemacht werden sollen.

Die Auditmappen für jedes Haus enthalten jeweils zwischen 80 und 94 Seiten Analysen. Während der Projektbearbeitung wurden die Mappen für eine präzise und schnelle Analyse der baulichen Gegebenheiten optimiert. Die 45 analysierten psychiatrischen Stationen boten eine große Bandbreite an baulichen Gegebenheiten, die in den Texten der Auditmappen abzubilden waren.

Schwierig gestaltete sich die Organisation der Feedbackrunden mit den Kliniken. Trotz vielfachen Erinnerungen, Übersendung der ausführlichen Auditmappen und Fragelisten als Vorbereitung für den Austausch war es herausfordernd, alle relevanten Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen zu einer Videokonferenz einzuladen. Pandemiebedingt hatten viele Mitarbeitende kaum zeitliche Ressourcen, sich auf den Termin vorzubereiten und die ausführlichen Auditdokumentationen durchzusehen.

meldeten sich 71 Kliniken zurück. Das Verhältnis von Suizid zu Belegzahlen liegt dabei im Durchschnitt bei 38 pro 100.000 Aufnahmen.

Einige Kliniken gaben auch retrospektiv Daten ein, sodass Datensätze aus den Jahren 2007 bis 2020 vorliegen. Da die retrospektive Erhebung oft auf Informationen eigener Meldesysteme der Kliniken beruhen, sind die Meldungen in diesen Jahren jedoch weniger vollständig. Darüber hinaus wurden beispielsweise im Laufe der Bearbeitung weitere Variablen ergänzt, mit denen sich Suizidversuchen erfassen lassen, die zunächst nicht abgefragt wurden. Nachfolgende Angaben zur Vollständigkeit der Datensätze beziehen sich daher ausschließlich auf die Jahre 2019 und 2020.

Basisdaten wie das Alter, Geschlecht, Land, Ausrichtung der Behandlung, Jahr und Wochentag des Suizids, Art der suizidalen Handlung und die Methode wurden von fast allen Kliniken angegeben (Fehlende Werte jeweils < 2 %). Deutlich seltener wurden alle Angaben ausgefüllt, wenn es um detaillierte Informationen, wie z. B. das Motiv (ca. 25 % fehlende Werte) oder den Bildungsabschluss und Schulabschluss (je ca. 30 % fehlende Werte) ging. Fragen zu Suiziden in der Familie beantworteten nur 40 %. Angaben zur Hauptdiagnose fehlen hingegen nur in 10 % der Fälle.

Die Daten zu baulichen Variablen sind häufig nicht vollständig ausgefüllt. Bei 45 Suiziden durch Erhängen wurde beispielsweise nur 26 Angaben zum Befestigungspunkt gemacht. Die Höhe wurde nur 5-mal angegeben. Die Gurte wurden in 20 Fällen benannt. Etwas vollständiger ist die Datenlage beim Suizid durch Sturz in die Tiefe. Hier machten von 17 Fällen 8 Angaben zur Höhe, den Ort benannten immerhin 11 Kliniken.

Des Weiteren wurden Daten ausgewertet, die den Kliniken Hinweise auf mögliche Präventionsansätze liefern können. Eine bedeutsame Frage ist, wie die Suizidalität von Patienten bzw. Patientinnen eingeschätzt wurde. Auffällig ist, dass von 78 Eingaben 13-mal keinerlei Dokumentation stattfand, 12-mal von der aufnehmenden Person selbst Suizidalität vermutet wurde, 17-mal die Suizidabsicht geäußert, aber in 28 Fällen keine Suizidalität vermutet wurde. Das ist besonders entscheidend, weil diese Daten nur im Falle eines Suizids, nicht aber bei Suizidversuchen abgefragt wurden. Ein gleiches Bild zeigt sich bei der Frage nach der Veränderung des Zustands. Bei 22 von 76 Patienten oder Patientinnen ging man von einer Verbesserung aus, bei 11 von einer Verschlechterung, bei 25 war es unverändert und bei 18 nicht bekannt.

7.2 Ergebnisse Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung

7.2.1 Ergebnisse des Bewertungssystems für Bauelemente

Gerade aufgrund der Vielzahl der Elemente müssen die Bewertungsergebnisse möglichst prägnant dargestellt und leicht zu erfassen sein. Es wurde ein einfaches Ampelsystem entwickelt, das diesen Anforderungen entspricht.

Tabelle 7: Ampelsystem zur Bewertung der Bauelemente nach statistischer Relevanz für die Methodenrestriktion

●	Suizide nicht möglich
●	Suizide sind möglich, jedoch wenig wahrscheinlich
●	Suizide sind möglich
●	Suizide sind möglich, hohes Risiko
●●	Suizide sind möglich, höchstes Risiko

Das mit einem Bau- und Ausstattungselement verbundene Suizidrisiko hängt von verschiedenen Faktoren ab, die nachfolgend beschrieben werden.

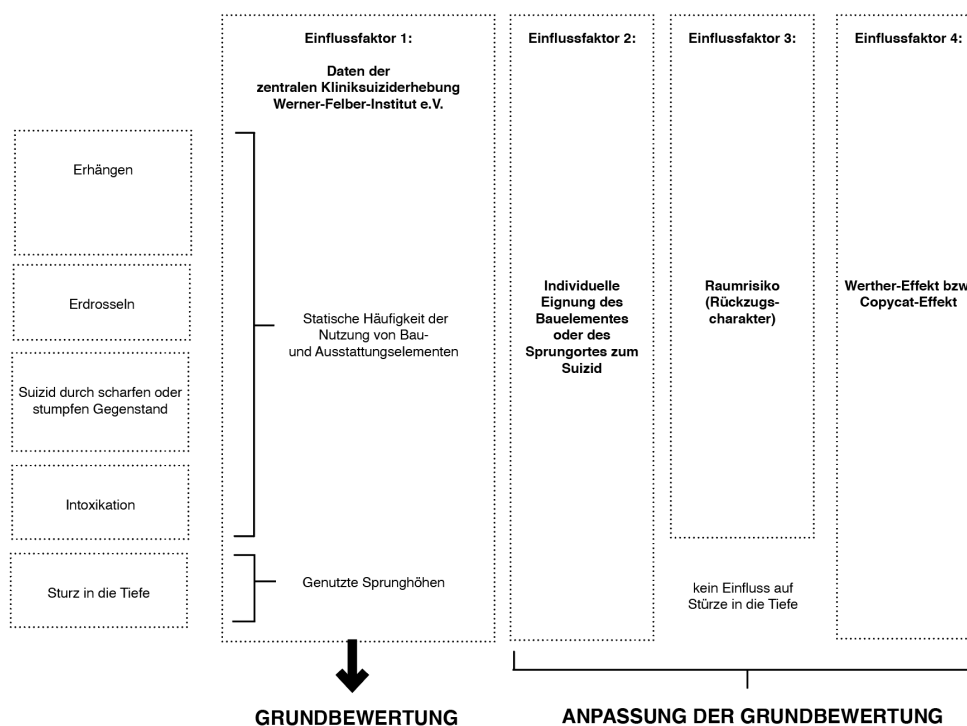


Abbildung 3: Einflussfaktoren der Risikobewertung von Bauelementen

Der erste Einflussfaktor ist die **statistische Häufigkeit der Nutzung von Bau- und Ausstattungselementen**. Die zentrale Kliniksuziderhebung des Werner-Felber-Instituts erfasst methodenspezifisch bauliche Variablen und kann somit Aufschluss

geben, wie häufig Bauelementen für Strangulationen (Erhängen oder Erdrosseln) genutzt werden, Suizide mittels eines scharfen oder stumpfen Gegenstand durchgeführt werden, wie oft jemand erstickt oder welche Sprunghöhen nutzt, um sich das Leben zu nehmen

Es werden folgende Variablen erhoben:

Tabelle 8: Erhobene bauliche Variablen nach Suizidmethoden und Art der suizidalen Handlung

Handlung/Methode	Strangulation	Sturz in die Tiefe	Scharfer oder stumpfer Gegenstand	Erdrosseln
Vollendeter Suizid	<ul style="list-style-type: none"> ▪ genutzter Befestigungspunkt (Bauelement) ▪ Strangulationswerkzeug /Gurt ▪ Art der Strangulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absprungort ▪ Fallhöhe ▪ Blick in die Tiefe ▪ Untergrund Aufprallort ▪ Art der Sicherung ▪ Sprungziel (Treppe) ▪ Geländerhöhe / Brüstungshöhe ▪ Spaltgrößen (Durchstieg, Treppenaugen) ▪ Etage des Suizidortes ▪ Nutzung temporärer Elemente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ genutztes Element ▪ Zerstörung der Einrichtung zur Gewinnung eines scharfen Gegenstandes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Genutzter Gurt
Suizidversuch	Variablen wie bei vollendetem Suizid	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallhöhe ▪ Untergrund Aufprallort 	keine Abfrage	Variablen wie bei vollendetem <Suizid

Auf der Grundlage dieser Statistik kann eine erste Risikoeinschätzung für Bauelemente und Sprungorte vorgenommen werden, die sogenannte Grundbewertung. Die Aussagefähigkeit der Statistik ist jedoch limitiert. Zum einen sind die Anzahl der Datensätze und damit die Evidenz zum aktuellen Zeitpunkt begrenzt. Darüber hinaus stehen die verschiedenen Bauelemente unterschiedlich häufig zur Verfügung. Selten auftretende Elemente, z. B. ein an der Decke hängender Boxsack, werden in der Statistik unterrepräsentiert. Andere Bauelemente, z. B. Leuchten, treten in so unterschiedlicher Ausprägung auf, dass keine einheitliche Bewertung vorgenommen werden kann. Die Grundbewertung muss daher anhand weiterer Bewertungsaspekte überprüft werden.

Der zweite Einflussfaktor für die Bewertung ist die **Eignung des Bauelements für suizidale Handlungen**. Die individuelle Beschaffenheit der Bauelemente muss bei der Risikobewertung berücksichtigt werden, da von den meisten Bauelementen sehr unterschiedliche Ausführungsvarianten auftreten. Die Beurteilung der individuellen Eignung kann dann in eine Erhöhung oder Erniedrigung der Grundbewertung

münden oder zur Beurteilung von Bauelementen herangezogen werden, die nicht in der Statistik vorkommen. Zur Erniedrigung der Grundbewertung bei Befestigungspunkten kann beispielsweise führen:

1. Das Element ist im Raum nicht gut zugänglich (z. B. ist es sehr hoch montiert).
2. Das Element ist so eingebaut, dass davor kein ausreichender Platz vorhanden ist, um sich hinzustellen oder hinzuknien.
3. Ein Gurt könnte nur sehr umständlich (z. B. durch Einfädeln) befestigt werden.
4. Es ist zu erwarten, dass ein befestigter Gurt abrutscht oder das gesamte Element der Belastung nicht standhält (z. B. Abbrechen eines Plastikhakens). Nicht zu Punktabzug darf hingegen eine lose Montage führen, da dies jederzeit verändert werden könnte.
5. Es ist damit zu rechnen, dass eine Belastung des Befestigungspunkts zu Lärm (z. B. Glaslampenschirm, der zu Boden fällt) oder Verletzung der Patienten führt (z. B. Stromschlag).

Zu einer Erhöhung der Grundbewertung führt im Regelfall ein besonderer Aufforderungscharakter des Elements für suizidale Handlungen: Das Element ist sehr präsent, beispielsweise direkt vom Patientenbett aus sichtbar, und in besonderer Art und Weise für suizidale Handlungen geeignet (z. B. galgenartiger Dachbalken).

Der dritte Einflussfaktor ist der **Rückzugscharakter von Räumlichkeiten**. Die zentrale Kliniksuiziderhebung des Werner-Felber-Instituts erfasst Variablen zu aufgesuchten Räumlichkeiten für suizidale Handlungen, aus denen sich Risikobereiche ableiten lassen.

Tabelle 9: Erhobene bauliche Variablen zur genutzten Räumlichkeit

Ort allgemein	Fall-Ort = innerhalb der Klinik	Konkrete Raumnutzung	Fall-Ort = Patientenzimmer	Fall-Ort = im Freibereich oder Nachbargebäude
<ul style="list-style-type: none"> ▪ innerhalb des Klinikgebäudes ▪ Freibereich der Klinik ▪ benachbartes Gebäude ▪ in fußläufiger Entfernung ▪ weiter entfernt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eigene Station ▪ fremde Station ▪ außerstationärer Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenzimmer ▪ Nasszelle am Patientenzimmer ▪ zentrale Nassräume ▪ Gemeinschaftsbereiche ▪ außerstationäre Bereiche ▪ Pflegestützpunkt ▪ Überwachungsraum (Video) ▪ Überwachungsraum (personelle Überwachung) ▪ Verkehrsflächen ▪ Wirtschafts- und Nebenräume ▪ nicht bekannt ▪ sonstige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bettenanzahl ▪ Belegung ▪ Bad vorhanden, nicht vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geschlossener Garten ▪ offener Garten ▪ sonstiges ▪ Typ und Etage des Nachbargebäudes

Die Daten zeigen, dass das Risiko für langsame Suizidmethoden (z. B. Erhängen) mit dem Rückzugscharakter des Raumes steigt. Suizide durch Sturz in die Tiefe hingegen treten in allen Raumbereichen auf. Ihre Risikobewertung wird demnach vom Raumrisiko nicht beeinflusst.

Tabelle 10: Risikoeinschätzung von Räumen (aufsteigend von A bis E) und Einfluss auf die Risikobewertung von Bauelementen in den jeweiligen Räumen

Raumrisiko A	Patienten und Patientinnen haben grundsätzlich keinen Zugang zum Raum (z. B. Personalaufenthalt, verschlossene Lagerräume).	Elemente in diesen Räumen müssen nicht betrachtet werden.
Raumrisiko B	Patienten und Patientinnen haben nur in der Gruppe oder in Begleitung vom Personal Zutritt zum Raum. Sie sind nie allein im Raum und müssen immer damit rechnen, dass jederzeit jemand hinzukommt (z. B. Therapieraum und Flur).	Erniedrigung der Grundrisikobewertung für langsame Methoden um eine Stufe. Ausgenommen sind mobile Raumelemente.
Raumrisiko C	Patienten und Patientinnen können im Raum zeitweise allein sein, ohne dass unmittelbar mit anderen Personen zu rechnen ist (z. B. Aufenthalt, Raucherraum, offener Sportraum).	Hier gilt die Grundrisikobewertung.
Raumrisiko D	Patienten und Patientinnen sind im Raum regelmäßig allein und müssen nicht zwangsläufig mit Störungen rechnen (z. B. Patientenzimmer, Bäder).	Hier gilt die Grundrisikobewertung.
Raumrisiko E	Akuträume	Erhöhung der Grundrisikobewertung um eine Stufe erforderlich.

