

Landesarbeitsgruppe Suizidprävention
im hessischen Justizvollzug

HESSEN



Suizidprävention im Justizvollzug

Grundwissen und praktische Hinweise

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeines zum Suizid

I. Allgemeines zum Suizid	2
1. Die statistische Perspektive	2
2. Risikogruppen.....	4
3. Erklärungsmodelle des Suizids	6
4. Krisensignale	9
5. Hilfe für die Betroffenen	10
II. Suizid in Haft	11
1. Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung.....	11
2. Die Zahlen für den hessischen Justizvollzug	12
3. Suizidgefahr als Element des Berufsalltags.....	16
4. Anhaltspunkte für Suizidgefahr.....	17
5. Verhalten und Vorgehensweisen bei Verdacht auf Suizidgefahr	19
III. Literatur	22

Stand: November 2020

I. Allgemeines zum Suizid

1. Die statistische Perspektive

Die Fähigkeit, absichtlich aus dem Leben zu scheiden, gehört zum Verhaltensspektrum des Menschen. In Abhängigkeit von Religion, Menschenbild und Zeitgeist hat Suizid sehr unterschiedliche Wertungen erfahren. Dies klingt schon auf sprachlicher Ebene in dem begrifflichen Gegensatz von „Selbstmord“ und „Freitod“ an. Heute ist man bemüht, jegliche wertenden Anklänge zu vermeiden, und spricht neutral von „Suizid“. Das soll auch in der vorliegenden Broschüre so gehalten werden.

Suizid variiert beachtlich in der Häufigkeit des Vorkommens. Das hängt von zahlreichen Faktoren ab. So fallen sogenannte Suizidraten¹ im Laufe der Zeit, aber auch über verschiedene Länder, hinweg sehr unterschiedlich aus. Die Ermittlung der Suizidraten erweist sich als methodisch schwierig, so dass von einer nicht unerheblichen Dunkelziffer auszugehen ist.

Vergleichsweise hohe Suizidraten hatten in jüngerer Zeit Litauen mit 31,9 (in 2016) und Russland mit 31,0 (in 2016). In dieser Spitzengruppe liegt auch Ungarn, das traditionell sehr hohe Werte aufweist (19,1 in 2016). Niedrige Werte hat seit jeher das Mittelmeerland Griechenland (2,9 in 2016). Die weltweite Suizidrate ist in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gesunken. Einem Artikel von Forschern um Mohsen Naghavi von der University of Washington in Seattle, der im British Medical Journal veröffentlicht wurde, zufolge ist die Gesamtzahl der Suizide zwischen den Jahren 1990 und 2016 zwar um knapp sieben Prozent auf 817.000 weltweit pro Jahr gestiegen. Berücksichtigt man jedoch das Bevölkerungswachstum der Menschen, sank die Rate der Suizide in diesem Zeitraum tatsächlich etwa um ein Drittel. Seit Mitte der 80er Jahre gingen in Deutschland (alte und neue Bundesländer zusammengefasst) die Suizidraten von ca. 20 auf exakt 11,9 in 2016 herunter. Geringfügige statistische Schwankungen gibt es immer wieder. Der deutliche Rückgang seit rund einem Vierteljahrhundert hat mehrere Ursachen, wozu aller Wahrscheinlichkeit nach neben einer besseren psychosozialen Versorgung, auch Fortschritte im Rettungswesen und der Notfallmedizin zählen.

Die Suizidzahlen in Deutschland sind deutlich höher als die der Straßenverkehrstoten oder der Fälle von Mord und Totschlag. Hier zur Anschauung die Zahlen für das Jahr 2017:

Suizidfälle	9.243
Straßenverkehrstote	3.177
Mord und Totschlag (vollendete Fälle)	405

¹ Um die Häufigkeit zu erfassen, gibt es zwei gebräuchliche Kennziffern: Die Suizidzahl gibt die absolute Häufigkeit in einer bestimmten Personengruppe an. Die Suizidrate bezieht diese Häufigkeit auf 100.000 Individuen der Grundgesamtheit – so wie der Prozentsatz eine Häufigkeitsangabe auf 100 bezieht. Hatte ein bestimmtes Land in einem bestimmten Jahr eine Suizidrate (= Suizidziffer) von z. B. 15, dann heißt dies, dass sich von jeweils 100.000 Personen 15 das Leben genommen haben.

Geschlechterspezifische Unterschiede

In den meisten Ländern der Erde, soweit diese eine Suizidstatistik führen, begehen Männer häufiger Suizid als Frauen. Eine der wenigen bekannten Ausnahmen stellt in dieser Hinsicht China dar, wo insbesondere junge Frauen im ländlichen Raum gefährdet sind. Seit dem Ende der 90er Jahre liegt das Verhältnis in Deutschland bei 3 zu 1. Das heißt, dass sich dreimal so viele Männer wie Frauen suizidieren. Noch zu Beginn der 80er Jahre lag das Verhältnis bei rund 2 zu 1. Die Gründe für den Geschlechterunterschied, aber auch für die bezeichnete Entwicklung über die Jahre sind vielfältig und können an dieser Stelle nicht im Einzelnen erörtert werden. Eine Rolle spielt u. a., dass Frauen eher zu sogenannten „weichen“ Methoden greifen (z. B. Überdosierung von Medikamenten), die eine geringere Letalität aufweisen. Hier sind die Möglichkeiten der notfallmedizinischen Rettung natürlich größer. Darüber hinaus zeigen Männer weniger Hilfesuchverhalten, verbalisieren ihr Leid seltener und haben eine niedrigere Behandlungsbereitschaft, so dass psychische Erkrankungen bei Männern deutlich seltener diagnostiziert werden als bei Frauen. Männer tendieren zudem dazu, weniger hilfreiche Bewältigungsstrategien zu nutzen, d. h. sie unternehmen beispielsweise eher als Frauen den Versuch, Probleme mit Hilfe von Alkohol zu bewältigen. Männer weisen eine höhere Anfälligkeit in Krisen und bei Trennungen auf daher stehen Krisen bei Männern stärker als bei Frauen in Zusammenhang mit Suizid. Gründe hierfür können sein, dass Männer weniger emotional unterstützende Alternativressourcen haben, weniger flexibel in ihrer Rolle sind und bei Trennungen häufiger auch ihre Kinder sowie ihr Zuhause verlieren. Elternschaft greift bei ihnen außerdem weniger gut als Schutzfaktor als bei Frauen. Männliche Stereotype tragen darüber hinaus zu höheren Suizidzahlen bei Männern bei. Und auch Misserfolge im Beruf werden bei Männern stärker als bei Frauen mit sozialem Verhalten assoziiert.²

Alterseffekte

Das Suizidrisiko nimmt in Deutschland mit steigendem Alter zu, dies gilt im Übrigen unabhängig vom Geschlecht. So lag die Suizidrate beispielsweise für Personen von 65 bis 74 Jahren im Jahr 1998 bei ca. 20 und im Vergleich dazu die allgemeine Suizidrate in Deutschland bei 14,2. In den nachfolgenden Altersgruppen stieg sie bis über 30 an. Suizide von Kindern hingegen sind extrem selten.

Suizidversuch

Die statistische Erfassung von Suizidversuchen ist weitaus schwieriger als die der Suizide. Unter anderem auch deshalb, weil Suizidversuche in einer Reihe von Fällen ohne Folgeerscheinungen überlebt und teils verheimlicht werden, so dass sie nicht immer zu bemerken sind. Weiter werden Suizidversuche vorgegeben, die niemals stattgefunden haben. Und schließlich tauchen Patienten nach einem Suizidversuch in der ärztlichen Praxis auf, wo die gesundheitlichen Folgen dann aber auf andere Ursachen zurückgeführt werden.

² Wolfersdorf, M. & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität.

Dennoch können auch hinsichtlich der Suizidversuche Schätzwerte ermittelt werden. Es lässt sich feststellen, dass Suizidversuche um ein Vielfaches häufiger vorkommen als vollendete Suizide. Für 2002 ermittelte eine Studie von Schmidtke und Kollegen (2005), dass die Rate der Suizidversuche bei Männern in einer Größenordnung von 116^3 anzusetzen war. Im Vergleich hierzu betrug die Rate der vollendeten Suizide im Jahr 2002 20,1. Die Rate der Suizidversuche bei den Frauen hingegen ließ sich auf 185 schätzen, wobei sich die Rate der vollendeten Suizide 2002 auf 7,2 belief. Der hinsichtlich des vollendeten Suizids berichtete Geschlechterunterschied kehrt sich demnach im Falle der Suizidversuche um. Auch hierbei spielt die Bevorzugung weniger gefährlicher Suizidmethoden bei den Frauen eine Rolle.

Ebenso kehrt sich hinsichtlich der Suizidversuche der bei den Suiziden festzustellende Alterstrend um. Suizidversuche werden mit der größten Häufigkeit in einem Altersbereich zwischen 15 und 30 Jahren verübt und nehmen dann über die nachfolgenden Altersgruppen stetig ab.

Die Schätzwerte sprechen dafür, dass etwa seit dem Jahr 2000 die Häufigkeit von Suizidversuchen in Deutschland leicht ansteigt. Auch hierfür wird eine Reihe von Gründen diskutiert. Durchaus denkbar ist, dass eine Optimierung des Rettungswesens und der Notfallmedizin aus Fällen vollendeten solche eines versuchten Suizides gemacht hat.

2. Risikogruppen

Innerhalb der Allgemeinbevölkerung gibt es Personen mit erhöhtem Suizidrisiko. Risikofaktoren für Suizidhandlungen können sein:

Soziale Desintegration und Vereinsamung: Auf diesen Risikofaktor macht z. B. die Tatsache aufmerksam, dass die Alterskurve ab dem siebten Lebensjahrzehnt einen zunehmend steilen Anstieg aufweist. Aber auch Flüchtlinge, also Menschen, die gezwungenermaßen ihre Heimat verloren haben, werden in der Literatur immer wieder als Risikogruppe genannt. Verheiratete wiederum haben die niedrigsten Suizid- und Suizidversuchsraten im Vergleich zu Geschiedenen, Verwitweten und Ledigen. Schließlich gibt es einen Stadt-Land-Unterschied, der dahingeht, dass die Suizidraten im städtischen Raum größer sind als im ländlichen.

Psychosozialer Stress: Es gibt eine Reihe von Lebensereignissen, die mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden sind. Nicht selten handelt es sich dabei um existenzielle Verlusterfahrungen wie den Verlust des Ehepartners, des Arbeitsplatzes oder der Freiheit. Auch chronisch Kranke werden zu den besonders gefährdeten Personengruppen gezählt. Diese Beispiele verdeutlichen, dass seelische Belastung, wenn sie als Schock auftritt, der nicht angemessen verarbeitet werden kann, aber auch wenn sie als dauerhafter Stressor einwirkt, zu Selbsttötungsabsichten führen kann.

Psychische Störungen und Suchtprobleme: Einige psychische Störungen gehen mit einem erhöhten, bisweilen massiv erhöhten Suizidrisiko einher. Ganz besonders gilt

³ zur Erinnerung: die Suizidrate gibt die Häufigkeit der Suizide pro 100.000 Individuen an.

dies für die Depression, die in schweren Fällen zu einem Lebenszeit-Suizidrisiko von 10% bis 15% führt. Personen, die an schweren Formen der Depression leiden, scheiden demnach zu irgendeinem Zeitpunkt mit einer Wahrscheinlichkeit von 10% bis 15% durch Suizid aus dem Leben. Generell ist das Suizidrisiko depressiver Menschen in etwa zwanzigmal höher als das der Allgemeinbevölkerung.

In diesem Zusammenhang ist gerade im Hinblick auf suizidpräventive Maßnahmen ein Risikomarker zu nennen, auf den in der Literatur durchgängig hingewiesen wird: vorausgegangene Suizidversuche. Im Falle eines Suizidversuches muss generell mit einer Wahrscheinlichkeit von rund 10% mit einem nachfolgenden vollendeten Suizid gerechnet werden!

Eine von Felber et al. (1998) durchgeführte Untersuchung⁴ von Parasuizid⁵ weist sehr beeindruckende Ergebnisse auf. Felber betrachtete den weiteren Lebensweg von Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten. Hierzu nutzte er Ergebnisse aus seiner seit über 30 Jahren bestehenden Beratungsstelle in Dresden. Felber teilte das von ihm erforschte parasuizidale Verhalten seiner Klienten in vier Gruppen ein:

1. **Appellativer Parasuizid**, bei dem **Rettung erwartet** wurde und die **höchsten lebenserhaltenden Tendenzen** festgestellt werden konnten.
2. **Ambivalenter Parasuizid**, bei dem ein „**Patt**“ auf der Gefühlsebene vorherrschte, **Rettung erhofft** wurde und **noch lebenserhaltende Tendenzen vorhanden** waren.
3. **Verzweifelter Parasuizid**, bei dem die **Gefühlswelt eingeengt** war, der **Tod nicht kompromisslos gesucht**, aber dennoch davon ausgegangen wurde, dass die **lebenszerstörenden Tendenzen überwiegen**.
4. **Dranghafter (impetuöser) Parasuizid**, bei dem eine **chaotische Gefühlswelt** oder **bilanzierende Gedanken im Vordergrund** standen und die **lebenszerstörerischen Tendenzen am höchsten** waren.

Von den Personen, die der vierten Gruppe zugeordnet wurden, hatten nach zwei Jahren alle Suizid begangen. Nach fünf Jahren lebten lediglich unter 20% der Menschen aus Gruppe 3, exakt 20% der Personen aus Gruppe 2 und knapp über 30% der Gruppe 1. Diese Zahlen belegen eindrücklich (selbst wenn sie sich nur auf eine relativ kleine Stichprobe beziehen), wie wichtig es ist, Suizidversuche ernst zu nehmen, vor allem als Hinweis auf die Gefahr weiterer Suizidversuche sowie eines „erfolgreichen“ Suizids zu verstehen und entsprechend präventiv zu handeln.

Psychotische Störungen, und diesbezüglich vorrangig die Schizophrenie, stellen ebenfalls einen schwerwiegenden Risikofaktor für Suizid dar. Auch hier hängt das Ausmaß, in dem sich das Risiko erhöht, von der Schwere und dem Verlauf der Erkrankung ab.

Eine besondere Rolle spielt die sogenannte Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS). Allein ihr Vorliegen führt aber nicht zu einem erhöhten Risiko. In

⁴ Felber, W. et al. (1998). Katamnestische Untersuchung nach Parasuizid.

⁵ Parasuizid wird hier als Suizidversuch (zugehörig zu den Gruppen Appell und Ambivalenz) bzw. misslungener, final angelegter Suizid (zugehörig zu den Gruppen Verzweiflung und Drang) verstanden.

Verbindung mit anderen Risikofaktoren aus dem Bereich der psychischen Störungen und der Stresseinwirkung kann sie jedoch den Krisenverlauf verkomplizieren und die Suizidgefahr zusätzlich erhöhen. Es ist deshalb an dieser Stelle sehr nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass das Persönlichkeitsmerkmal der Impulsivität, wie man es bei Inhaftierten gehäuft findet, eine Risikosituation durchaus verschärfen kann.

Sucht und Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen sind ein weiterer schwerwiegender Risikofaktor für Suizidhandlungen. Die Erhöhung des Risikos gegenüber der Allgemeinbevölkerung hängt von den verwendeten Substanzen, aber auch dem Grad der Abhängigkeit ab. Alkoholabhängige Männer haben z. B. ein ungefähr zehnmal höheres Risiko durch Suizid zu versterben als ihre unbelasteten Geschlechtsgenossen gleichen Alters.

3. Erklärungsmodelle des Suizids

Der Begriff des Risikos, wie er bisher diskutiert wurde, ist im Grunde nur eine statistische Größe. Diese bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit bestimmten Merkmalen einen Suizid (bzw. einen Suizidversuch) begehen könnte. Die bereits erwähnten Risikofaktoren erhöhen diese Wahrscheinlichkeit einen Suizid zu begehen. Sie sagen jedoch nichts darüber aus, wie der Prozess, der in einem konkreten Fall zum Suizid führt, im Einzelnen abläuft. Risikofaktoren sind so etwas wie die Bestimmungsstücke dieses Prozesses. Folgend wird deren Zusammenwirken verdeutlicht.

Der Weg zum Suizid ist ein komplexes Geschehen, bei dem Vorgänge auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene ineinandergreifen. Die Perspektive, aus der die Wissenschaft das Phänomen betrachtet, nennt man deshalb „bio-psycho-sozial“. Nur wenn man dieser Komplexität gerecht wird, kann man sich ein angemessenes Bild von der suizidalen Dynamik machen.

Bei Suiziden gilt es, deren Anlaufzeit, also zeitliche Entwicklung, zu beachten. Die Entwicklung zum „letzten Schritt“ kann über eine kürzere oder längere Zeitstrecke erfolgen. Früher stellte man in diesem Zusammenhang den Suizid als „Kurzschluss-Handlung“ dem sogenannten „Bilanz-Suizid“ gegenüber. Davon ist man mittlerweile abgerückt. Das bezeichnete Begriffspaar legt nämlich nahe, dass sich Suizide scharf der einen oder anderen Kategorie zuordnen lassen. Ebenso wird suggeriert, dass es eine klare Unterscheidung zwischen der störungsbedingten Impulshandlung (Kurzschluss) und der freien Willensentscheidung (Bilanz-Suizid) gibt. Die moderne Suizidforschung geht aber eher von einem Zusammenspiel rationaler und störungsbedingter Aspekte aus.