Besonders risikobehaftet sind Räume für die Akutbehandlung von Patienten und Patientinnen. Hier werden regelmäßig auch statisch weniger wahrscheinliche Bauelemente für suizidale Handlungen genutzt. Dies lässt sich einerseits mit der akuten

Verfassung der hier behandelten Patienten und Patientinnen erklären. Darüber hinaus sind diese Räume meist eher karg eingerichtet, wenig atmosphärisch und bieten grundsätzlich wenige Möglichkeiten für suizidale Handlungen.

Der vierte Einflussfaktor ist der *Werther-Effekt* bzw. *Copycat-Effekt*. Psychiatrische Kliniken haben in aller Regel individuelle Suizidhistorien, die sich stark von denen anderer Einrichtungen unterscheiden können. Die Häufung des Auftretens bestimmter Suizidverhaltensmuster sind auf den sogenannten *Werther-Effekt* bzw. *Copycat-Effekt* zurückzuführen.

Elemente, die innerhalb der Einrichtung bereits einmal für suizidale Handlungen genutzt wurden, sind daher mit einem höheren Risiko behaftet, erneut genutzt zu werden. Bei ihnen ist daher eine Erhöhung der Grundbewertung erforderlich.

7.2.2 Ergebnisse der Einzelfalluntersuchungen

Es wurden insgesamt 41 Einzelfälle aufgenommen, davon 29 Suizide und 12 Suizidversuche. Das Alter war bei 29 Fällen bekannt und lag im Durchschnitt bei $MD=43.83$ Jahren ($SD= 16.933$, *Range*: 16-83 Jahre).

Nur 3 Fälle ereigneten sich auf offenen, 28 auf geschützten Stationen, die restlichen 10 in forensischen Einrichtungen. Es wurden 11 Einzel- und 22 Doppel- sowie ein Mehrbettzimmer genutzt. 3 Fälle fanden im Stationsbad und 4 in einem Intensivzimmer statt.

Es sollen im Folgenden einige statistische Auswertungen dargestellt werden. Diese können jedoch höchstens Tendenzen anzeigen, da die Fallzahl für generalisierende Aussagen deutlich zu gering ist.

Zur Einschätzung der Bedeutung des Rückzugscharakters von genutzten Raumbereichen konnten die Antragsstellerinnen aufgrund ihrer Erhebungen drei Raumzonen definieren.

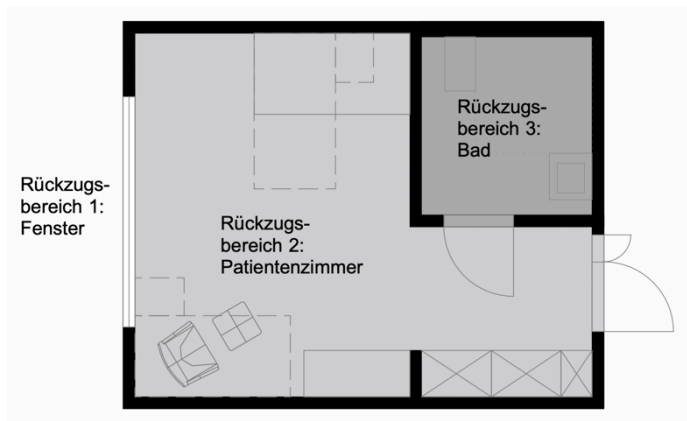


Abbildung 5: Definierte Raumzonen nach Rückzugscharakter

Rückzugsbereich 1 (geringer Rückzug): Suizide am Fenster und an der Gardinenstange
 Rückzugsbereich 2 (hoher Rückzugscharakter): Suizide im Patientenzimmer
 Rückzugsbereich 3 (höchster Rückzugscharakter): Suizide im Badezimmer

Bei der Frage, ob der **Raum mit dem höchsten Rückzugscharakter** bevorzugt gewählt wird, wenn dort – verglichen mit den anderen Raumzonen gleichwertige Möglichkeiten zur Strangulation vorhanden sind, zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang (Exakter Fisher Test $T=5.265$, $p=.467$). So gab es bei den Fenstersuiziden häufig im Bad deutlich mehr Strangulationsmöglichkeiten. Gleiches gilt für die suizidalen Handlungen an der Tür.

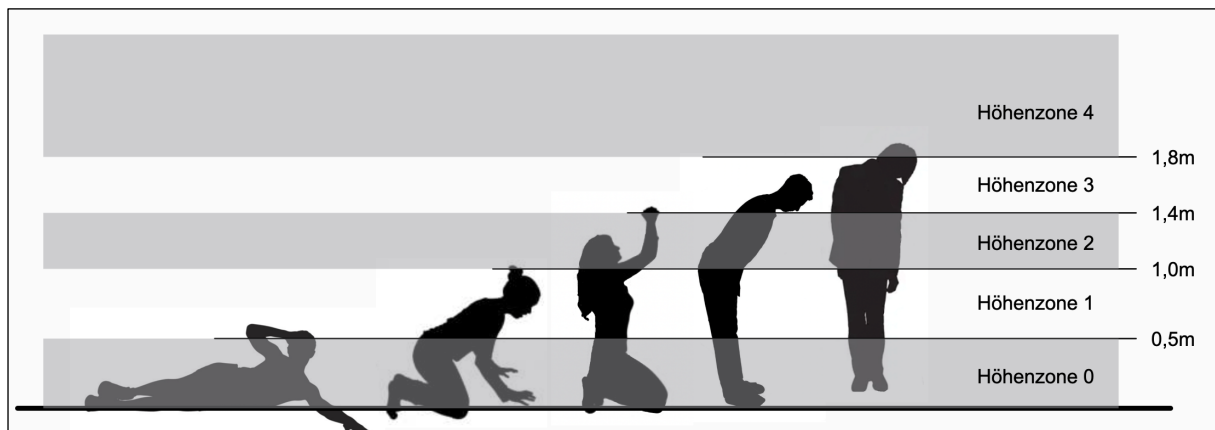


Abbildung 6: Definierte Höhenzonen für Befestigungspunkte von Strangwerkzeugen

Zur Beschreibung des Einflusses der Höhe von möglichen Befestigungspunkten für Strangwerkzeuge wurden 4 Höhenzonen definiert:

- Höhenzone 0: unter 50 cm über dem Boden traten bislang keine Strangulationen auf
- Höhenzone 1: Strangulationen in hockender Stellung möglich
- Höhenzone 2: Befestigungspunkte können kniend gut erreicht werden; kniende Strangulationen treten regelmäßig auf
- Höhenzone 3: Strangulationen im Stehen möglich; der überwiegende Teil der Strangulationen im psychiatrischen Bereich erfolgt jedoch NICHT frei hängend

- Höhenzone 4: frei hängende Strangulationen sind möglich

Tabelle 11: Häufigkeit der genutzten Zonen für Suizide und Suizidversuche

	Zone 0	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Suizide	0	4	6	4	15
Suizidversuche	0	0	0	3	8
Gesamt	0	4	6	7	23

Die deskriptive Betrachtung der Höhen spricht dafür, dass die Suizidenten und Suizidentinnen am **häufigsten die Höhenzone 4** (1,8 m und höher) auswählten. Dieses Phänomen gilt sowohl für Suizide als auch für Suizidversuche (siehe Tabelle 11). So fanden 17 suizidale Handlungen in den Zonen 1 bis 3 statt und 23 in der Höhenzone 4. Es besteht kein Zusammenhang zwischen Höhe des Befestigungspunktes und der Mortalität. So zeigte sich auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der **Art der suizidalen Handlung (Suizid vs. Suizidversuch) und der Höhe** (Exakter Fisher Test $T=4.560$, $p=.064$).

Im Rahmen der Einzelfalluntersuchungen wurde überprüft, wie viele **Befestigungspunkte es in der gleichen Höhenzone** im jeweiligen Rückzugsbereich, aber auch in den anderen Rückzugsbereichen gab. Hier wurden Elemente mit gleicher und höherer Risikobewertung zusammen betrachtet. Dabei zeigte sich, dass in 26 von 40 Fällen keine weiteren Elemente in der gleichen Höhenzone im selben Rückzugsbereich vorhanden waren. In 19 Fällen war weder im gleichen noch einem anderen Rückzugsbereich ein Befestigungspunkt in der gleichen Höhenzone verfügbar.

Die deskriptive Betrachtung macht deutlich, dass es eine Tendenz zu **Befestigungspunkten mit einer höheren Risikobewertung** gibt. In 26 Fällen gab es keine Elemente mit höherer Risikobewertung im gleichen Rückzugsbereich. In 19 Fällen gab es weder in dem gleichen noch in einem anderen Rückzugsbereich ein Element mit höherer Risikobewertung. Betrachtet man z. B. die genutzten gelben Elemente, in denen laut Ampelsystem Suizide möglich, jedoch wenig wahrscheinlich sind, sieht man, dass in einem Fall nur eine andere orange Bewertung (Suizide sind möglich) in einem anderen Rückzugsbereich vorhanden gewesen wäre. Bei dem anderen gelben Element gab es gar kein höher bewertetes Element.

Es gab drei **Kombinationen von Gurt und Befestigungspunkten**, die mehrfach auftraten: Schnürsenkel-Fenstergriff (3-mal), Gürtel-Duscharmatur (2-mal) und

Gürtel-Brausestange (2-mal). Am häufigsten wurde der Gürtel als Gurt genutzt ($n=9$), gefolgt von Schnürsenkeln ($n=6$). Am Fenster sind die häufigsten Befestigungspunkte der Fenstergriff ($n=5$), die Klemmung am Drehflügel unten ($n=3$) sowie die Klemmung am Kippflügel des Oberlichts ($n=3$). Im Duschbereich wurden hauptsächlich die Brausestangen ($n=4$), die Duschvorhangkonstruktion ($n=3$) und die Duscharmaturen ($n=3$) genutzt.

An der Tür wurde der Strangulationsgurt am häufigsten befestigt, in dem er eingeklemmt wurde ($n=4$).

Die These, dass Strangulationssuizide in **Räumen mit einem höheren Rückzugscharakter (Zone 3) häufiger tödlich enden**, wurde mit einem exakten *Fisher Test* überprüft. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($T=8.181$, $p<.013$). Da es jedoch deutlich weniger Suizidversuche als Suizide bei der Datenerhebung gab und die Datenmenge insgesamt sehr gering ist, muss dieser Zusammenhang mit Vorsicht betrachtet werden.

Die These, dass in **Doppel- und Mehrbettzimmern aufgrund des höheren Rückzugscharakters häufiger das Bad** als Fall-Ort genutzt wurde, konnte nicht bestätigt werden (Exakter *Fischer Test* $T=1.062$, $p=.673$). Auch die Tatsache, dass die Badtür abschließbar war, schien dabei keine Rolle zu spielen. Allerdings waren nur **5 Badtüren nicht abschließbar**, sodass diese Aussage mit weiteren Fällen überprüft werden müsste. Ähnliches gilt für die Frage, ob eine **Videoüberwachung dazu führt, dass sich Patienten eher im Bad suizidieren**. Diese Fragestellung konnte aufgrund der geringen Vergleichsdaten nicht statistisch ausgewertet werden. Von den 4 Fällen in Räume mit Videoüberwachung fanden 3 Suizidversuche außerhalb und 1 vollendeter Suizid innerhalb des Bads statt.

In 30 Fällen stand den Suizidentierenden auch mindestens eine **andere Methode** zur Verfügung (Mülltüten, scharfe Gegenstände, Desinfektionsmittel, Stöpsel).

Die These, dass die Suizidentin bzw. Suizident eine Befestigungsmöglichkeit bevorzugt, die **offensichtlich und leicht zugänglich** ist, bestätigte sich in einer Mehrzahl der Fälle.

7.2.3 Ergebnisse der Entwicklung des Analyseverfahrens

In der entwickelten Auditmappe zur Durchführung von Analysen zur baulichen Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken wurden alle relevanten Kriterien für eine suizidpräventive Gestaltung – sowohl aus restriktiver als auch atmosphärischer Sicht – zusammengetragen. Während der Analyse in den Kliniken können diese Kriterien

schrittweise als zutreffend oder nicht zutreffend markiert werden. Die Auditmappe gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. Informationen zur Auditmappe (Übersicht über die durchgeführten Analysen samt Ergebnis sowie Grundlagen zur baulichen Suizidprävention und Anwendung der Auditmappe)
2. Gebäudeinfo (Angaben zum analysierten Gebäude, inklusive Grundriss mit Darstellung des Rückzugscharakters aller Räume)
3. Sturzprotokoll (Übergeordnete Analyse zu allen möglichen Sprungorten im Gebäude: Treppen, Balkone/Terrassen/Loggien und Fensterlösungen)
4. Analyse der Stationen (atmosphärische Aspekte, restriktive Aspekte geordnet nach Bauelementen)
5. Informationen zu außerstationären Bereichen (z. B. Tagesklinische Räume, zentrale Therapiebereiche)
6. Atmosphärischer Entwurf (Vorschlag zur Verbesserung der atmosphärischen Gestaltung)

Die Auditmappen umfassen pro Gebäude rund 90 Seiten.

Zur schnelleren und fehlerfreien Bearbeitung stehen neben der Auditmappe auch Checklisten für die erforderlichen Fotografien und die aufzunehmenden Maße zur Verfügung.

7.3 Ergebnisse Paket 3: Experten- und Patientenbefragung

7.3.1 Ergebnisse der Patientenbefragung

In die Auswertung wurden 306 gültige Fragebogen einbezogen. Im Mittel waren die Teilnehmenden 45,91 Jahre alt ($SD = 6,285$, $Range [18; 81]$).