Die Entwicklung zum Suizid lässt sich am besten folgendermaßen beschreiben. Wesentliches Merkmal einer Krise ist, dass eine Person eine bestimmte Situation nicht mehr angemessen verarbeiten kann, sondern in Gefahr gerät, psychischen Schaden zu nehmen bzw. daran zu zerbrechen. Die Bewältigungskompetenzen dieser Person werden durch die Konfrontation mit dem Auslöser der Krise überfordert. Ein solcher Auslöser kann z. B. der Tod eines langjährigen Partners sein, der den Hinterbliebenen nicht nur voller Trauer, sondern auch finanziell ungesichert zurücklässt. Hierbei kann

auch Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft eine Rolle spielen, insofern als die mentalen Prozesse des Betreffenden tatsächlich „kurzschlüssig“ ablaufen und eine lösungsorientierte Problembearbeitung gar nicht mehr stattfindet. Die Schwachstelle kann aber ebenso auf emotionaler Ebene liegen, indem die Person zu Stimmungseinbrüchen neigt und zur Entwicklung einer Depression. Bei der Entwicklung von Krisen spielen demnach die Auswirkung des äußeren Anlasses einerseits, die Schwachstellen aufseiten der Person andererseits eine Rolle. Hinsichtlich der Schwachstellen spricht man auch von der „Vulnerabilität“ der betreffenden Person.

Ein so geschilderter Krisenverlauf kann sich bis zur manifesten Suizidhandlung über eine kürzere oder längere Zeitstrecke hinziehen. Das kritische Geschehen kann im Bereich weniger Stunden oder Tage, aber auch von Monaten liegen. Je länger es fort dauert, desto weniger spricht man von Krise, sondern eher von einer depressiven bzw. suizidalen Entwicklung. Extrem kurze Anlaufzeiten sind sehr selten und setzen eine massive Schockwirkung des Anlasses voraus. Derartige Wirkungen sind z. B. von Verkehrsunfällen oder Inhaftierungen bekannt. Die Gefahr hierzu steigt, wenn aufseiten der Betroffenen erhöhte Impulsivität hinzukommt.

In der Regel aber erstreckt sich die Entwicklung einer suizidalen Krise über einen längeren Zeitraum und lässt folgende unterschiedliche Stadien erkennen.

Der Suizid wird zunächst einmal nur gedanklich erwogen. Nicht selten werden in diesem Stadium Hilfeappelle an die Umwelt ausgesandt. Unterbleibt die Unterstützung von außen, dann können sich im nachfolgenden Stadium Suizidgedanken konkretisieren und zu handlungsleitenden Plänen werden. Es können Suizidimpulse auftreten, die die Betroffenen selbst nicht mehr leicht abwehren können. Aus dem Gedankenspiel entwickeln sich bildhafte Phantasien, die sich ihnen aufdrängen und eine Art Eigenleben entfalten. In einem solchen mittleren Stadium werden Pläne und Phantasien noch ambivalent erlebt. Einerseits wird mit ihnen die Erlösung von den Belastungen verbunden. Andererseits erschrecken sie die Betroffenen und machen Angst. Zuletzt tritt der erlösende Aspekt in den Vordergrund. Nach außen hin wirken die Betroffenen oft ruhiger und gelassener als zuvor. In diesem Stadium manifestieren sich jedoch die Suizidabsichten auch auf der Handlungsebene, indem Vorbereitungen für einen Suizid getroffen werden oder Suizidversuche erfolgen. Beim Durchschreiten der Stadien bewegen sich die Betroffenen tiefer und tiefer in das Erleben von Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit hinein, während die Planungen zunehmend konkreter und bildhafter werden.

Der österreichische Suizidforscher **Erwin Ringel**⁶ hat in der Mitte des letzten Jahrhunderts drei Ebenen des Krisengeschehens unterschieden: Einengung, verstärkte Aggression und deren Wendung gegen die eigene Person und Phantasieebene.

Unter dem Begriff der **Einengung** fasst Ringel eine mentale und gefühlsmäßige Verarmung sowie einen sozialen Rückzug zusammen. Der suizidgefährdete Mensch verliert die Spannweite seines Denkens und Empfindens. Die Gedanken verlieren ihre Kreativität und kreisen um die immer selben Probleme. Die Gefühlslage ist herabgesetzt

⁶ Ringel, E. (1953). Selbstmord. Abschluss einer krankhaften seelischen Entwicklung.

und von Hoffnungslosigkeit und Schwermut geprägt. Zunehmend ist ein Rückzug aus sozialen Kontakten und freudvollen Aktivitäten zu beobachten.

Eine zweite wichtige Ebene nach Ringel ist die **verstärkte Aggression und deren Wendung gegen die eigene Person**. Die Betroffenen werden zunehmend von aggressiven Impulsen bestimmt, die sie jedoch nicht nach außen richten oder als Energie für lösungsorientierte Handlungen nutzen. Vielmehr verfangen sie sich in ihren zwischenmenschlichen Konflikten und wenden die daraus entstehende Aggression zunehmend gegen sich selbst.

Schließlich betont Ringel auch die Wichtigkeit der **Phantasieebene**. Die mentalen Vorformen einer Suizidhandlung werden zunehmend konkreter und bildhafter und verlieren zuletzt ihren bedrohlichen Charakter. Die beschriebenen Vorgänge fasst Ringel unter dem Begriff des „Präsuizidalen Syndroms“ zusammen.

In einer suizidalen Krise ist der Todeswunsch nicht das einzige bestimmende Motiv. Die Motivlage ist komplex, wobei sich insbesondere die folgenden Aspekte unterscheiden lassen:

- Appell/Hilferuf
- Vorwurf/Aggression
- Pause/Ruhe
- Selbstvernichtung/Tod

Appell/Hilferuf: Wie oben dargestellt, können Suizidideen durchaus eine kommunikative Funktion haben. In ihnen drückt sich der Wunsch aus, von anderen Hilfe und Unterstützung zu erfahren und sich in gute Hände fallen lassen zu dürfen. Wer anderen gegenüber Suizidgedanken andeutet oder in direkter Weise ausspricht, kommuniziert – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – diesen Hilfewunsch nach außen und hat die Chance, die gewünschte Unterstützung zu erfahren.

Vorwurf/Aggression: Andererseits befinden sich suizidgefährdete Personen oft in zwischenmenschlichen Konflikten und empfinden Verärgerung und Enttäuschung gegenüber wichtigen Bezugspersonen, etwa, wenn sie sich unverstanden, ungerecht behandelt, nicht gesehen, zu wenig geschätzt fühlen oder (aus ihrer Sicht) zu wenig Unterstützung erfahren. Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich um ein subjektives Empfinden aufgrund der bereits bestehenden Einengung auf die eigenen Probleme und negative Lebensinhalte handelt. Suizidideen sind auf dieser Ebene auch immer ein Vorwurf, der gegen die enttäuschenden Anderen gerichtet ist. In Phantasien über beispielsweise weinende Witwen am Grab oder bestürzte Kollegen kommen Aggressionen zum Ausdruck, die in den bezeichneten zwischenmenschlichen Konflikten wurzeln.

Pause/Ruhe: Psychische Belastungen, worin sie auch immer im Einzelfall begründet liegen, erschöpfen die Betroffenen und laugen sie auf Dauer aus. Eine suizidale Krise rührt daher, dass die Bewältigungsfähigkeiten durch die aktuelle Überforderung nicht greifen. Vor diesem Hintergrund wünschen sich Betroffene oft eine Pause, eine Auszeit, in welcher sie von den auf sie eindringenden Problemen in Ruhe gelassen wird. Der

Tod wird in diesem Zusammenhang als etwas Zeitweiliges phantasiert, gegebenenfalls mit der Möglichkeit, neue Kraft zu schöpfen.

Selbstvernichtung/Tod: Dieses Motiv bezieht sich auf eindeutige Todeswünsche, die die endgültige Auslöschung der eigenen Existenz zum Inhalt haben.

In der individuellen Krise mischen sich die bezeichneten Motive und treten von Fall zu Fall in ein unterschiedliches Anteilsverhältnis. Einzelne Motive können im Vordergrund stehen, während andere kaum eine Rolle spielen. Das „Mischungsverhältnis“ bestimmt das von außen wahrnehmbare Bild der Krise. So wird ein Fall, bei dem z. B. Appell und Hilferuf ausschlaggebend sind und von einem eigentlichen Todeswunsch eher nicht zu sprechen ist, recht dramatische Inszenierungen erkennen lassen, die jedoch eher auf Versuchsebene verbleiben. Andererseits wird jemand, der sich sehr eindeutig und fest zur Selbsttötung entschlossen hat und kaum noch in sozialen Bezügen steht, sehr im Stillen, aber auch sehr zielführend vorgehen.

Es ist wichtig zu wissen, dass sich die Motivlage über die Zeit ändern kann und dass es eine Art „Krisendynamik“ gibt. So kann aus einem Hilfsbedürfnis eine zunehmend aggressive Vorwurfshaltung werden, die schließlich in sehr radikale Todeswünsche hinsichtlich der eigenen Person mündet. Aber auch andere Verläufe und Schwankungen kommen vor, was vom Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren abhängt. In der modernen Suizidforschung wird auch deshalb auf die Unterscheidung zwischen harmlosen (nicht-ernstgemeinten) Suizidversuchen einerseits und ernst zu nehmenden Suizidabsichten (siehe auch die oben genannte Studie von Felber et al.) andererseits verzichtet. Allein schon wegen der potentiellen Gefährlichkeit sogenannter „nicht-ernstgemeinter“ Suizidhandlungen ist man bemüht, jedes Krisensignal ernst zu nehmen und diagnostisch genau abzuklären, wo die Betroffenen innerhalb ihrer Krisendynamik stehen. Auf diesem Wege gewinnt man fachlich bedeutsame Anhaltspunkte für die klinische Diagnose, die prognostische Beurteilung und die angemessene Intervention.