Die Auswertung gab Hinweise darauf, dass bereits kleine Änderungen in der baulichen Gestaltung die Zufriedenheit der Patienten deutlich erhöhen kann. So wurde beispielsweise eine farbige Wand in einem Bad durchschnittlich mit einer Schulnote von 1,9 deutlich besser bewertet als die Standardlösung mit weißen Fliesen mit einer Note von 3,5.³ Abgefragt wurden auch funktionale Aspekte, wie der in Kliniken oft übliche Einsatz einer Sportkopfbrause. Wie vermutet zeigte sich hier, dass die Patienten und Patientinnen ein solches Element als sehr unpraktisch empfinden (durchschnittliche Bewertung: 4,5), im Vergleich zu einer handelsüblichen Installation mit

³ Bewertungssystem orientiert sich an Schulnoten (1 = sehr gut, 6 = ungenügend)

einer höhenverstellbaren Handbrause (durchschnittliche Bewertung: 1,6). Hieraus ergeben sich wichtige Hinweise, die in die Gestaltungsempfehlungen im Rahmen der Analysen zur baulichen Suizidprävention einfließen werden.

Große Einigkeit herrschte unter den Patienten und Patientinnen bei der Frage, dass ein eigenes Bad wichtig ist ($Mdn=1.0$, $IQR=0.0$). Ähnliches galt für einen direkten Zugang der Station in einen Freibereich ($Mdn=1.0$, $IQR=1.0$).

Bei der Frage der Bildermotive im Patientenzimmer zeigte sich, dass Naturmotive mit einer natürlichen Perspektive bevorzugt wurden. Abbildungen von Natur bevorzugten Patienten denen gegenüber von Städten, Tiere waren beliebter als Abbildungen von Menschen. Die Aussagekräftigkeit der Ergebnisse könnte allerdings von der Wahl der spezifischen Motive beeinflusst sein. Diese Störgröße lässt sich jedoch an dieser Stelle nicht vermeiden.

Bei der Auswertung der Bögen zeigte sich, dass 56 Patienten oder Patientinnen keine Angaben zu der Station machten, auf der sie untergebracht waren und in 91 Fällen eine Nennung der Haupterkrankung fehlte. Bei der Ausgabe der Bögen an die Kliniken wurde zwar das Personal darauf hingewiesen, die Bögen auf Vollständigkeit zu prüfen und gegebenenfalls insbesondere die demografischen Daten zu ergänzen, aber leider wurde das nicht umgesetzt. Hinzu kam, dass die Variablen extrem ungleich verteilt waren, sodass keine Tests (z. B. Korrelation zwischen Gestaltungsfragen und Krankheitsbildern) gerechnet werden konnten.

7.3.2 Ergebnisse der Expertenbefragung

Im Rahmen der Expertenbefragung zu baulichen Aspekten wurden $N=193$ gültige Fälle ausgewertet. Im Mittel waren die Teilnehmenden 40.76 Jahre alt ($SD=12.317$, $Range$ [18; 63]) und hatten eine mittlere Berufserfahrung von 15.81 Jahren ($SD=11.905$, $Range$ [0; 50]).

Ein Ergebnis ist, dass deutlich mehr Mitarbeitende einen offenen Tresen vor dem Dienstzimmer bevorzugen würden, als von den Antragstellerinnen aufgrund der bisherigen Rückmeldungen bei Klinikworkshops vermutet wurde. An erster Stelle steht mit 42 % zwar immer noch der verglaste Tresen, mit 32 % folgt jedoch der offene Tresen. Ein vollständig geschlossenes Dienstzimmer wünschen sich nicht einmal 15 % der Mitarbeitenden. Umgesetzt sind offene Tresen gerade mal in knapp 8 % der Fälle. Auffällig ist, dass hier – bis auf eine Ausnahme – keine andere Lösung mehr gewünscht wird.

Auch im Bereich der sanitären Anlagen, die aufgrund des Rückzugscharakters besonders im Fokus der Methodenrestriktion stehen, wurden Erkenntnisse gewonnen, deren Umsetzung die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen kann. Zur Methodenrestriktion werden beispielsweise häufig fest montierte Brauseköpfe eingesetzt. Die Auswertung des Fragebogens zeigt, dass vor allem Mitarbeitende in der Gerontopsychiatrie, die Patienten und Patientinnen mit hohem Pflegebedarf versorgen, diese als problematisch einstufen. Die Pflegemitarbeitenden fühlen sich zudem häufig von Duschtrennungen behindert und wünschen sich hier Alternativlösungen.

Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen zeigten sich nur im Bereich der Duscharmatur. Hier unterschied sich die Gerontopsychiatrie signifikant von allen anderen Stationen. Mitarbeitende dieser Station bewerteten fest montierte Brauseköpfe deutlich einschränkender in ihrem Pflegealltag als die der anderen Stationen. Einen signifikanten Unterschied zwischen den anderen Abteilungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik, Psychosomatik und Psychiatrie) zeigte sich in der Bewertung nicht.

Als wichtig für die Grundrissgestaltung wurde bewertet, dass die Patientenbetten direkt von der Tür aus einsichtig sind (Nachtkontrollgang), unabhängig von Abteilung und Station ($Mdn=1.0$, $IQR=1.0$).

Weiterhin wurden Drehfenster als geeigneter für eine gute Luftqualität angesehen, als Kippfenster – auch hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Abteilungen.

7.3.3 Ergebnisse des Vergleichs zwischen Patienten- und Expertenbefragung

Einige Fragen wurden sowohl der Patienten und Patientinnen als auch den Experten und Expertinnen gestellt. Dabei wurde bei den der Patientengruppe nach der Eignung und bei der Expertengruppe nach der Beeinträchtigung in ihrer alltäglichen Arbeit gefragt.

Die Expertengruppe schätzten die Beeinträchtigung durch fest montierte Brausen im Mittel als eher hoch ein ($Mdn=4.0$, $IQR=3$)⁴. Auch von der Patientengruppe wurden diese Brausen als ungeeignet eingestuft ($Mdn=5.0$, $IQR=2.0$)⁵.

Die Varianten der Duschtrennungen wurden von beiden Gruppen recht ähnlich bewertet. Während die Mitarbeitenden jedoch zwischen „ohne Abtrennung“ und „mit

⁴ auf einer 6-stufigen Likertskala von 1 = gar keine Beeinträchtigung bis 6 = sehr starke Beeinträchtigung

⁵ auf einer 6-stufigen Likertskala von 1 = sehr geeignet bis 6 = völlig ungeeignet

Abtrennung (Glaswand/Vorhang)“ nicht signifikant unterschiedlich einstufen, ergab sich bei der Patientengruppe ein anderes Bild: Der Vergleich von Glaswand bzw. Vorhang mit „ohne Abtrennung“ zeigte einen deutlichen Effekt, mit großer Effektstärke. Am besten wurde von beiden Stichproben die Glaswand beurteilt (jeweils signifikante Effekte).

7.4 Ergebnisse Paket 4: Durchführung und Evaluation der Implementierung

7.4.1 Ergebnisse der Implementierung

Die Vorlage für die Auditmappen wurde im Laufe der Implementierung auf den insgesamt 45 psychiatrischen Stationen zwei Mal komplett überarbeitet. Basis dafür waren die Erkenntnisse aus den Auditterminen in den Landeskliniken. Hier wurde beispielsweise deutlich, welche Elemente bisher zu wenig beachtet wurden, wie die Übersichtlichkeit der Dokumente verbessert werden kann, welche Informationen weggelassen werden können etc. Das nun vorliegende Dokument ist dazu geeignet, auf die unterschiedlichen Kliniktypen zu reagieren. Zudem können die Daten sehr schnell und präzise eingepflegt werden.

Um die Bauelemente vor Ort möglichst zeitsparend und vollständig aufzunehmen, wurden die auf das Auditdokument abgestimmten Vorlagen eingesetzt. Diese Maßnahmen verbesserten das Verfahren erheblich – sowohl im Hinblick auf den geringeren Zeitbedarf als auch auf die Qualität der Daten.

7.4.2 Feedback der Kliniken/Evaluation

In der Rücksprache erwähnten drei der Kliniken, dass sie sich wünschen würden, dass die Auditmappen stärker das jeweilige Klientel der Stationen berücksichtigen. Da jede Station ein anderes (therapeutisches) Konzept hat, sollten vor der Analyse Absprachen dazu mit dem ärztlichen und therapeutischen Personal stattfinden.

Eine Klinik bemängelte, dass es neben den umfassenden Auditmappen keine kurze Zusammenfassung mit Empfehlungen für Neubauten gäbe.

Das Ampelsystem im Audit gibt den Kliniken einen Hinweis, welche Elemente besonders kritisch sind und damit auch in welcher Reihenfolge diese bearbeitet werden sollten. Das System wurde von allen Kliniken als gut und verständlich bewertet.

Ebenso die Hinweise und Erläuterungen zu den einzelnen Bauelementen. Dennoch

wurde darauf hingewiesen, dass es für das medizinische Personal oft nicht leicht verständlich ist.

7.5 Ergebnisse Paket 5: Untersuchung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte

Der Fragebogen zur Erhebung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte teilt sich in folgende Rubriken auf: Ersteinschätzung, Einschätzung Klinikaufenthalt, akute Suizidalität, Suizidversuch, Suizid, Kommunikation und Unterstützung, Schulung Personal, Optimierungsmöglichkeiten. Das Antwortverhalten der befragten Kliniken wird in den folgenden Punkten zusammengefasst. Dabei wird zunächst auf die Einschätzung von Suizidalität sowie die Art der Dokumentation von Informationen eingegangen. Die weiteren Unterpunkte stellen Ergebnisse der Fragen zur Standardisierung beim Vorgehen, zur Kommunikation, Schulungen und Optimierungsmöglichkeiten. Aufgrund der Mehrfachwahlmöglichkeit bzw. der Tatsache, dass nicht alle Fragen von allen der 120 gültigen Fälle vollständig beantwortet wurden (beispielsweise wurde die letzte Frage – nur offene Texteingabe – von 19 Kliniken beantwortet), wird auf eine zusätzliche prozentuale Angabe verzichtet (diese sind im Anhang zu finden). Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt. Die vollständige Datenaufbereitung findet sich im Anhang.

7.5.1 Einschätzung der Suizidalität und Dokumentation

Die Einschätzung der Suizidalität wurde drei Mal erfragt, jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten des klinischen Aufenthaltes.

Die Abfrage der Suizidalität einer Patientin bzw. eines Patienten bei stationärer Aufnahme erfolgte mit 119 Angaben mittels „Anamneseerhebung inkl. Psychopathologischer Befund“ und mit 20 Angaben durch „standardisierte Verfahren z. B. Fragebögen“ (z. B. BDI, NGASR oder DSI-SS). Die eingetragenen Freitexteingaben wurden im Rahmen der Auswertung der Daten noch einmal kategorisiert. Hierbei ließen sich 17 Freitextangaben in die Kategorien *standardisierte Einstufung* ($n=12$) sowie *klinische Einschätzung* ($n=7$) einteilen.

Während des Klinikaufenthalts erfolgte die Einschätzung der Suizidalität mit 32 Angaben „standardisiert, z. B. 1 x pro Woche“, mit 98 Angaben „abhängig vom klinischen Verlauf (z. B. bei Verschlechterung des Befindens)“, mit 65 Angaben „regelmäßig“ und mit 30 Angaben „bei Bedarf“.

Folgendes Diagramm (Abbildung 17) zeigt zusammengefasst die Art der Dokumentation im Vergleich zwischen den Kategorien Ersteinschätzung, Klinikaufenthalt, Sondersituation sowie akute Suizidalität. Dabei ist die Dokumentation in der elektronischen Patientenakte die am häufigsten gewählte Methode, gefolgt von Freitexten und der Papierakte. Seltener werden Textbausteine sowie andere Dokumentationswege wie z. B. Formulare zur standardisierten Einschätzung oder Einträge in der Kurve bzw. mündliche Übergaben genutzt.

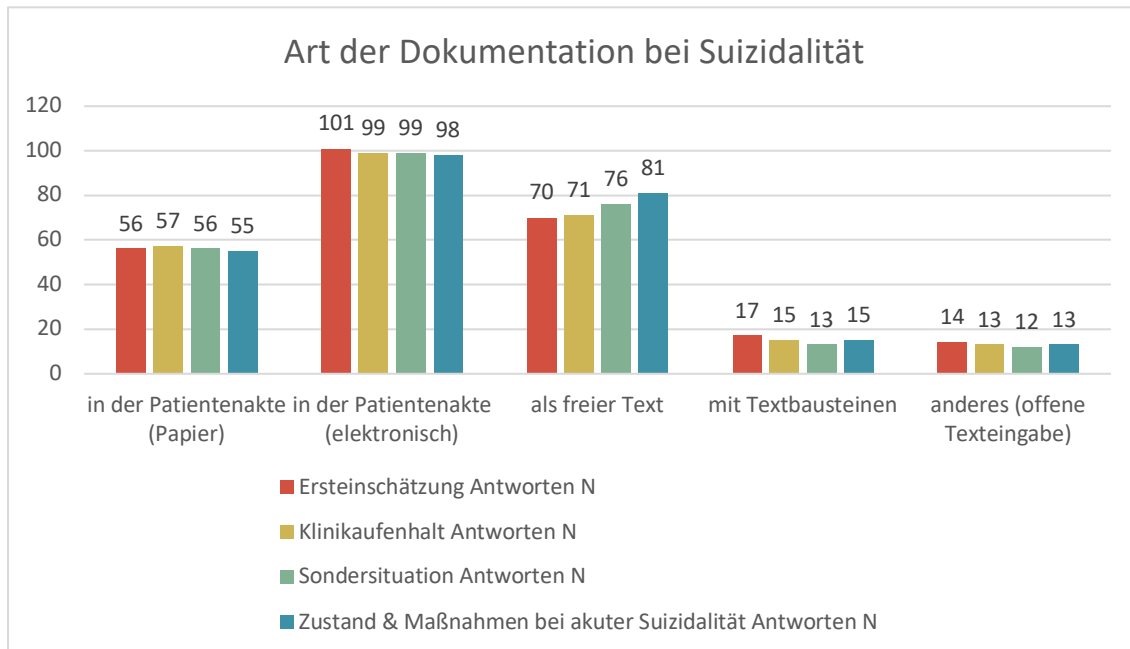


Abbildung 7: Art der Dokumentation bei Ersteinschätzung, Klinikaufenthalt, Sondersituation und Zustand & Maßnahmen

Genauer wurden in den Freitextmöglichkeiten bei der Ersteinschätzung *schriftliche Einstufungsmethoden* ($N=8$), z. B. standardisierte Formulare oder auch Antisuiizidverträge sowie *Übergabewege und Kurveneinträge* ($n=6$) zur Dokumentation der Suizidalität kategorisiert.

Zur Einschätzung der Suizidalität während der Behandlung wurden mit 21 Angaben „regelmäßig“ und mit 93 Angaben „bei Bedarf“ Angehörige einbezogen, 7-mal wurde diese Frage verneint.

7.5.2 Standardisierung des Vorgehens

Das Diagramm in Abbildung 18 vergleicht die Häufigkeit eines standardisierten Vorgehens bei akuter Suizidalität, einem Suizidversuch und bei Suizid. Dabei wurde abgefragt, ob es ein standardisiertes Vorgehen gibt und wieweit dieses tatsächlich nach Vorgabe umgesetzt wird.

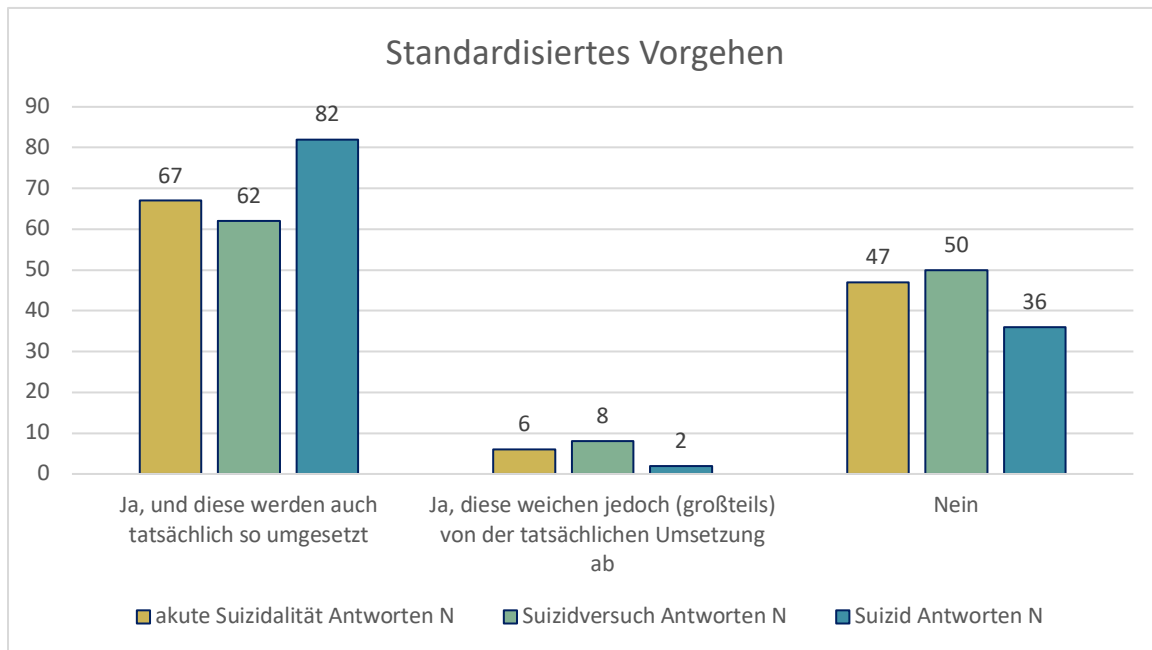


Abbildung 8: Standardisiertes Vorgehen bei akuter Suizidalität, Suizidversuch und Suizid

Sowohl bei akuter Suizidalität, bei einem Suizidversuch sowie bei einem Suizid geben 62 bis 82 der befragten Kliniken an, dass es ein standardisiertes Vorgehen gibt, lediglich 2 bis 8 geben an, großteils davon abzuweichen, 36 bis 47 Kliniken verneinten ein standardisiertes Vorgehen.

Existiert ein standardisiertes Vorgehen nach einem Suizidversuch, geben 19 der befragten Kliniken an, dass sich dies unterscheidet durch: *die Art des Klinikaufenthalts, sei dieser stationärer/teilstationärer oder ambulanter gewesen (n=11), individuell nach Befund/Absprachefähigkeit/Informationen/Situation (n=5) bzw. ob der Suizidversuch im Rahmen des Klinikgeländes oder im Rahmen eines Ausgangs stattgefunden hat (n=4)*. 54 befragte Kliniken verneinten, dass sich das standardisierte Vorgehen nach einem Suizidversuch unterscheidet.

Das folgende Diagramm (Abbildung 19) zeigt, welche Informationen standardgemäß bei einem Suizidversuch bzw. bei einem Suizid dokumentiert werden.

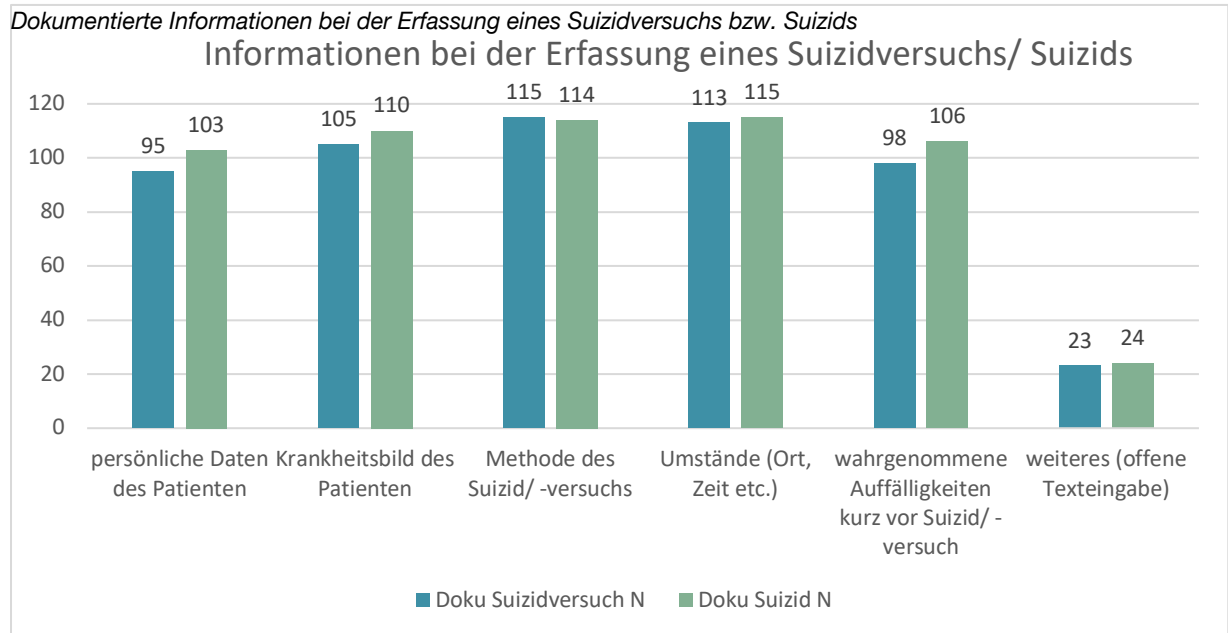


Abbildung 9: Dokumentierte Informationen bei der Erfassung eines Suizidversuchs bzw. Suizids

Das Diagramm „Maßnahmen“ (Abbildung 20) bildet das Vorgehen bei akuter Suizidalität bzw. bei einem Suizidversuch ab. Am häufigsten wurden die Antwortmöglichkeiten *regelmäßige Abklärung der Distanzierungsfähigkeit* sowie *Ausgangsregelung* gewählt. Weniger als die Hälfte der Kliniken wählten neben der Freitextmöglichkeit die Antwortvorgaben *Isolierung/Wachraum* und *Unterbringung in einem geschlossenen Raum*.

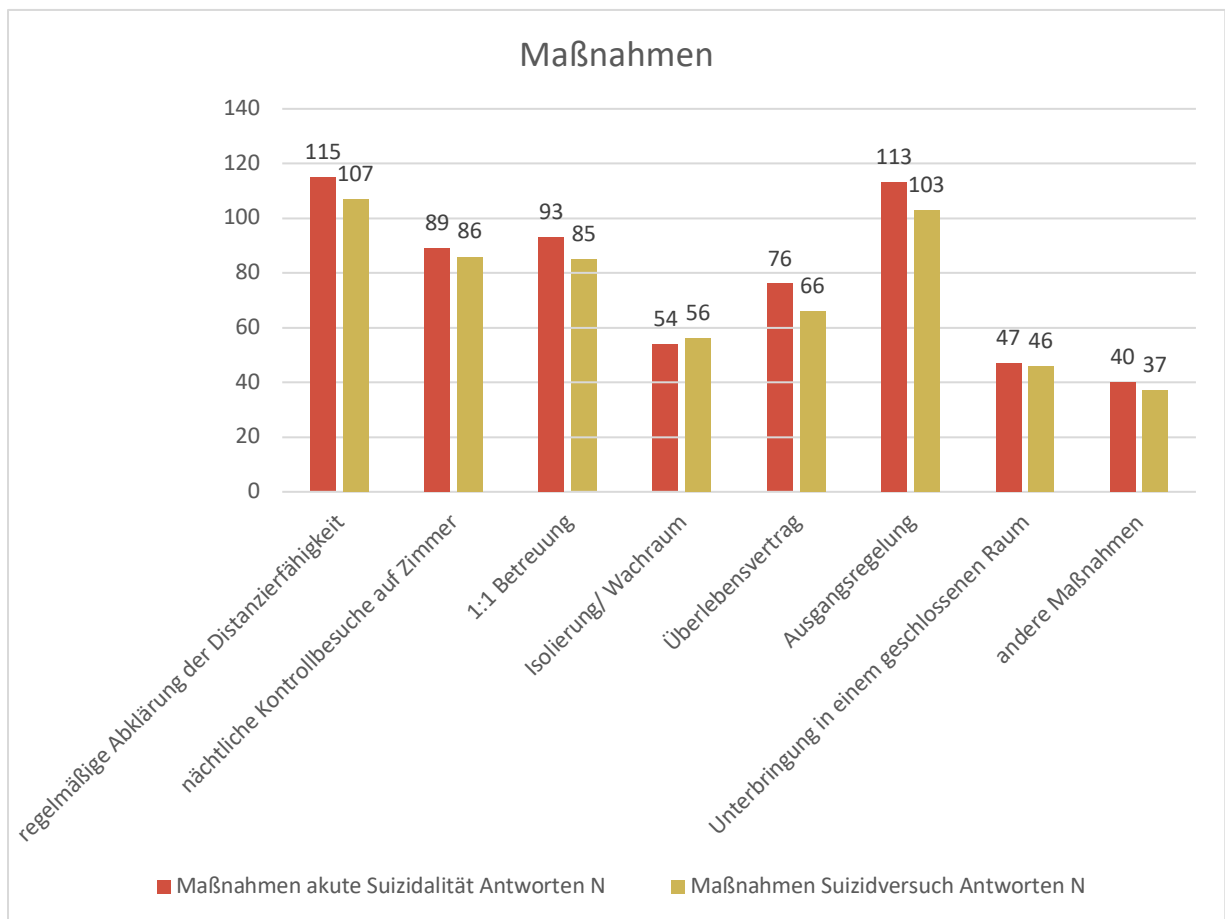


Abbildung 10: Maßnahmen bei Suizidalität bzw. einem Suizidversuch

Andere Maßnahmen bei akuter Suizidalität entsprechen der *Intensivierung bestehender Maßnahmen* ($n=32$) sowie *Medikation* ($n=6$) und *patientenorientierte Maßnahmen* ($n=6$); z. B. Beziehungsarbeit, Fixierung und mit einer einmaligen Nennung der Einbezug von Angehörigen.

Im Weiteren wurde erfragt, ob bei akuter Suizidalität, einem Suizidversuch bzw. einem Suizid Teambesprechungen oder Ähnliches stattfinden (s. Abbildung 21 - Diagramm „Teambesprechung“). Mit *regelmäßig* bejahen dies jeweils 85 der Befragten bei akuter Suizidalität bzw. einem Suizidversuch. Bei einem Suizid steigt der Anteil auf 107.

36 bzw. 38 der befragten Kliniken geben an, dies bei akuter Suizidalität bzw. einem Suizidversuch nach Bedarf zu tun, eine Klinik verneinte die Frage; bei einem Suizid finden bei 11 der Kliniken Teambesprechungen nach Bedarf statt.

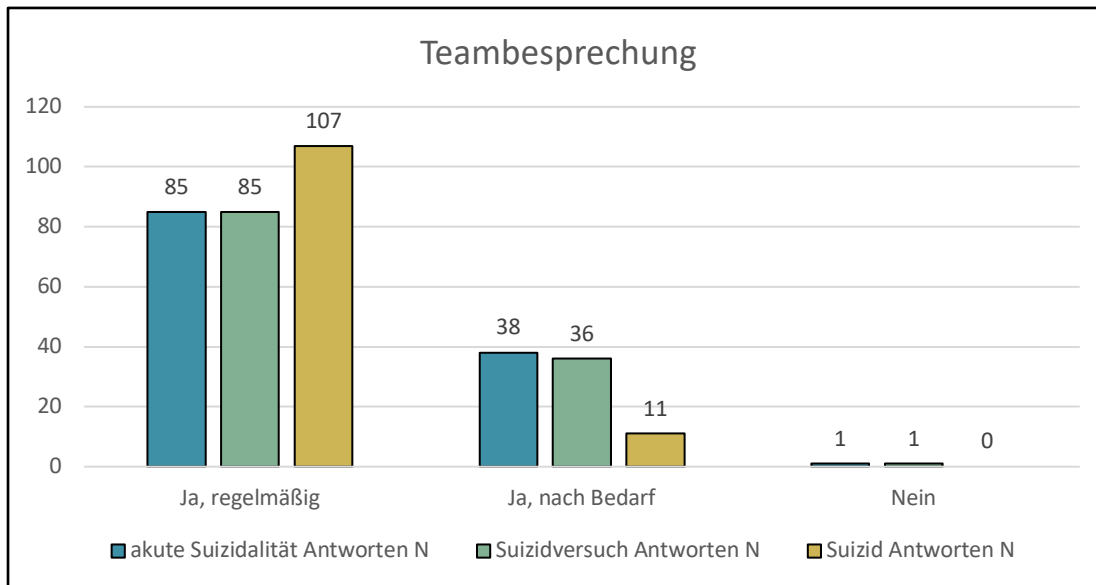


Abbildung 11: Teambesprechung bei akuter Suizidalität, nach einem Suizidversuch bzw. nach einem Suizid

Das folgende Diagramm (Abbildung 22) zeigt das Antwortverhalten auf die Frage, ob es ein Standardprozedere über die Teambesprechung hinaus gibt.