4. Krisensignale

Da suizidale Krisen einen prozesshaften Verlauf haben, der sich in der Regel über einige Zeit erstreckt, bietet sich gerade deswegen die Möglichkeit, auf sie aufmerksam zu werden. Es ist davon auszugehen, dass bis zu 80% aller Suizidhandlungen im Vorfeld auf verbaler Ebene direkt oder indirekt angekündigt wurden. Dies bedeutet für das soziale Umfeld, dass es sich lohnt, aufmerksam hinzuhören und Andeutungen/Ankündigungen ernst zu nehmen.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt für das rechtzeitige Erkennen einer Suizidgefährdung sind Verhaltensänderungen der Betroffenen. Psychische Krisen sind Ausnahmezustände und verändern Menschen. Verhaltensmuster prägen ihr Erscheinungsbild. Wenn sich dieses Bild scheinbar grundlos ändert, wenn Betroffene ihrer Umwelt fremd werden und ihre gezeigten Verhaltensweisen nicht mehr so ohne weiteres nachvollziehbar erscheinen, dann kann dahinter eine suizidale Krise stehen. In diesem Zusammenhang ist ein wichtiges Leitsymptom der Rückzug aus sozialen Beziehungen und gewohnheitsmäßigen Aktivitäten.

5. Hilfe für die Betroffenen

Die oft geäußerte Befürchtung, man könne eine suizidale Krise verschärfen, wenn man jemanden darauf anspricht, ist irrig! Suizidforscher sind sich durchgehend darin einig, dass das Ansprechen suizidaler Krisen bedeutet, eine Brücke der Verständigung zu bauen. Dies gilt für das nicht-professionelle soziale Umfeld ebenso wie für professionelle Fachkräfte. Wichtig ist in jedem Fall, aus welcher Haltung heraus die Ansprache bzw. die Nachfrage erfolgt. Alle Formen, in denen z. B. Vorwurf, Druck, Ironie, Lächerlichmachen oder Ähnliches mitschwingen, sind selbstverständlich kontraindiziert! Die Kommunikation mit einem suizidgefährdeten Menschen sollte immer von Ernst, Offenheit und Verständnis geprägt sein. Dabei ist es zusätzlich wichtig, die eigenen Grenzen wahrzunehmen. Einen Menschen zu fragen, ob er Suizidabsichten hegt, ist ein erster wertvoller Ansatz, der nicht mit dem Ziel verbunden sein muss, endgültige Hilfe zu leisten. Der Fokus von Menschen in suizidalen Krisen ist sehr eingengt, sie fühlen sich einsam und unverstanden, da sie davon überzeugt sind, dass niemand ihr Leid ermessen kann. Durch offenes Fragen wird Interesse am Gegenüber bekundet. Dies kann als Ausdruck der Fürsorge verstanden werden, was die Einsamkeit mindert. Fragen nach Suizidalität werden von Betroffenen als entlastend beschrieben⁷ und eröffnen die Möglichkeit, (endlich?) über etwas reden zu können, was bisher nicht besprechbar war.

Das Kriseninterventionskonzept „BELLA“ zeigt exemplarisch den Ablauf während der Einflussnahme von außen auf einen Menschen, der sich in einer akut bedrohlichen Situation befindet. BELLA steht für **B**eziehung aufbauen, **E**rfassen der Situation, **L**inderung von Symptomen, **L**eute einbeziehen, die unterstützen, **A**nsatz zur Problembewältigung⁸.

Die Erfolgsaussichten hängen von den individuellen Hintergründen der suizidalen Krise ab. Generell gilt: je tiefer die Krise in psychischen Störungen wurzelt und je schwerer diese im Einzelfall ausgeprägt sind, desto geringer sind die langfristigen Erfolgsaussichten.

Suizidale Krisen sind ein sehr schwerwiegendes Geschehen und können sowohl Laien als auch Fachleute überfordern. Daher ist es wichtig zu überlegen, wo und wie kompetente Hilfsangebote zu finden sind, und ggf. die entsprechenden Kontakte zu knüpfen. Für die fachkompetente Hilfe gibt es in Deutschland unterschiedliche Adressen, die dem Anhang zu entnehmen sind. In größeren Städten existieren meist Krisenberatungszentren, die auf diese spezielle Klientel zugeschnitten sind.

Die Versorgung von Betroffenen fällt ansonsten in die psychiatrische oder psychotherapeutische Fachkompetenz. Eine wichtige Rolle spielen in diesem

⁷ Gould et al. (2005). Evaluating iatronic Risk of Youth Suicide Screening Programs. (Reprinted).JAMA, April 6, 2005, Vol. 293, No. 13. American Medical Association

⁸ Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., Voracek, M. (Hrsg.) (2016). Krisenintervention und Suizidverhütung. Stuttgart: UTB

Zusammenhang die sogenannten Prinzipien der Krisenintervention, eine angemessene medikamentöse Behandlung und gegebenenfalls ein langfristig orientiertes psychotherapeutisches Vorgehen.

II. Suizid in Haft

1. Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung

Grundsätzlich gibt es in Haft im Verhältnis mehr Suizide als in der Allgemeinbevölkerung. Die Wahrscheinlichkeit eines Suizides ist bei Gefangenen deutlich höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Es lässt sich jedoch nicht mit völliger Sicherheit sagen, in welchem Ausmaß die Suizidrate im Gefängnis gegenüber der in der freien Lebenswelt erhöht ist. Weltweite Untersuchungen kommen zu abweichenden Ergebnissen, was u. a. an lokalen Besonderheiten liegt. Auch spielen in diesem Zusammenhang diffizile methodische Probleme eine Rolle, die es nicht zulassen, zu völlig eindeutigen Zahlen zu gelangen.

Suizide werden im Justizvollzug genauer untersucht und dokumentiert, so dass hier eine deutlich geringere Dunkelziffer besteht. Außerdem bringen es die Umstände im Gefängnis mit sich, dass in rund 90 % der Fälle als Tötungsmethode das Erhängen gewählt wird. In der freien Lebenswelt dominieren hingegen die sogenannten „weichen“ Methoden. So kommt es, dass in der Haft Selbsttötungshandlungen ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen. Neben diesen beiden gewissermaßen äußerlichen Faktoren sind aber auch die substanziellen Risikobelastungen im Justizvollzug deutlich höher als in der freien Lebenswelt. Diese Risikobelastungen sind zum einen in den speziellen Umständen der Haftsituation begründet (situative Risikofaktoren). Zum anderen bringen aber auch Gefangene in erhöhtem Maße Risikofaktoren mit, die in ihrer Person wurzeln (sogenannte „importierte Risiken“).

Zu den Risikofaktoren, die aufseiten der Haftsituation liegen, zählen:

- Einschränkung des Handlungsspielraums (Kontrollverlust)
- Unsicherheit/Destabilisierung der Lebensperspektive
- Zukunftsängste
- Trennung von Bezugspersonen/sozialem Umfeld
- Zwangsgemeinschaft mit unsympathischen Mitmenschen
- Bedrohung
- Räumliche Monotonie (Eingesperrt sein)
- Selbstwertkrise

Insbesondere in der ersten Zeit der Haft ist die Lebenssituation des Gefangenen von großer Unsicherheit geprägt. Der eingeschränkte Handlungsspielraum bedingt, dass

man wenig aktiv tun kann, um diese Unsicherheit abzubauen. Die Gefangenen sind von Personen, die ihnen wichtig sind, getrennt und müssen sich stattdessen in einer Zwangsgemeinschaft zurechtfinden. Dabei sind sie mit Menschen konfrontiert, zu denen emotionale Spannungen bestehen, oder von denen sie sich gar bedroht fühlen. Die Monotonie des Lebensraumes im Vollzug fördert die oben beschriebene Einengung auf mentaler, emotionaler und zwischenmenschlicher Ebene. Schlussendlich wird Inhaftierung in vielen Fällen als persönliches Versagen erlebt und greift auf diese Weise massiv das Selbstwertgefühl an.