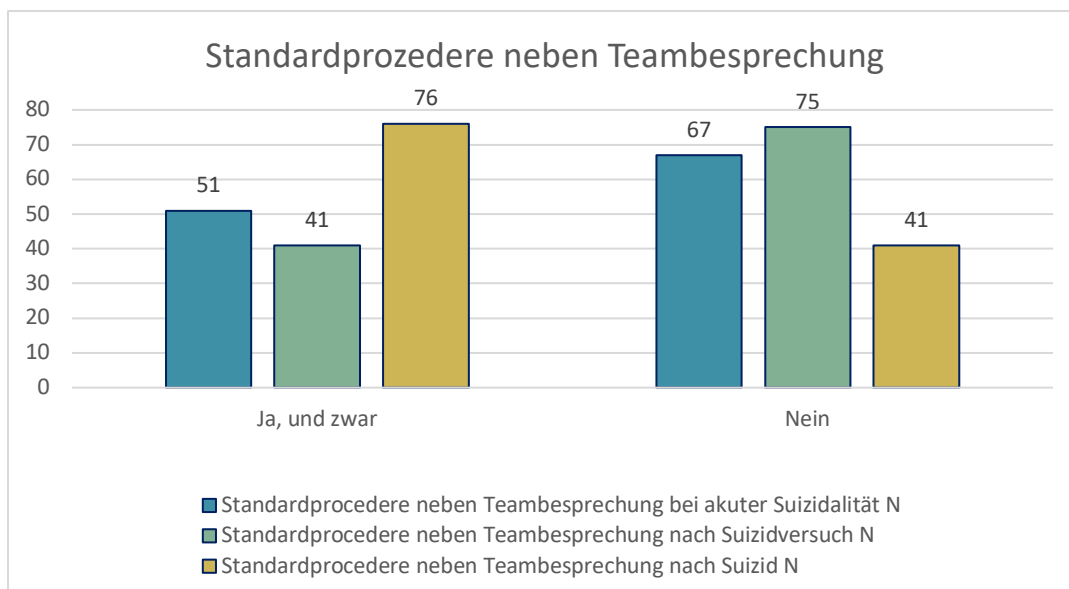


Abbildung 12: Standardprozedere neben der Teambesprechung bei akuter Suizidalität, nach einem Suizidversuch bzw. nach einem Suizid

Nach einem Suizid erfolgen neben der Besprechung nach 76 Freitexteinträgen: *ein festgelegtes internes Prozedere* (n=63), *Besprechung mit Angehörigen und Mitpatienten* (n=19) sowie *Meldung/besondere Vorkommnisse* (n=11); z. B. der Einbezug der Leitung, Gesprächsrunden und Supervision, kollegiale Hilfe und Einzelgespräche sowie Angebote für Angehörige.

Zu Veränderung von Maßnahmen nach einem Suizidversuch kommt es nach Angaben von 33 der befragten Kliniken nicht, 85 Kliniken antworteten in Freitexteingaben mit: *Anpassung/Intensivierung internes Prozedere* (n=35), *Anpassung der*

Behandlung (n=30), Thematisierung bei Mitpatienten und Mitpatientinnen/Angehörige (n=30); z. B. eine engmaschige Betreuung, Super-/Intervision, medizinische Maßnahmen, Anpassung diagnostischer bzw. therapeutischer Prozess vor allem bei Risikopatienten und mit einer einmaligen Nennung Angehörigengespräche.

Nach einem Suizid kommt es nach den Angaben von 85 der befragten Kliniken zu Veränderungen pflegerischer/ärztlicher/therapeutischer Maßnahmen auf einer Station. Mit 44 Nennungen sind dies *patientenorientierte Maßnahmen* und mit 43 Nennungen betrifft dies das *interne Prozedere*; z. B. Gruppensitzungen, Prävention, Super-/Intervision, diagnostischer/therapeutischer Prozess.

Die Verantwortung für die Organisation nach einem Suizid(-versuch) übernimmt standardgemäß mit 88 Nennungen *ein Arzt*, mit 6 Nennungen *ein Mitarbeiter aus der Pflege*, mit 2 Nennungen *ein Psychologe* und mit weiteren 2 Nennungen *ein speziell geschulter Mitarbeiter*.

7.5.3 Kommunikation

In dem Diagramm *Mitteilung über Suizid* (Abbildung 23) wird die Mitteilung über einen Suizidversuch bzw. über einen Suizid an verschiedene Personengruppen gegenübergestellt. Dabei zeigte sich, dass im Vergleich zu einem Suizid, bei einem Suizidversuch eher ausgewählte Personengruppen, sowohl Personal als auch Mitpatienten und Mitpatientinnen über diesen in Kenntnis gesetzt werden. Über einen Suizid werden häufiger sowohl das gesamte Klinikpersonal sowie alle Mitpatienten und Mitpatientinnen informiert. Bei einem Suizid erfolgt die Mitteilung an Angehörige häufiger als bei einem Suizidversuch.

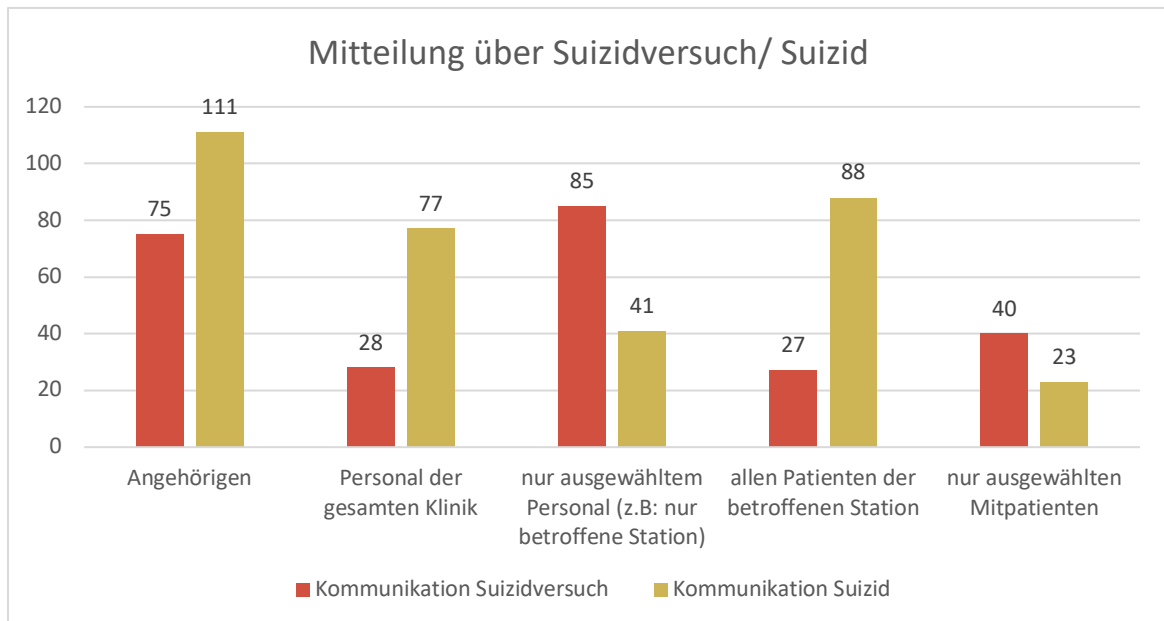


Abbildung 13: Personengruppen bei Mitteilung über einen Suizidversuch bzw. Suizid

106 Kliniken gaben an, dass den Angehörigen nach einem Suizid(-versuch) standardgemäß Hilfe angeboten wird, 9 verneinten diese Frage. Das Angebot umfasst ein Gesprächsangebot u. a. mit dem Oberarzt oder Chefarzt ($n=77$) oder die Vermittlung von Hilfen bzw. Unterstützung durch Begleitung ($n=43$).

Hilfsangebote für betroffenes Personal nach einem Suizid(-versuch) sind mit 108 Angaben „Einzelgespräche nach Bedarf“, mit 18 Angaben „festgelegte Einzelgespräche“ und mit 65 Angaben „offene Gesprächsrunden“ sowie 57 „andere Angebote“ mit Supervision ($n=29$), interne Hilfsangebote/Fallanalysen ($n=21$) und externen Unterstützungsangeboten ($n=9$).

Nach einem Suizid(-versuch) finden nach Angaben von 56 der befragten Kliniken festgelegte Gruppensitzungen mit Mitpatienten und Mitpatientinnen statt, 10 Kliniken verneinen dies und 51 Kliniken geben an, dass dies situationsabhängig ist.

Ob es Gründe gibt, Informationen zu einem Suizid zu verschweigen, verneinen 30 der antwortenden Kliniken, 82 begründeten dies mit der Schweigepflicht ($n=43$) oder zur Vermeidung von Nachahmereffekten ($n=52$).

7.5.4 Schulungen und Optimierung

67 der befragten Kliniken gaben an, dass Schulungen des Personals regelmäßig stattfinden; 49 verneinten diese Frage. Das folgende Diagramm (Abbildung 24) stellt die Inhalte dieser Schulungen dar.

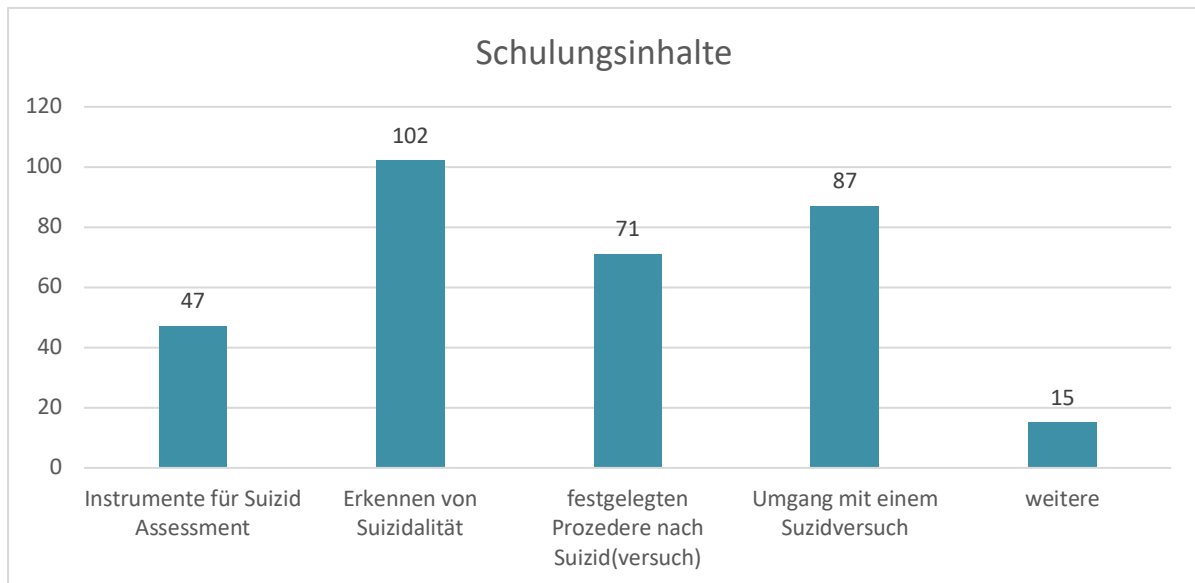


Abbildung 14: Inhalte stattfindender Schulungen des Personals

Zu den weiteren Inhalten der Schulungen wurden Angaben im Sinne folgender Kategorien gemacht: *Risikoeinschätzung* ($n=9$), *Thema Suizid allgemein* ($n=5$), *Vorgehen im Notfall* ($n=3$).

84 Kliniken bestätigten, dass die wichtigsten Inhalte abgedeckt sind. 28 Angaben zu gewünschten Inhalten zukünftiger Schulungen betreffen *die therapeutische Arbeit von Diagnostik über Beziehungsarbeit bis Nachsorge* ($n=22$) sowie *fachliche Grundlagen* ($n=14$), z. B. ein standardisiertes Assessment, Super-/Intervision, Präventionsmaßnahmen, ethische Aspekte sowie freiheitsentziehende Maßnahmen.

61 der befragten Kliniken teilten mit, dass es eine besonders geschulte Ansprechpartnerin bzw. einen besonders geschulten Ansprechpartner zum Thema Suizid in der Klinik gebe, 60-mal wurde die Frage verneint.

Die Frage, welche spezifischen therapeutischen Konzepte in den Kliniken im Umgang mit suizidalen Patienten und Patientinnen angewandt werden, beantworteten 20 der befragten Einrichtungen mit Nennungen zu *Standardisierten Konzepten/Kurzinterventionen* ($n=13$), *Psychoedukation in Gruppen* ($n=6$) und *interne Standards* ($n=5$).

7.5.5 Optimierung

Der Abschlussteil des Fragebogens widmete sich dem Thema der Optimierungsmöglichkeiten sowohl in der klinischen Versorgung als auch in der Allgemeinbevölkerung. Dabei wurde sowohl nach Möglichkeiten gefragt, suizidpräventive Maßnahmen zu verbessern, als auch danach, welche der bereits angewandten Maßnahmen in der

klinischen Versorgung bzw. Allgemeinbevölkerung als besonders wichtig erachtet werden.

Die Frage, was in der klinischen Versorgung für eine optimale Suizidprävention fehlt, beantworteten 51 der befragten Kliniken. Dabei wurden folgende Antworten gegeben: *Personal bzgl. Anzahl und fachlicher Qualifikation (n=30)*, *therapeutische Begleitung (n=19)* sowie *Standards und Maßnahmen (n=11)* (wie beispielsweise Aufklärung und Entstigmatisierung, Präventionsmaßnahmen, ambulante bzw. niederschwellige Nachsorgeangebote, einheitliche Standards und Dokumentation).

Maßnahmen, die in der (optimierten) klinischen Versorgung bereits angewandt werden, betreffen nach Angaben von 46 befragten Kliniken *die personelle fachliche und organisatorische Ebene (n=37)*, *die therapeutische Arbeit von Diagnostik über Beziehungsarbeit bis Nachsorge (n=27)*; z. B. Schulungen, Teamarbeit, Aufklärung, Entstigmatisierung, bauliche Maßnahmen sowie geeignete zeitliche und räumliche Bedingungen oder Einbezug des Umfelds der Betroffenen.

Von den 47 Antworten auf die Frage, was in der Allgemeinbevölkerung zur optimalen Suizidprävention aktuell noch fehlt, beziehen sich 38 Angaben auf *Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Prävention*, beispielsweise über digitale Medien oder Kampagnen. 13 Angaben bezogen sich auf das *Hilfesystem* (ambulante sowie telefonische Zugänge), *Versorgung und Sensibilisierung in der Gesellschaft aber auch beim Fachpersonal*, im Sinne der Entstigmatisierung, vor allem vorurteilsfreier offener Umgang, schnellere Versorgung bundesweit und für alle Altersgruppen über diverse Medien (Beratung, telefonisch etc.) sowie niederschwellige Angebote.

Die Frage nach aktuellen Maßnahmen, welche als besonders wichtig erachtet werden, wurde von 19 der befragten Kliniken beantwortet. Die Antworten beziehen sich zusammengefasst auf *die Aufklärung über psychische Erkrankungen und Suizid (n=14)* und *die Sensibilisierung des Hilfesystems (n=7)*. Dabei wurde unter anderem die Entstigmatisierung von Suizid, eine verantwortungsbewusste Presse sowie mehr Aufmerksamkeit für das Thema Suizid beschrieben.

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

8.1 Diskussion der Ergebnisse Paket 1: Suiziddatenbank

Ziel der Suiziddatenbank war es, mindestens 10 % der psychiatrischen Kliniken (Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Akutkrankenhäusern) im

Rahmen einer freiwilligen Verpflichtung zu motivieren, sich dauerhaft an der Erhebung zu beteiligen. Das entspricht 60 Kliniken. Zum jetzigen Zeitpunkt haben sich 89 Kliniken angemeldet – womit das Ziel deutlich übertroffen wurde.

Die Erhebung der Kliniksuzide und -suizidversuche ist nun seit etwa zwei Jahren online. Mittlerweile konnten neben einzelnen Kliniken auch Klinikverbände, wie z. B. der Landschaftsverband Rheinland (LVR) und der Vitos Klinikverband gewonnen werden. Wesentlich für den Erfolg und die Aussagekräftigkeit der Daten für den gesamtdeutschen Raum ist, dass sich möglichst viele Kliniken an der Erhebung beteiligen. Deshalb wird das Instrument laufend weiter beworben. Im vergangenen Jahr beispielsweise bei der ACKPA-Tagung (ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern), dem DGPPN Kongress (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) in Berlin, bei dem Mittwochskolloquien am Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, auf der Internetseite des Werner-Felber-Instituts und erneut im Fachjournal *Suizidprophylaxe* (2020). Im April 2020 war weiterhin eine Vorstellung bei der Bundesdirektorenkonferenz in Emmendingen geplant, die leider aufgrund der Coronapandemie verschoben wurde. Auch wenn diese Förderung ausgelaufen ist, soll weiterhin – zunächst im Ehrenamt – versucht werden, Kliniken zur Beteiligung zu animieren.

Ein gravierendes Problem in der Forschung und gerade im Bereich der Suizidforschung ist die Vergleichbarkeit der Daten. So unterscheidet sich z. B. die Operationalisierungen der Begriffe und die Bezugsdaten (z. B. Behandlungsfälle vs. Belegte Betten) so erheblich, dass die Zahlen kaum miteinander vergleichbar sind. Deshalb strebt das Werner-Felber-Institut an, die Datenbank auf das deutschsprachige Ausland auszuweiten und so einheitliche, direkt vergleichbare Daten zu erhalten. Es gibt bereits vereinzelt Kliniken aus der Schweiz und Österreich, die sich beteiligen. Es haben bereits konkrete Gespräche mit dem Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte stattgefunden haben, um bestimmte Fragen örtlichen Gegebenheiten anzupassen. Zudem wird der Fragebogen gerade einer Schweizer Ethikkommission zur Prüfung vorgelegt, um die Akzeptanz des Instrumentes dort zu erhöhen. Ein für den April 2020 geplantes Mitgliedertreffen in Münsingen (CH), in dem final über eine pflichtgemäße Beteiligung der Schweizer Kliniken (im deutschsprachigen Raum) abgestimmt werden sollte, wurde leider aufgrund der Coronapandemie auf ungewisse Zeit verschoben.

Es wurde eine SPSS -Syntax erarbeitet, anhand derer eine jährliche Analyse stattfinden soll, die den beteiligten Kliniken zur Verfügung gestellt wird. Zudem können Kliniken aktuell eigene Fragestellungen einbringen, die dann im Vergleich zu anderen Kliniken ausgewertet werden sollen (Anhang 05).

Die Datenerhebung soll in jedem Fall auch nach Projektende weitergeführt werden. In welchem Umfang das geleistet werden kann, hängt maßgeblich von einer Förderung ab. Es hat sich gezeigt, dass die Qualität der Daten wesentlich von der Intensität der Betreuung – z. B. telefonischer Kontakt mit den Kliniken etc. – abhängt.

Ein Kritikpunkt, der in einzelnen Rückmeldungen regelmäßig auftaucht, ist der hohe Umfang der Erhebung. Diese Problematik entsteht vor allem aufgrund des Ziels eine Datenbank zu erstellen, die verschiedene Thematiken und Fragestellung der Suizidprävention betrachtet (z. B. bauliche, therapeutische, pharmazeutische ...) und so von Forscher und Forscherinnen unterschiedlicher Disziplinen genutzt werden kann. Um zu vermeiden, dass dadurch Dateneingaben verloren gehen, wurde der Fragebogen so aufgesetzt, dass es nur wenige Antwortwänge gibt und jede Klinik selbst entscheiden kann, wie umfangreich sie Daten einpflegen möchte. Das wird auch bei der Auswertung der Daten berücksichtigt, indem bei der Datenreinigung als Minimalanforderung lediglich die Eingabe von Art der suizidalen Handlung, Jahr, Alter oder Geschlecht festgelegt wurde. Die Anzahl der fehlenden Eingaben zeigen, dass diese tatsächlich zwischen den einzelnen Frageblöcken variieren. Es ist geplant mit einigen Expert, bzw. Expertinnen, die auch an dem Konsensusprozess beteiligt waren, zu diskutieren, ob mehr Antwortwänge in den Fragebogen eingearbeitet werden sollen. Im Ergebnisabschnitt wurde dargelegt, dass die Suizidalität häufig nicht betrachtet/dokumentiert oder falsch eingeschätzt wird. Das zeigt sich auch in den Erkenntnissen des Arbeitspaketes 5 (Nicht-bauliche Suizidprävention), in dem dargestellt wird, dass es kaum definierte Prozesse zur Suizidprävention gibt. Die Daten deuten darauf hin, dass die Suizidprognosen nur sehr unzureichend sind. Das wiederum spricht auch für die Entscheidung, die Stationen nicht entsprechend ihres aktuellen Klientels zu bewerten, da die Suizidgefährdung häufig falsch eingeschätzt wird. Zudem unterstreicht es noch einmal die Bedeutung, die Patienten und Patientinnen durch eine suizidpräventive bauliche Gestaltung zu schützen.

8.2 Diskussion der Ergebnisse Paket 2: Entwicklung eines Systems zur Implementierung

8.2.1 Entwicklung des Bewertungssystems

Es ist gelungen, ein Bewertungssystem zu entwickeln, das sich auf die Daten der zentralen Kliniksuziderhebung stützt und somit selbstlernend ist. Das System ist für die Auditoren in der Praxis leicht umzusetzen und hat daher eine geringe Fehlerquote. Alle Erfahrungen aus den durchgeführten Audits sowie aus wissenschaftlichen Fachpublikationen sind eingeflossen.

Auch die Auswertung der Einzelfälle wurde in die Überarbeitung des Bewertungssystems einbezogen. Konkret wurde die Option, an Türen und Fenstern einen Strangulationsgurt über das Einklemmen zu befestigen, neu hinzugezogen. Es zeigte sich, dass diese Methode häufiger auftaucht als zunächst vermutet.

Das relativ häufige Auftreten von Strangulationssuiziden durch Einklemmen von Gurten in Fenster oder Türen verdeutlicht, dass ein Suizid trotz sorgfältiger Ausstattung der Patientenzimmer nicht gänzlich verhindert werden kann. Dieser Hinweis befindet sich auch in der Einleitung der Auditmappe. Eine Empfehlung würde hier nicht lauten, auf Türen oder zu öffnende Fenster zu verzichten, da dies sonst nicht einer normativen Gestaltung entspricht. Es geht vielmehr darum, ein Muster zu erkennen, das sich hinter einer Vielzahl von Suiziden und Suizidversuchen versteckt (beispielsweise, dass das Einklemmen eine höhere Attraktivität von gekippten Fenstern gegenüber Drehflügeln mit sich bringt).

Eine weitere Ausnahme stellen Suizide bzw. Suizidversuche in Intensivzimmern dar. Hier sind aufgrund des besonderen Klientels in der Regel keine Elemente mit hohem Aufforderungscharakter verbaut. In diesen Fällen wurde auf eher ungeeignete Elemente (z. B. das mit im Ampelsystem gelb bewertete geschlossene Fenster) zurückgegriffen. Im Bewertungssystem wurde deshalb eine zusätzliche Raumrisikobereiche (Zone A-D, siehe Tabelle 10, S. 32) definiert. Die Bewertung in Intensivzimmern erhöht sich dadurch immer um einen Punkt (z. B. aus orange wird rot, usw.).

Das im Antrag formulierte Ziel zum Bewertungssystem wurde damit voll erfüllt.

8.2.2 Qualitative Einzelfalluntersuchungen

Es wurden weniger Suizidfälle, die an Türen und Armaturen durchgeführt wurden, erhoben als geplant. Dies begründet sich einerseits darin, dass derartige Fälle in der einzigen zur Verfügung stehenden Vorstudie (Glasow, 2011) überrepräsentiert

waren, und andererseits in der schlechten Dokumentation der baulichen Variablen bei Suizidgeschehen in psychiatrische Kliniken. Einige Kliniken wollten sich nicht an der Untersuchung beteiligen oder die Zimmer waren Intensivzimmer, die dauerhaft belegt waren.

Die Einzelfälle sollten aufgenommen werden, um besser zu verstehen, wie Suizidenten den Befestigungspunkt für den Strangulationsgurt auswählen. Zwar konnte die qualitative Betrachtung eine Datenbasis bilden, mit deren Hilfe Fragestellungen untersucht werden konnten, die aus der Datenbank nicht hervorgingen. Dennoch können aufgrund der geringen Fallzahlen hier lediglich Tendenzen oder Vermutungen geäußert werden.

Die Ampelbewertung eines Elementes bezieht verschiedene Faktoren, wie Formgebung, Ort, Stabilität, Befestigungsmöglichkeit und so weiter, mit ein. Um zu überprüfen, wie gut diese im Rahmen des Projektes ausgearbeitet Bewertung die Wahrscheinlichkeit abbildet, dass ein Element für einen Suizid genutzt wird, wurde untersucht, ob den Suizidenten und Suizidentinnen ein Element mit einer höheren Bewertung zur Verfügung gestanden hätte. Es zeigte sich, dass in fast zwei Drittel aller Fälle die Elemente mit dem höchsten Aufforderungscharakter genutzt wurden. Das spricht für die Aussagekraft des Bewertungssystems.

Es wurde auch analysiert, ob bei der Wahl des Elements auch Faktoren, wie die Wahl einer bestimmten Raumzone oder Höhe entscheidend ist. Die Daten aus den Einzelfalluntersuchungen deuten darauf hin, dass in Räumen mit hohem Rückzugscharakter die suizidale Handlung häufiger tödlich endete. Das entspricht der Tatsache, dass die Strangulation eine langsame Methode ist und Patient, bzw. Patientinnen in Räumen mit hohem Rückzugscharakter weniger schnell entdeckt und gegebenenfalls gerettet werden können. Dieser Aspekt wurde im Bewertungssystem insofern berücksichtigt, als dass die Bewertung der Elemente sich mit dem Grad des Rückzugs ändert. So erhält eine Strangulationsmöglichkeit auf dem Flur eine geringere Bewertung als im Patientenzimmer. Das gilt allerdings nicht für „schnelle“ Methoden, wie z. B. dem Sturz aus dem Fenster. Hier ist das Risiko in allen Rückzugszonen gleich zu bewerten. Eine andere Deutungsmöglichkeit könnte hier sein, dass die Strangulationssuizide in öffentlichen Bereichen eher appellativen Charakter haben und deshalb weniger häufig tödlich enden. Die vorliegende Datenbasis reicht jedoch bei weitem nicht aus, um einen Kausalbezug aufzuzeigen.

Die deskriptive Betrachtung der Daten spricht dafür, dass für Strangulationen häufig Befestigungspunkte gewählt werden, die Über-Kopfhöhe liegen ($n=23$). Von einigen Suizidenten wurden aber auch Befestigungspunkte gewählt, die deutlich niedriger lagen. Gründe hierfür könnte sein, dass ein tieferer Punkt den Suizidenten oder die Suizidentinnen häufig ein höheres Maß an Kontrolle bietet oder, dass das tiefere Element einen besonderen Aufforderungscharakter hat (, der wiederum bei der Bewertung eine Rolle spielt).

Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Überarbeitung des Bewertungssystems und zeigen gleichzeitig, dass hier noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Während für den Bereich der Dusche sowie für die Fenster ein deutlicher Wissenszuwachs erzielt werden konnte, ist dies für die Nutzung von Türklinken für einen Suizid(-versuch) leider ausgeblieben. Speziell die Frage nach dem Einfluss der Laibungstiefe und der Türklinkenform konnte aufgrund der geringen Fallzahl nicht beantwortet werden.