Neben diesen situationsbedingten Faktoren in der Haft kommen in zahlreichen Fällen persönlichkeitsgebundene Risikofaktoren hinzu. Dazu zählen:

- Alkohol-/Drogenprobleme
- Psychische Störungen
- Soziale Isolation/Desintegration
- Impulsivität/Aggressionsproblematik
- Schlechte Problemlöser

In einer Justizvollzugsanstalt findet sich daher eine Vermischung des Einflusses situativer Risikomerkmale und solcher, die in der Person der Betroffenen begründet sind. Es ist insbesondere diese Kombination, die die Entstehung suizidaler Krisen begünstigt und zu Suizidhandlungen führen kann. Diesbezüglich ist davon auszugehen, dass die situativen Risikofaktoren vor allem zu frühen Haftzeitpunkten bzw. während der Untersuchungshaft wirken. In späteren Haftabschnitten hat sich manches bereits geregelt, der Gefangene ist mit der Situation vertrauter geworden und kann besser mit ihr umgehen. Allerdings kommt hinsichtlich späteren Gefangenensuiziden daher nicht selten den persönlichkeitsgebundenen Risikofaktoren, insbesondere psychischen Störungen, ein besonderes Gewicht zu.

2. Die Zahlen für den hessischen Justizvollzug

Im Zeitraum 1987 bis 2019 haben sich in Hessen insgesamt 224 Gefangene, darunter 8 Frauen, suizidiert. Insgesamt haben weibliche Gefangene im deutschen Justizvollzug nur einen Anteil von rund 5%. Dies erklärt den geringen Anteil der Suizide von Frauen in Haft. Der Einfachheit halber werden die Geschlechter bei den folgenden Betrachtungen zusammengefasst, und es wird nur noch von „Gefangenen“ gesprochen.

Im statistischen Mittel der letzten 20 Jahre haben sich im hessischen Justizvollzug pro Jahr 5,5 Gefangene getötet.

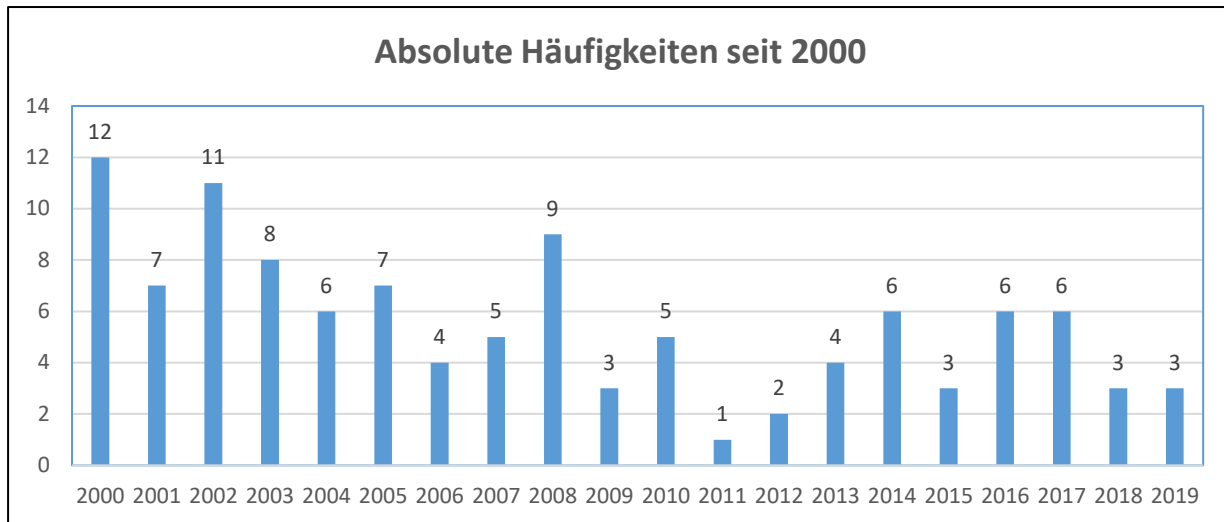


Abb. 1

Abbildung 1 gibt den Verlauf in den letzten 19 Jahren wieder. Klar zu erkennen sind die Zufallsschwankungen. Daneben sieht es rein optisch nach einem tendenziellen Rückgang der Zahlen aus. Man kann jedoch nicht sicher sein, dass es sich dabei um einen verlässlichen Trend handelt. Die Dinge können sich sehr schnell ändern. Es ist deshalb weiterhin geboten, wachsam zu bleiben und die Suizidproblematik ernst zu nehmen.

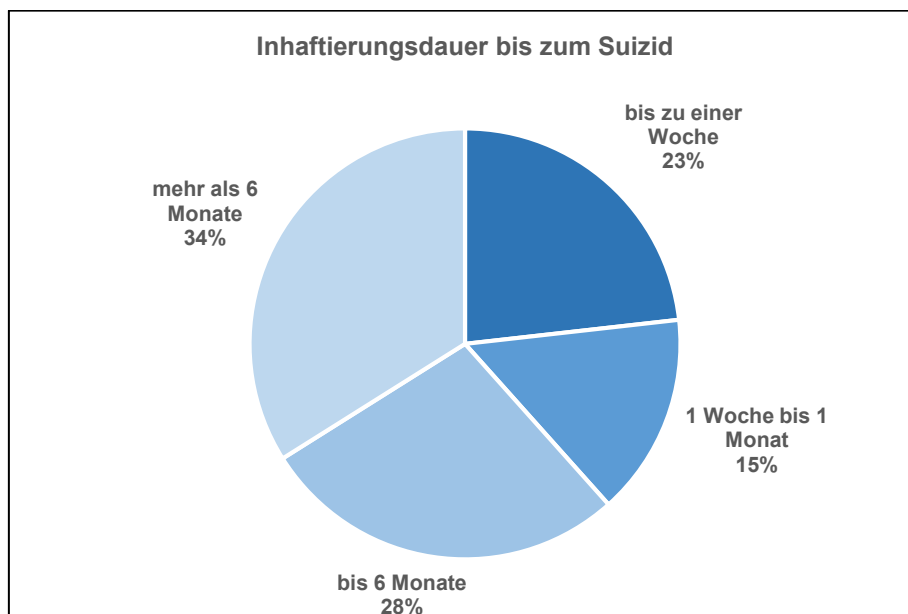


Abb. 2

Abbildung 2 gibt die Inhaftierungsdauer bis zum Suizid wieder und verdeutlicht, dass sich 38% der Suizidfälle innerhalb des ersten Monats nach Inhaftierung ereigneten.

66% geschahen innerhalb des ersten halben Jahres. Dies macht auf das besonders erhöhte Suizidrisiko innerhalb der ersten Haftzeit aufmerksam.

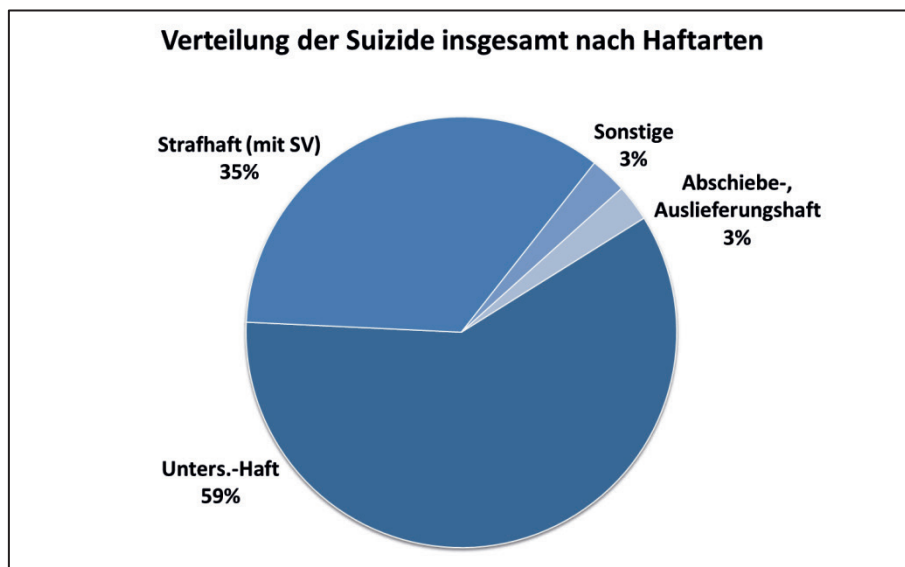


Abb. 3

Abbildung 3 verdeutlicht, dass 59% der Suizidfälle in der Untersuchungshaft geschahen. Dies passt zu den Feststellungen hinsichtlich der Inhaftierungsdauer und macht auf die besondere Suizidgefahr im Rahmen der Untersuchungshaft aufmerksam. Es sieht übrigens danach aus, dass jüngere Gefangene (bis etwa Mitte 20) eher zu frühen U-Haftzeitpunkten gefährdet sind. Gefangene, die sich zu späteren Haftzeitpunkten töten, bisweilen nach mehreren Jahren Strafhaft, sind tendenziell älter (ab 30 aufwärts).