8.2.3 Entwicklung des Analyseverfahrens

Das Verfahren zur Analyse und Dokumentation der baulichen Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken konnte wie geplant entwickelt werden und steht ab sofort zur Verfügung. Alle entwickelten Instrumente sind darauf ausgerichtet, jeglich auftretende bauliche Situationen gut abbilden zu können und eine schnelle und solide Aussage zum Ist-Zustand sowie zu baulichen Empfehlungen treffen zu können.

8.3 Diskussion der Ergebnisse Paket 3: Experten- und Patientenbefragung

Insgesamt haben die Ergebnisse der Experten- und Patientenbefragung dazu beigetragen, zu testen, ob theoretisch erarbeitete Lösungsvorschläge für eine bauliche Suizidprävention für die Praxis relevant sind und von den Nutzenden akzeptiert werden. Die hier erhaltenen Hinweise sind auch in das Bewertungstool für Bauelemente eingeflossen.

8.3.1 Patientenbefragung

Die Tatsache, dass bereits kleine bauliche Änderungen zu einer höheren Zufriedenheit führen, macht deutlich, wie wichtig die Abbildung der Atmosphäre auf den Stationen und in den Patientenzimmern ist. Eine Bewertung der Atmosphäre wurde in die

Auditmappe integriert und gibt Kliniken auch Hinweise, wie diese verbessert werden kann.

Hier wurde ebenfalls berücksichtigt, ob die Patienten und Patientinnen von den Stationen direkt in einen Freibereich gehen können – ein Aspekt, der in der Umfrage von den Patienten und Patientinnen als sehr wichtig bewertet wurde. Freibereiche haben nachweislich einen positiven Effekt auf den Heilungsprozess von Patienten und Patientinnen (z. B. Ulrich, Bogren, Gardiner, & Lundin, 2018): Sie sorgen für eine positive Ablenkung und tragen zur Reduzierung von Engegefühlen bei. Zudem ermöglichen sie Patienten und Patientinnen eine gewisse Autonomie.

Das Thema der Autonomie und der Möglichkeit, einen Rückzugsort zu haben, spielt auch eine Rolle bei der Frage, wie wichtig den Patienten und Patientinnen ein eigenes Bad ist. Dieser Aspekt ist bei Neubauten mittlerweile Standard und wurde deshalb nicht separat aufgenommen.

Untersucht wurden auch die Präferenzen der Patienten und Patientinnen in Bezug auf die Bilder in Patientenzimmer. Es konnte festgestellt werden, dass Naturmotiven in realistischer Perspektive sehr deutlich bevorzugt werden. Die Bedeutung der Betrachtung von Natur ist bereits breit erforscht und konnte hier bestätigt werden. Ein entsprechender Hinweis wurde in die Auditmappen aufgenommen.

8.3.2 Expertenbefragung

Die Gestaltung des Tresens wurde ebenfalls in die atmosphärische Bewertung der Station aufgenommen. Die Tatsache, dass viele Mitarbeitende einen offenen Tresen positiv bewerten ist insofern erfreulich, als dass dieser die Kontakte zwischen Patienten und Patientinnen und Mitarbeitenden wesentlich erleichtert und den Patienten und Patientinnen eine Kommunikation auf Augenhöhe ermöglicht. So lässt sich durch eine bauliche Maßnahme die Beziehung von Patienten und Patientinnen und Mitarbeitenden deutlich stärken.

Der Hinweis, dass Sportkopfbrausen besonders auf gerontopsychiatrischen Stationen als problematisch bewertet werden, ist mit dem erhöhten Pflegebedarf in diesen Bereichen zu erklären. Es wird die zusätzliche Montage von Brauseschläuchen empfohlen. An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass geraten wird, jede Station standardmäßig damit auszustatten, weil die Stationen so flexibel in der Belegungsart bleiben.

Dem Wunsch nach Fensteröffnungen, der in der Umfrage geäußert wurde, steht in der Psychiatrie stets die Problematik gegenüber, dass eine suizidale Person diese

nutzen kann, um aus dem Fenster zu springen. Deshalb werden Fenster mit schmalen Öffnungsbreiten empfohlen. Da eine Nachrüstung jedoch sehr teuer und deshalb häufig nicht möglich ist, muss die Entscheidung über das Risiko bei Fensteröffnungen von Klinikleitung und dem ärztlichen/therapeutischen Personal individuell abgewogen werden.

8.4 Diskussion der Ergebnisse Paket 4: Durchführung und Evaluation der Implementierung

Eines der wichtigsten Evaluationsergebnisse der Implementierung war die Rückmeldung der Kliniken, dass die bauliche Gestaltung stärker auf das jeweilige Patienten-klientel ausgerichtet werden sollte. Hintergrund ist die Sorge, auf allen Stationen eine maximale Sicherheit vorhalten zu müssen. Da jedoch die statistischen Kliniksuiziddaten zum einen klar belegen, dass Suizide sowohl auf geschlossenen als auch offenen Stationen geschehen und zum anderen die Prognosen (Einschätzung der Suizidalität von Patienten und Patientinnen) meist ungenau sind (siehe 7.2), kann diesem Wunsch nicht entsprochen werden. Zudem können sich die Ausrichtung von Stationen und damit die Zusammensetzung der Patientengruppe schnell ändern. Die Antragstellerinnen erachten eine flächendeckende bauliche Prävention als erforderlich. Es wird in der Einführung der Auditmappe ein entsprechender Hinweistext ergänzt, der noch einmal darauf hinweisen soll, dass gute Prävention für die Patient und Patientinnen nicht sichtbar ist (Normalitätsprinzip). Die Einschätzung, in welchem Umfang die vorgeschlagenen Maßnahmen umgesetzt werden sollen, obliegt der ärztlichen und therapeutischen Einschätzung und Verantwortung.

Der Hinweis, dass detaillierte Informationen vor allem für die Bauabteilung relevant sind, soll ebenfalls in der Einleitung Eingang finden.

Dem Wunsch nach einer komprimierten Übersicht soll Rechnung getragen werden, indem an einer Stelle die wesentlichen Elemente eines Patientenzimmers mit ihrer Bewertung auf einen Blick erfasst werden können.

Der Nachfrage eines zusammenfassenden Kapitels, das als „Ratgeber zu Neubauten“ dient, wurde verworfen, da die Antragstellerinnen dies schon vorher in einem Fachgremium des NasPro diskutiert und sich bewusst dagegen entschieden hatten. Der Grund dafür ist, dass sich sowohl die möglichen Baustrukturen als auch die therapeutischen Ansätze oft erheblich voneinander unterscheiden, sodass eine solche Generalisierung fachlich als nicht sinnvoll erachtet wird.

Der gestalterische Hinweis, von dem doppelseitigen Format auf ein einseitiges Format überzugehen, wurde aufgenommen und entsprechend in den Vorlagen umgesetzt.

8.5 Diskussion der Ergebnisse Paket 5: Untersuchung nicht-baulicher Suizidpräventionskonzepte

8.5.1 Diskussion der Erhebung zu nicht-baulichen Präventionskonzepten

Aus der Befragung zur nicht-baulichen Suizidprävention lässt sich entnehmen, dass für die Dokumentation an den meisten der befragten Kliniken die elektronische Akte, bzw. Vermerke in der E-Akte genutzt werden. Über diesen Weg ist eine transparente Informationsweiterleitung an das gesamte Personal sichergestellt. Alternative Übergabewege werden zusätzlich genutzt.

Bei der Aufnahme von Patienten und Patientinnen erfolgt die Einschätzung der Suizidalität an fast allen der an der Umfrage beteiligten Kliniken mittels Anamneseerhebung, nur 20 nutzen standardisierte Fragebögen. Hier werden mehrere verschiedene Fragebögen, teilweise oft nur einmalig benannt, sodass sich darauf schließen lässt, dass es über die Anamnese hinaus keine einheitliche standardisierte Erhebung der Suizidalität an den befragten Kliniken gibt. Die erneute Abfrage der Suizidalität im Verlauf erfolgt an ungefähr der Hälfte der Kliniken regelmäßig.

Die individuelle Beziehungsarbeit bzw. verstärkte Einzelbetreuung nehmen mit steigender Suizidalität zu. Es wird deutlich benannt, häufig auf individuelle Beurteilung sowie darauf basierende Beziehungsarbeit zu setzen, wohin gegen freiheitsentziehende Maßnahmen weniger häufig ausgewählt wurden. Dies entspricht auch den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen, die freiheitsentziehende Maßnahmen nur dann zulassen, wenn eine unmittelbare akute und nicht durch andere Maßnahmen abwendbare Gefahr für den Patienten besteht.

Die Auswertung der Fragebögen zeigt, dass bei Suizidalität bzw. bei Suizidversuchen oder Suizid umfangreiche Informationen dokumentiert werden. Auch der kollegiale Austausch auf unterschiedlichen disziplinären Ebenen findet regelmäßig statt. Bei einem Suizid werden von ca. zwei Drittel der an der Umfrage beteiligten Kliniken Standardprozedere beschrieben, die über die Teambesprechung hinausgehen. Das Vorhandensein eines solchen Standardprozederes wird bei akuter Suizidalität bzw. einem Suizidversuch hingegen von weniger als der Hälfte der Kliniken angegeben.

Bei einem Suizid wurde ein Gesprächs- bzw. Hilfsangebot an die Mitarbeitende, Mitpatienten und Angehörigen häufiger angegeben als bei einem Suizidversuch. Mehr als zwei Drittel antworteten, dass es nach einem Suizidversuch bzw. einem Suizid zu Veränderungen von Maßnahmen kommt.

Anzumerken ist, dass das Einbeziehen von Angehörigen nur wenig bis einmalig in den Freitextangaben auftaucht. Auch bei der Einschätzung von Suizidalität werden Angehörige überwiegend nur „bei Bedarf“ einbezogen.

An den meisten Kliniken, die an der Befragung teilnahmen, finden Schulungen zum Thema Suizid mit einem Umfang von bis zu 10 Stunden im Jahr statt. Über die Hälfte gaben an, dass Schulungen regelmäßig stattfinden würden, ca. 42 % verneinten dies jedoch. Das häufigste Schulungsthema ist das Erkennen von Suizid, gefolgt vom Umgang mit einem Suizidversuch bzw. einem Suizid. Zu den gewünschten Schulungsthemen gehören grundsätzliche fachliche Kenntnisse als auch diagnostische bzw. therapeutische Kenntnisse im Umgang mit Suizidalität. Die Hälfte der Kliniken gab an, eine besonders geschulte Ansprechperson zum Thema Suizidalität zu haben. Spezifische therapeutische Konzepte wurden nur von 20 der befragten Kliniken benannt. Es besteht ein Bedarf an standardisierten Verfahren, auch um fachliche Kompetenzen zu stärken.

Zu den Optimierungsmöglichkeiten wurden vor allem fachliche Kompetenzen, v. a. auch in der therapeutischen Arbeit, Aufklärung und die Versorgung genannt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Fragebogenuntersuchung ein sehr geteiltes Bild, vor allem, was die Etablierung fester Standards und individuellen Vorgehensweisen nach Bedarf betrifft. Erwartungsgemäß werden Maßnahmen und Kommunikation über das Vorkommen von Suizidalität über Suizidversuch bis zum Suizid in ihrer Häufigkeit intensiviert.

8.5.2 Diskussion zur Ableitung eines Empfehlungskataloges

Anhand der Ergebnisse möchten die Antragsstellerinnen folgende Empfehlungen ableiten:

- Sensible Themen wie Suizidalität sollten mit den Patienten und Patientinnen regelmäßig und frühzeitig an- und besprochen werden (Enttabuisierung-bzw. Entstigmatisierung). Hierzu ist ein entsprechendes stabiles therapeutisches Angebot und eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit Voraussetzung. Eine Kontinuität der

Bezugspersonen (sowohl Pflegeperson als auch Ärztin bzw. Arzt) ist wünschenswert, um den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zu ermöglichen.

- Darüber hinaus sollte, unabhängig vom vermeintlichen Suizidrisiko, für die einzelnen Patient, bzw. Patientinnen, eine generelle Suizidprävention und Enttabuisierung, Teil des stationären Aufenthaltes bzw. der gelebten Konzepte der Kliniken sein. Dabei wird den Patienten und Patientinnen vermittelt, auch unangenehme Themen besprechen zu können.
- Eine standardisierte Diagnostik bzw. ein standardisiertes Assessment als Kombination von einem klinischen Gespräch (offenes und strukturiertes Ansprechen von Suizidalität) **und** einem geeigneten Messinstrument (Fragebogen/Assessment) ermöglicht den Nachweis, dass entsprechend der Leitlinien und der Empfehlungen vorgegangen wird. Zudem gibt es v. a. unerfahrenen Mitarbeitenden Sicherheit, Situationen richtig einzuschätzen. Grundlegend dafür ist, dass es Methoden zur Einstufung gibt, die mittels einer umfangreichen Informationssammlung und den notwendigen fachlichen Kenntnissen dazu führen, dass Mitarbeitende ein erhöhtes Risiko richtig einschätzen.
- Suizidalität sollte konsequent und **regelmäßig** erfragt werden. Die Antragsstellerinnen empfehlen, nach Vorliegen des Einverständnisses der Patienten sowie wenn therapeutisch vertretbar, auch die Angehörigen regelmäßig in den Prozess der Einschätzung mit einzubeziehen.
- Es sollte eine einheitliche Dokumentation (z. B. Ort und Art der Informationen, Begrifflichkeiten) geben, die eine lückenlose Übergabe sicherstellt.
- Eine standardisierte Handlungsanweisung, um Suizidalität einzustufen und entsprechende Maßnahmen zu planen, ist wichtig. Diese sollte die Bedeutung individueller bzw. beziehungsorientierter Maßnahmen berücksichtigen aber auch evidenzbasierte diagnostische Methoden und Therapieprogramme einbeziehen.
- Gleichzeitig ist zu empfehlen, den Austausch zwischen den Mitarbeitende frühzeitig zu intensivieren, auch um Unsicherheiten im Umgang mit suizidalen Patienten und Patientinnen entgegenwirken zu können, die Wachsamkeit zu erhöhen und geeignete Maßnahmen abzustimmen. Vor allem bei einem Suizid kann für die

Mitarbeitende und Mitpatienten eine erhöhte Belastung/Gefahr einer Traumatisierung bestehen, daher bedarf es entsprechender Konzepte.