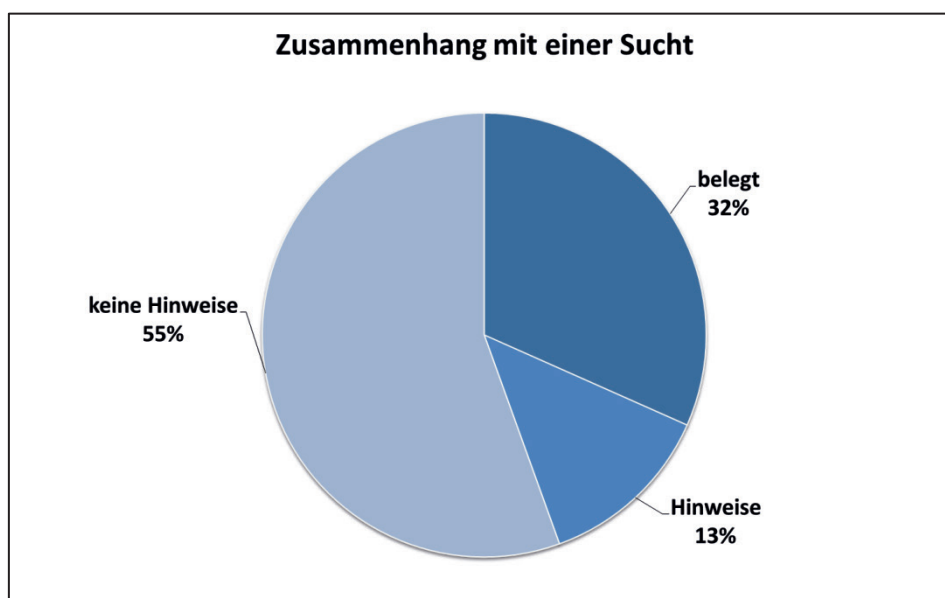


Abb. 4

Abbildung 4 zeigt, dass in 32% der Fälle eine Suchtproblematik belegt war und in weiteren 13% Hinweise auf eine solche bestanden. Es bestätigt sich auf diese Weise der bereits aus der Allgemeinbevölkerung bekannte Umstand, dass Suchtprobleme einen besonderen Risikofaktor für suizidale Entwicklungen darstellen.

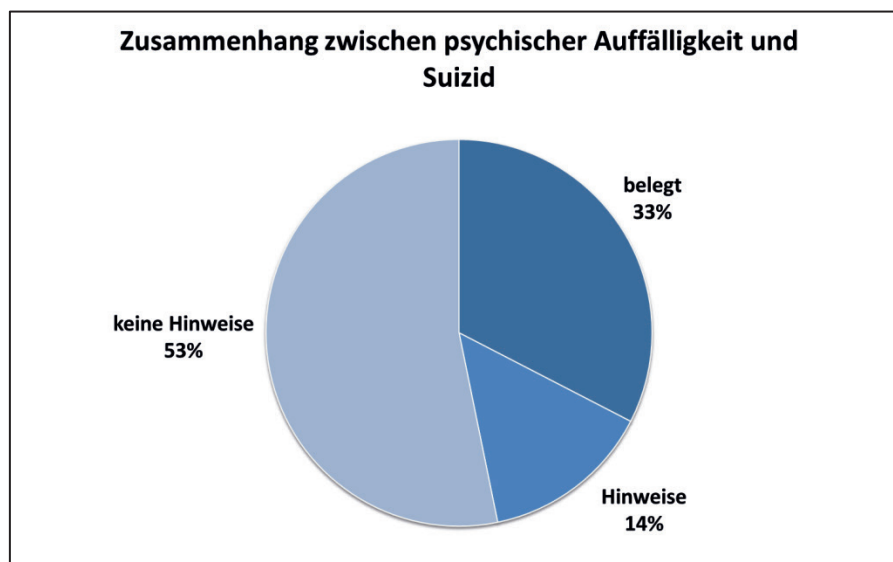


Abb. 5

In der gleichen Größenordnung wie Suchtprobleme liegen die psychischen Auffälligkeiten, die sich in 33% der Fälle belegen ließen. Hinweise auf solche bestanden bei 14%. Auch hierin schlägt sich nieder, dass psychische Störungen ein allgemeiner Risikofaktor für Suizid sind.

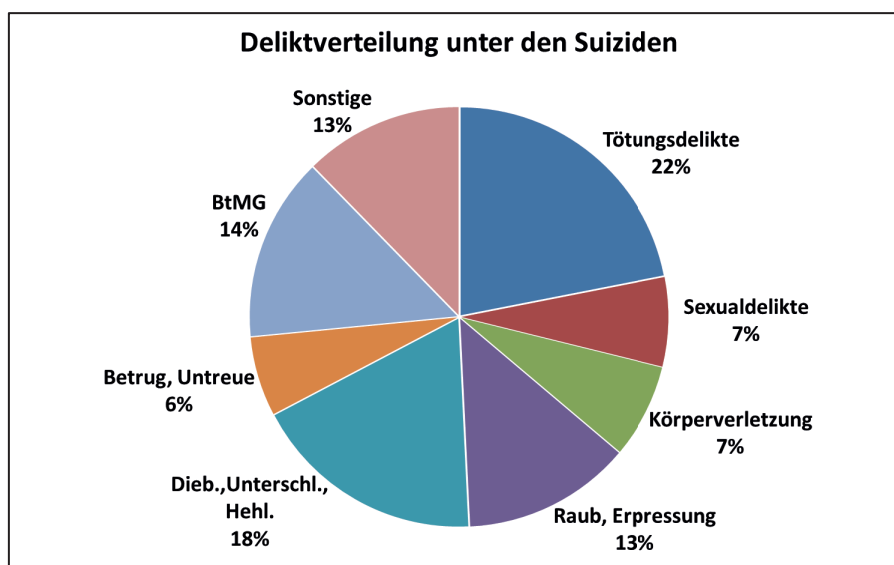


Abb. 6

Abbildung 6 veranschaulicht, dass es sich bei 22% der Indexdelikte um Tötungsdelikte handelte. Zum Vergleich: Im Jahre 2017 saßen knapp 8% der hessischen

Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten wegen eines Tötungsdeliktes ein. Dies spricht dafür, dass Straftaten gegen das Leben bei Suizidenten deutlich häufiger vorkommen als bei der Grundgesamtheit aller Gefangenen. Nicht selten handelt es sich um die Tötung enger Bezugspersonen. Dies bestätigt Ringel⁹ in seiner Betonung der gesteigerten Aggression und des Konflikts mit bedeutungsvollen Anderen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass auch bei einer hohen Zahl von festgestellten Suizidgefährdungen nicht alle Suizide verhindert werden können.

3. Suizidgefahr als Element des Berufsalltags¹⁰

Suizide von Gefangenen stellen für alle Bediensteten des hessischen Justizvollzugs eine besondere Herausforderung bzw. Belastung dar. Wer einmal unmittelbar mit einem solchen Vorfall konfrontiert war, weiß, wie sehr dies unter die Haut geht und nachwirkt. Es ist nicht nur der Schrecken des gewaltsamen, selbst herbeigeführten Todes eines Menschen, von dem die Belastung oder gar Bedrohlichkeit ausgeht. Es ist auch das behördliche bzw. juristische Nachspiel, mit dem in jedem Fall zu rechnen ist und das die einzelnen Beteiligten mehr oder weniger treffen kann. Fragen wie: „Wer hat nicht aufgepasst? Wer hat versagt? Wem kommt Schuld zu?“ stellen sich und können einzelne Bedienstete, je nach Lage der Dinge, in erheblich belasten.

Die Konfrontation mit Suiziden im beruflichen Alltag führt oft im Verhalten zu Verdrängung. Die Haltung, die man dann an den Tag legt, ist häufig auch von Zynismus, Ironie oder Belustigung geprägt. Es handelt sich dabei um verständliche Abwehrversuche gegen die Angst oder Unsicherheit, die durch die Suizidthematik hervorgerufen werden. Aber eine solche Haltung konserviert die Angst und verstärkt die Hilflosigkeit, die man im Umgang mit suizidgefährdeten Gefangenen erlebt. Ein solcher Umgang mit dem Thema ist nicht zweckdienlich und trägt im Grunde zur Belastung im Berufsalltag bei.

Suizid im Justizvollzug ist ein ernstes Thema, und alle Mitarbeitenden sollten ihm deshalb auch mit dem gebührenden Ernst begegnen. Auch sollten sie akzeptieren, dass Suizid ein Teil des Berufsalltags ist. Wer die aktive Auseinandersetzung mit der Thematik sucht, sich einerseits eigene Grenzen eingesteht und andererseits um eine Kompetenzerweiterung bemüht ist, baut auf diese Weise Ängste ab, findet einen leichteren Zugang zu suizidgefährdeten Gefangenen und ist den Belastungen in der konkreten Situation besser gewachsen. Der Suizidgefahr unter Gefangenen ist mit Ernst und Aufgeschlossenheit zu begegnen. Es kommt darauf an, die erforderliche Hilfsbereitschaft bei gleichzeitiger Akzeptanz der eigenen Grenzen aufzubringen. Fortbildungsveranstaltungen zum Thema, Informationsmaterialien z. B. in Form der hier vorliegenden Broschüre helfen bei der positiven Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid.

Schließlich ist wichtig, Hilfe und Unterstützung in individueller Form zu suchen und anzunehmen. Der Austausch mit fachkompetenten, aber auch einfach nur

⁹ Ringel, E. (Hg.) (1987): Selbstmordverhütung.

¹⁰ Siehe auch die im Intranet hinterlegte Broschüre *Konfrontation mit Suizid – eine besondere Belastung im Berufsalltag*.

verständnisvollen Kollegen ist kein individueller Luxus. Vielmehr gehört er zu einem professionellen Umgang mit der Suizidgefahr im Justizvollzug.

4. Anhaltspunkte für Suizidgefahr

Um eine Gefährdung rechtzeitig zu erkennen ist es wichtig zu wissen, worauf zu achten ist. Wo liegen im alltäglichen Umgang mit dem Gefangenen Anhaltspunkte, die auf eine mögliche Suizidgefahr aufmerksam machen können? Es gibt drei Arten solcher Anhaltspunkte:

a) Das Basisrisiko

Unter dem „Basisrisiko“ versteht man Risikomerkmale, die Gefangene in den Vollzug mitbringen. Zu den Risikomerkmale gehören z. B. Alkohol-/Drogenprobleme. Diese sind aber bei Gefangenen so häufig, dass man unzählige Betroffene als suizidgefährdet einstufen würde, wenn man eine Gefährdung allein an bestehenden Alkohol-/Drogenproblemen festmachen würde. Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass das wissenschaftliche Interesse im Rahmen der Früherkennung von Suizidgefährdung vor allem darauf liegt, Merkmalskombinationen herauszufinden, die es erlauben, möglichst präzise tatsächlich suizidgefährdete Gefangene im Sinne einer Früherkennung herauszufiltern. Wissenschaftler der Freien Universität Berlin haben hierzu Risikomerkmale definiert¹¹. Bei der Aufnahme eines Gefangenen wird darauf geachtet, ob bestimmte Merkmalskombinationen vorliegen, die eine Gefährdung signalisieren. Dieses Verfahren liefert recht befriedigende Ergebnisse, ist aber längst noch nicht optimal und eignet sich nicht für einen flächendeckenden Einsatz in der Praxis. Es gibt aber allererste Hinweise darauf, wer besonders gefährdet ist bzw. gefährdet sein könnte und auf wen besonders geachtet werden muss, d. h. bei wem die Gefahrenlage durch ein Gespräch näher zu klären sind. Je mehr der aufgelisteten Risikofaktoren vorliegen, umso genauer sollte hingeschaut werden. Zudem ist diese Liste sehr einfach und schnell anzuwenden.

Zur Veranschaulichung sind hier die wesentlichen Merkmale der Liste vorgestellt:

- 40 Jahre oder älter
- Obdachlos im Vorfeld der Inhaftierung
- Keine oder eine frühere Inhaftierung¹²
- Drogen- oder Alkoholmissbrauch
- Frühere Suizidversuche oder absichtliche Selbstverletzungen
- Aktuelle Suizidversuche oder Suizidgedanken

¹¹ Dahle et al. (2005). Suicide prevention in penal institutions.

¹² Trotz der unklaren Datenlage, ob die Erstinhaftierung tatsächlich einen Basisrisikofaktor darstellt (vgl. Totalerhebung der Suizide im deutschen Justizvollzug 2000-2017), wird dieser Faktor weiterhin aufgenommen. Aufgrund methodischer Schwierigkeiten basierte die Auswertung der Totalerhebung nur auf Daten aus der Straftaft; es kann also durchaus sein, dass die Erstinhaftierung in der Untersuchungshaft einen Basisrisikofaktor darstellt.

b) Kritische Situationen im Haftverlauf

Es gibt Situationen im Haftverlauf, die bekanntermaßen eine erhöhte Suizidgefahr nach sich ziehen können und dazu geeignet sind, die alltägliche Stressbelastung, wie sie die Inhaftierung ohnehin mit sich bringt, zusätzlich zu erhöhen. Deshalb können sie die Bewältigungskapazitäten der Betroffenen überfordern und eine suizidale Krise anstoßen. Es empfiehlt es sich dann, auf die Betroffenen zuzugehen und sie darauf anzusprechen, ob sie mit der Belastung fertig werden. Kritische Situationen im Haftverlauf sind u. a.:

Hauptverhandlungstermine: Beispielhaft anzuführen sind hier vor allem die Urteilsverkündung oder ein unerwartet hohes Strafmaß.

Gerichtliche Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen: Hier sind z. B. die Ablehnung einer vorzeitigen Entlassung oder der Aussetzung der Sicherungsverwahrung zu nennen.

Trennung/Verlust im persönlichen Bereich: In diesem Fall kann es sich u. a. darum handeln, dass sich der/die Lebenspartner/in trennen will, aber auch um den Tod bedeutsamer Bezugspersonen. Ebenso ist an Verlust im Eigentums- bzw. Vermögensbereich zu denken.

Verletzung der persönlichen Integrität: Manche Betroffene sind in der Haft besonderen Belastungen durch Mitgefangene ausgesetzt. Es kann sich um Formen körperlicher oder sexueller Misshandlung handeln, aber auch um Bedrohungen oder Demütigungen. Immer wieder kommt es vor, dass Gefangene in der ein oder anderen Hinsicht erpresst werden. Wenn die Betroffenen derartigen Grenzverletzungen nicht genügend psychische Widerstandskraft entgegensetzen können, können solche Erfahrungen fatale Folgen haben und gegebenenfalls auch eine suizidale Krise auslösen. Personen, die an solchen Erfahrungen zerbrechen, neigen oft dazu, nicht auf ihre Not aufmerksam zu machen, sondern sich zurückzuziehen. In solchen Fällen wird einer Suizidgefahr vorgebeugt, indem man auf die Gefangenen zugeht und vor allem Interesse an ihrer seelischen Befindlichkeit zeigt.

Besondere gesundheitliche Belastungen: Lebensbedrohliche, aber auch chronische Erkrankungen bzw. gesundheitliche durch Stressbelastung bedingte Probleme können die Betroffenen überfordern. Deshalb sollten in solchen Fällen nicht nur die körperlichen, sondern auch die Symptome der psychischen Verarbeitung Beachtung finden.

c) Signale im Verhalten

Das Verhalten von Betroffenen ist ein wesentlicher Indikator für eine mögliche Suizidgefahr. Dazu gehören u. a. alle Hinweise bzw. Andeutungen verbaler Art, etwa, wenn Betroffene sagen, dass sie am liebsten tot wären oder dass sie alles nicht mehr ertragen und sich nur noch Ruhe wünschen oder dass sie schon daran gedacht und/oder sogar geplant hatten, sich umzubringen. Eine suizidale Krise drängt Betroffene dazu, sich zu artikulieren. Äußerungen von Todeswünschen,

Todesphantasien, suizidalen Gedankenspielen oder Ähnlichem sind unbedingt ernst zu nehmen.

Ein weiterer effektiver Anhaltspunkt hinsichtlich einer möglichen Suizidgefährdung sind Verhaltensänderungen. Dabei geht es um Änderungen des Verhaltens, die eben nicht aus der Situation heraus erklärbar sind, sondern auf die ein oder andere Weise merkwürdig erscheinen. So wirkt jemand, den man schon lange kennt, plötzlich anders als bislang. Es kann sich dabei beispielsweise um folgende Auffälligkeiten handeln:

- Die Betroffenen verhalten sich irgendwie merkwürdig oder „verrückt“
- Abkapseln/sozialer Rückzug
- Ruhe/Geistesabwesenheit
- Unruhe/Nervosität/Getrieben sein
- Umschlagen von Unruhe in Ruhe
- Aggressionen; renitent werden; Konflikte mit der Anstalt suchen

Ernst zu nehmen sind auch alle Arten von suizidalen Vorbereitungshandlungen. Dabei kann es sich auch um Finanz- bzw. Nachlassregelungen handeln, aber auch um das Auffinden von Hilfsmitteln, z. B. eine herausgebrochene Rasierklinge, ein zu einem Schneidwerkzeug umfunktionierter Kuli oder das Sammeln von Medikamenten. Schließlich sind an dieser Stelle alle Arten von Abschiedsbriefen zu nennen, die an die unterschiedlichsten Adressaten gerichtet und sehr unterschiedlich in Ton und Deutlichkeit sein können.

Besonders zu beachten sind auch alle Arten absichtlicher Selbstbeschädigung. Selbstbeschädigungen haben nicht nur appellativen Charakter, sondern sind auch als Symptom einer suizidalen Krise ernst zu nehmen.

5. Verhalten und Vorgehensweisen bei Verdacht auf Suizidgefahr

Ein Patentrezept mit Garantie zur Verhinderung von Suiziden in Haft gibt es nicht! Jedoch können die einzelnen Bediensteten bei Verdacht auf Suizidgefahr angemessen reagieren. Für diesen angemessenen Umgang lassen sich Richtlinien aufstellen. Sie sind gemeint als praktische Hinweise, die das Handeln erleichtern sollen.

Ernst nehmen; Ansprechen; Nachfragen: Es empfiehlt sich, in allen Situationen, in denen die Frage nach einer Suizidgefahr auftaucht, diese Möglichkeit ernst zu nehmen, die Betroffenen anzusprechen und deren Befindlichkeit in Erfahrung zu bringen. Selbstverständlich hat dies auf eine sachliche, behutsame und verständnisvolle Weise zu erfolgen. Eine irgendwie alberne oder sarkastische Herangehensweise ist kontraindiziert und unbedingt zu vermeiden!