- In jeder Klinik sollte mindestens eine speziell zertifizierte Expertin bzw. ein speziell zertifizierter Experte zur fachlichen Unterstützung und als direkte Ansprechperson sowie als Verantwortlicher bzw. als Verantwortliche für organisatorische und strukturelle Prozesse benannt werden. Entsprechend sollte auch ein festes Team (z. B. Krisenteam) zur Unterstützung der Mitarbeitenden, Mitpatienten und Mitpatientinnen und auch Angehörigen nach einem Suizid(-versuch) etabliert werden. In einem Standard der Klinik können Empfehlungen zu Gesprächen mit Angehörigen bzw. Mitarbeitenden und Mitpatienten und Mitpatientinnen und entsprechende Vorgaben festgehalten werden, die festlegen, was besprochen werden darf und sollte bzw. was nicht vermittelt werden kann. Diese können Sicherheit der Mitarbeitenden erhöhen und gleichzeitig die Privatsphäre der Betroffenen wahren.
- Langfristig gilt es mit geeigneten Konzepten nicht nur jeden Suizid, sondern auch jeden Suizidversuch bzw. eine dauerhafte seelische Belastung durch Suizidalität zu vermeiden. Auch ein Suizidversuch kann lebenslange körperliche Folgen haben oder eine nicht erkannte Suizidalität nach Entlassung aus der Klinik zu einer großen Belastung für die Betroffenen werden.
- Eine verstärkte Aufklärung sowohl beim Fachpersonal als auch in der Öffentlichkeit wurde wiederholt benannt. Entsprechend ist es ratsam, dass regelmäßige berufsgruppenspezifische Schulungen stattfinden (beispielsweise das Thema beim Erste-Hilfe-Kurs thematisiert wird).
- Auch eine mediale Außenwirkung als Klinik bzw. Zusammenarbeit in Netzwerken zur Aufklärung bzw. Entstigmatisierung und Suizidprävention in der Öffentlichkeit wird konzeptuell empfohlen. Dies ermöglicht es, Erfahrungen und eigene Expertise einfließen zu lassen und die psychiatrische Behandlung zu entstigmatisieren. Entsprechend des wissenschaftlich nachgewiesenen Papageno-Effektes kann die Berichterstattung über Menschen in suizidalen Krisen und deren Weg, sich Hilfe zu suchen und die Krise zu meistern zu einem Absenken der Suizidrate führen.
- Letztendlich sollten feste Vorgaben zur Nachsorge und zur Vermittlung einer geeigneten und lückenlosen Weiterbehandlung bestehen.

9. Gender Mainstream Aspekte

Die im Rahmen des Forschungsprojektes etablierte Kliniksuiziddatenbank erfasst selbstverständlich auch das Geschlecht der Suizidenten oder der Suizidentinnen. Damit ist die Voraussetzung gegeben, späteren Forschungsfragen auch nach Genderaspekten auswerten zu können.

Bei einer ersten Auswertung der Daten wurde auch der Geschlechterunterschied betrachtet. Untersucht wurde z. B., ob sich die Methodenwahl beim Suizid zwischen Männern und Frauen voneinander unterscheidet. Während Daten aus anderen Studien (z. B. Wiesner, 2004) dafür sprechen, dass Männer eher „harte“ und Frauen eher „weiche“ Methoden bevorzugen, zeigt sich im psychiatrischen Kontext nur ein geringer Effekt ($X^2(1)=28.077, p<.001, \phi =-.245$).

Bei der baulichen Umsetzung wird jedoch nicht empfohlen, geschlechtsspezifische Gestaltungen vorzunehmen – zum einen, da die Stationen geschlechtergemischt geführt werden, und zum anderen, weil eine Ausrichtung der Patientenzimmer auf ein bestimmtes Geschlecht zu erheblichen Belegungsproblemen führen würde.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Das Forschungsprojekt hat im Wesentlichen zwei Ergebnisse: die dauerhaft laufende zentrale Kliniksuiziderhebung sowie das entwickelte Analyseverfahren zur baulichen Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken.

10.1 Zugänglichkeit der Kliniksuiziddaten

Die Daten zu der Kliniksuiziderhebung sollen für suizidologische Forschungsprojekte auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden. Die Bedingungen, wie z. B. die inhaltliche Prüfung des Forschungsprojektes durch das Kuratorium, sind in den SOPs beschrieben, die auf der Internetseite des Werner-Felber-Instituts zum Download bereitstehen.

Zusätzlich soll den Kliniken – auch als Anreiz zur Beteiligung – eine jährliche Auswertung zugeschickt werden.

Des Weiteren sind Veröffentlichungen in Fachjournalen, z. B. *Der Nervenarzt* geplant, um weitere Kliniken für eine Teilnahme zu gewinnen. Wie oben dargestellt, soll auch auf Kongressen, wie z. B. der Bundesdirektorenkonferenz für eine Beteiligung geworben werden.

10.2 Wissenschaftliche Fachvorträge

Sowohl die zentrale Kliniksuziderhebung als auch das entwickelte Analyseverfahren wurden bzw. werden auf folgenden Tagungen/Kongressen vorgestellt:

- Frühjahrstagung der Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) Reissensburg, Dr. Ute Lewitzka, 08.03.2018
- Klinikimmoblie in Graz, Vortrag Dr.-Ing. Nadine Glasow, 22.03.2018
- Eröffnungssymposium des Werner-Felber-Instituts, Dresden, Vortrag Dr.-phil. Katharina König, 28.04.2018
- Satellitensymposium Suizidprävention mit anschließendem Netzwerktreffen, Präsentation des Projektes *SupsyKli – Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken*, Dr.-Ing. Nadine Glasow, 11.10.2018
- DGPPN-Kongress 2018, Themensymposium auf der DGPPN-Konferenz in Berlin, Dr.-Ing. Nadine Glasow und Dr.-phil. Katharina König, 29.11.2018
- Frühjahrstagung der Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) Reissensburg, Dr.-Ing. Nadine Glasow, 23.03.2019
- Symposium: *Tabus im Alter*, Universitätsklinikum Dresden, Dr.-Ing. Nadine Glasow, 08.04.2019
- ACKPA Tagung (ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern), Vortrag Dr.-Ing. Nadine Glasow, Charité Berlin, 23.09.2019
- DGPPN-Kongress 2019, Themensymposium auf der DGPPN-Konferenz in Berlin, Dr.-Ing. Nadine Glasow und Dr.-phil. Katharina König, 27.11.2019
- Mittwochskolloquien am Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, Dr.-Ing. Nadine Glasow und PD Dr. med. habil Ute Lewitzka, 15.01.2020

10.3 Website und Social Media

- Webseite: Internetseite des Werner-Felber-Instituts unter der Rubrik: Forschungsprojekte <https://www.felberinstitut.de/forschung/>
- Die Datenbank mit der Kliniksuziderhebung kann unter folgendem Link aufgerufen werden: <https://www.felberinstitut.de/suiziderhebung/>
- Instagram-Account des Werner-Felber-Instituts e.V.

10.4 Sonstiges

- vier Rundschreiben (E-Mail): persönliche Ansprechpartner in den Kliniken (Chefärzte und Chefärztinnen und Ärztliche Direktoren und Direktorinnen) wurden recherchiert per Mail über die Datenerhebung informiert und um Teilnahme an der Erhebung gebeten

11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)

11.1 Verwertung der Suiziddatenbank

Die Datenbank wird auch nach Abschluss des Projektes weitergeführt und die Zugänglichkeit des Online-Fragebogens ist weiterhin gewährleistet. Aufgrund der fehlenden Finanzierung geschieht dies im Ehrenamt und wird deshalb leider nicht so intensiv wie bisher betreut werden können. Dennoch soll die Datenbank nicht nur erhalten, sondern auch stetig ausgebaut werden. So sollen beispielsweise weiter Rundmails an die Kliniken geschickt oder über Fachkongresse für eine Teilnahme an der Erhebung geworben werden. Die Auswertung der Daten soll den Kliniken jährlich vorgelegt werden. Die Informationen sollen Kliniken bei dem Aufbau einer Suizidpräventionsstrategie unterstützen, indem sie z. B. Hinweise auf Risikofaktoren oder hilfreiche Indikationen zur Verfügung stellen. Es wird weiterhin versucht, Fördermittel einzuwerben. Damit könnte beispielsweise die Einführung des Instruments auch in benachbarte Länder vorangetrieben werden.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass die Datensammlung es ermöglicht, Fragestellungen der Suizidprävention in Deutschland gezielter beantworten zu können. Mit einer größeren Datenmenge wird die Qualität der Daten sich über die nächsten Jahre weiter steigern können. Wünschenswert wäre seitens der Politik, dass die Kliniken verpflichtet werden, Kliniksuiziddaten an das Werner-Felber-Institut zu übermitteln.

11.2 Verwertung des Analysetools zur baulichen Suizidprävention

Das Werner-Felber-Institut kann auf Grundlage des entwickelten Tools ein Zertifizierungs- bzw. Analyseverfahren für psychiatrische Kliniken anbieten. Der finanzielle Aufwand für die Kliniken kann aufgrund der Effizienz des Verfahrens begrenzt werden. Geplant ist, dass das Werner-Felber-Institut – neben der Auditgebühr pro Zertifizierung – eine kleine Lizenzgebühr erhebt, die dem Institut zur Verfügung steht, um

die Kliniksuiziddatenbank weiterzuführen (z. B. Serverkosten, Wartung, ggfs. Personalkosten). Auf diese Weise fördern sich die zwei Projektergebnisse auch zukünftig gegenseitig. Die bauliche Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken kann und wird mit den entwickelten Werkzeugen langfristig sehr effektiv gefördert werden.

Neben der Bewerbung dieses Angebots wird sicherlich auch weiterhin die politische Arbeit im Zusammenhang mit der baulichen Suizidprävention erforderlich sein. Wünschenswert wäre eine gesetzliche Verankerung der baulichen Prävention, um psychiatrischer Patienten und Patientinnen zu schützen und gleichzeitig eine finanzielle Förderung präventiver Baumaßnahmen.

11.3 Verwertung der Projektergebnisse zu nicht-baulichen Suizidpräventionskonzepten

Die gefundenen Ergebnisse können bei der von der DGPPN geplanten Erstellung einer Leitlinie „Suizidprävention“ von großem Nutzen sein. Hierbei werden insbesondere die abgefragten Themenfelder der Standardisierung der Risikobeurteilung, des Umgangs mit suizidalen Krisen während einer stationären Behandlung sowie die Frage der Weiter- und Fortbildung einen wichtigen Schwerpunkt ausmachen und im Rahmen eines Konsensusprozesses für den Evidenzlevel IV (Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten) berücksichtigt werden.

Limitationen: Die Durchführung einer solchen Fragebogenstudie unterliegt einigen methodischen Schwierigkeiten. Aufzuführen ist hier die Durchführung als Querschnittsstudie sowie die zugesicherte Anonymität der Personen, die diese Fragen beantwortet haben. Somit kann ein Einfluss der jeweiligen Profession (Ärztin bzw. Arzt, Pflege, Psychologen und Psychologinnen) nicht ausgeschlossen werden. Ebenfalls konnten andere mögliche Einflussvariablen, wie Größe der Klinik, Schwerpunkte der Behandlungen, durchschnittliche Liegedauer etc., nicht berücksichtigt werden.

Die deskriptiven Ergebnisse dieser Querschnittsstudie sind lediglich für die befragten Kliniken repräsentativ, nicht aber für sämtliche Kliniken deutschlandweit.

In zukünftigen Befragungen sollten – zur Unterstützung entsprechender konzeptueller Vorgaben an den Kliniken – funktionierende Maßnahmen und Informationen sowie Vorgehensweisen, die auf bereits erhobenen Daten basieren, spezifischer erhoben werden. Beispielsweise können folgende forschungsspezifische Fragen in den Blick genommen werden: Wie wird dokumentiert

(Begrifflichkeiten/Anweisungen/Transparenz)? Wie sieht Einzelbetreuung aus oder wie laufen Teammeetings ab? In welcher Häufigkeit finden sie statt? Nach welchen Vorgaben werden Maßnahmen entschieden? Welche spezifischen Maßnahmen bestehen derzeit an Kliniken? Dabei sollte sich auch auf das Feedback mehrerer Personen unterschiedlicher Berufsgruppen derselben Klinik bezogen werden, um die subjektive Einschätzung der fachlichen Voraussetzung bzw. der Zufriedenheit mit dem aktuellen Vorgehen zu erfassen.

Wichtig wäre auch die Befragung somatischer Kliniken, da auch in diesen suizidalen Patienten und Patientinnen behandelt werden und regelmäßig Suizide vorkommen.

12. Publikationsverzeichnis

- König, K., Glasow, N. (2020). BMG-Forschungsprojekt „Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken (SupsyKli)“, *Suizidprophylaxe*, 48 (2).
- Glasow, N., König, K., Wurst, F.M (2019) Werner-Felber-Institut erstellt Datenbank zu Kliniksuiziden und Suizidversuchen. *Suizidprophylaxe*, 46 (1), 35-36.

13. Literaturverzeichnis

Glasow, N. (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Logos.

Ruff, F., Hemmer, A., Bartsch, C., Glasow, N., & Reisch, T. (2018). Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen: Eine systematische Erfassung für die Schweiz zwischen 2000 und 2010. *Psychiatrische Praxis*, 45(6), 307–313. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120888>

Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57 (September 2016), 53–66. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>

WHO. (2014). Suizidprävention: Eine globale Herausforderung.

Wiesner, G. (2004). Suizidmethoden - Ein Vergleich zwischen Ost-und Westdeutschland

Epidemiologische, rechtsmedizinische und sozialmedizinische Aspekte. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47(11), 1095–1106.

<https://doi.org/10.1007/s00103-004-0935-z>

14. Anlagen

- Gemäß ANBest-P (Nr. 6.2.1) ist auf die wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Verwendungsnachweises einzugehen. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit ist zu erläutern.
- Kurzbericht (Publikation BMG) max. 3 Seiten – elektronisch als Word Datei