Unklare Fälle weiterreichen; nicht selbst entscheiden wollen: Für Bedienstete ist es schwer, im Einzelfall zu entscheiden, ob eindeutig eine Suizidgefahr vorliegt oder nicht. Es ist nicht selten so, dass die Situation und die Angaben der Betroffenen uneindeutig sind. Hier sollten sich insbesondere die Bediensteten des Allgemeinen Vollzugsdienstes nicht unter Druck setzen, eine klare Feststellung treffen zu müssen.

Sofern sich eine Suizidgefahr nicht ausschließen lässt und ein ungutes Gefühl zurückbleibt, sollten Sicherungsmaßnahmen und eine Vorstellung bei den Fachdiensten veranlasst werden. Hier sollte man keine Ängste haben, belächelt zu werden, wenn sich der Verdacht in der weiteren Abklärung nicht bestätigt. Besser zweimal zu viel Alarm geben als einmal zu wenig.

Kollegen informieren: Bei Verdacht auf Suizidgefahr ist es wichtig, neben den Fachdiensten jene Kolleginnen und Kollegen zu informieren, die mit den Betroffenen in nächster Zeit zu tun haben werden. Krisenintervention setzt ein funktionierendes Netz an Information und Kommunikation voraus. Die Kommunikation unter den zuständigen Bediensteten im Sinne der Informationsweitergabe und der Informationsrückmeldung darf als A und O der Krisenintervention verstanden werden. Wer alles im konkreten Fall und in welcher Reihenfolge zu informieren ist, ist jeweils nach Lage der Dinge vor Ort zu entscheiden. Der schriftliche Vermerk mit umfassendem Verteiler unterstützt die Kommunikation wesentlich.

Problemsituationen durch kleine Hilfen mildern (Stichwort: Entgegenkommen!): Menschen in suizidalen Krisen treten häufig nicht weinerlich-demütig, sondern aggressiv-fordernd auf. Das ruft bei einzelnen Bediensteten verständlicherweise das Gefühl hervor, sich nicht erpressen zu lassen, sondern frühzeitig Grenzen zu setzen. Die Ablehnung kleiner Bitten und Wünsche kann vom suizidgefährdeten Insassen aber als Verständnislosigkeit erlebt werden und das oben beschriebene Phänomen der Einengung fördern. Es ist deshalb zweckmäßiger, Spielräume, sofern sie gegeben sind, zu nutzen und den Gefangenen ein Entgegenkommen zu zeigen. Es besteht auf diese Weise die Chance, die Stressbelastung herunterzufahren und Betroffene hoffnungsvoller zu stimmen.

Perspektiven eröffnen: In Krisensituation sind die psychischen Vorgänge beeinträchtigt und eher punktuell bzw. kreisförmig. Das Erleben einer Zeitperspektive geht verloren und wird durch das einer totalen Ausweglosigkeit ersetzt. Deshalb ist es grundsätzlich ratsam, Betroffenen zu vermitteln, dass man ihre Bedürfnisse und Wünsche ernst nimmt und sich darum kümmert. Dies bedeutet nicht, ihnen illusorische Versprechungen zu machen. Wichtig ist, dass sie das Gefühl bekommen, dass das Mögliche versucht wird und die Dinge auf irgendeine Weise in Bewegung kommen.

Aktivieren; Kontakt ermöglichen; Tagesstruktur: Es geht darum, die Betroffenen aus ihren Grübeleien herauszuholen und der Einengung entgegenzuwirken. Es ist sinnvoll, sie an Beschäftigungen heranzuführen, die geeignet sind, sie abzulenken. Der Kontakt zu geeigneten Mitinsassen und die Teilnahme an Freizeitgruppen bietet menschliche Ansprache und eine Möglichkeit, Erleichterung und Trost zu finden. Schließlich ist eine Tagesstruktur mit ihren Verbindlichkeiten und Abwechslungen einem ziellosen Herumsitzen auf dem Haftraum deutlich vorzuziehen. Hier gilt es aber, vor allem die individuelle Bedürfnislage zu erkunden und dann in der Auswahl der Mittel zu berücksichtigen.

Situative/technische Kontrolle: Kontrollmaßnahmen dienen vor allem dazu, die Situation dahingehend zu sichern, dass die Möglichkeiten der Selbsttötung beschränkt werden. Hierzu zählen u. a. die Entfernung von Gegenständen, die als

Tötungswerkzeuge geeignet sind und die Verlegung in besonders gesicherte Hafträume. Darüber hinaus geht es darum, Suizidgefährdete unter Beobachtung zu bringen. Dies kann in Form der Gemeinschaftsunterbringung erfolgen, aber auch durch Kameraüberwachung oder sonstige Maßnahmen einer Sichtkontrolle. Selbstverständlich sollte die Anordnung unter Ansehung der Gefährdungslage erfolgen und in diesem Sinne gestuft vorgenommen werden.

Auge auf den Gefangenen haben; Krise nicht zu früh als erledigt betrachten: Dies ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt, der sich aus dem Prozesscharakter der suizidalen Krise ergibt. Wie oben beschrieben, erstrecken sich suizidale Krisen über die Zeit, sind dynamisch in ihrer Motivlage und können in ihrer Intensität zu- und abnehmen. Dies bedeutet auch, dass sie nach einer scheinbaren Erledigung wieder aufflackern können. Hat sich eine Krisensituation fürs Erste entspannt, sind oft alle Beteiligten erleichtert und froh darüber, ihre Anspannung ablegen zu dürfen. Es besteht jedoch die Gefahr, dabei zu übersehen, dass die Krisendynamik untergründig weiterschwelt. Analog zu einer „Brandnachschau“ macht es guten Sinn, auch nach Abklingen einer Krise die Betroffenen im Auge zu behalten und auch direkt auf ihr seelisches Befinden anzusprechen. Wie häufig und wie lange dies erfolgen sollte, hängt von der weiteren Entwicklung nach der akuten Phase ab.

III. Literatur

Die Informationen und Empfehlungen zum Thema entstammen weitestgehend dem nachfolgenden Literaturfundus. Im Text selbst wurde weitgehend auf Quellenangaben verzichtet, um die Lesbarkeit nicht zu erschweren. Die nachstehende Liste beansprucht nicht den Status wissenschaftlicher Literaturangaben. Sie ist als Orientierungshilfe hinsichtlich der Frage gedacht, wo man sich vertieft über die Thematik informieren kann.

Bennefeld-Kersten, K. (2009): Ausgeschieden durch Suizid - Selbsttötungen im Gefängnis. Zahlen, Fakten, Interpretationen. Lengerich, Pabst Science Publishers

Bennefeld-Kersten, K. (2012): Suizide von Gefangenen in Deutschland 2000 bis 2010. Bericht des Kriminologischen Dienstes im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges in Zusammenarbeit mit NASPRO Deutschland

Bronisch, T. (2007): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 5. Aufl.; München, C. H. Beck

Bronisch, T. & Hegerl, U. (2011): Suizidalität. In: Möller, Laux, Kapfhammer: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Bd. 2, 4. Aufl., Heidelberg, Springer, S. 1469-1501

Bronisch, T. u. a. (Hg.) (2002): Suizidalität. Ursachen, Warnsignale, therapeutische Ansätze. Stuttgart, Schattauer

Dahle, K. P., Lohner J., Konrad, N. (2005): Suicide prevention in penal institutions: validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. International Journal of Forensic Mental Health. 4:53-62

Giernalczyk, T. (2003): Lebensmüde. Hilfe bei Suizidgefährdung. 2. Aufl.; Tübingen, dgvt-Verlag

Gould, M. S. et al. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. (Reprinted) JAMA, April 6, 2005, Vol. 293, No. 13. American Medical Association

Heinrich, W. (1998): Suizidproblematik im Justizvollzug. Eine Aktenauswertung. 2. Aufl. Bericht des Kriminologischen Dienstes für den Justizvollzug des Landes Hessen

Pöldinger, W. (1982). *Erkennung und Beurteilung der Suizidalität*. In: Reimer, C. (Hrsg.), Suizid: Ergebnisse und Therapie. Berlin: Springer-Verlag

Pohlmeier, H. (1983): Selbstmord und Selbstmordverhütung. 2. Aufl.; München, Urban & Schwarzenberg

Rabe, K. & Konrad, N. (2010): Aktuelle Aspekte des Gefängnissuizids. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 4, S: 182-192

Riecher-Rössler, A. u.a. (Hg.) (2004): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen, Hogrefe

Ringel, E. (1953). Selbstmord. Abschluss einer krankhaften seelischen Entwicklung. Wien: Maudrich

Ringel, E. (Hg.) (1987): Selbstmordverhütung. 4. Aufl; Frankfurt, Fachbuchhdlg. für Psychologie

Schmidtke, A. et al. (2005): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. Suizidprophylaxe, 32, S. 87 - 93

Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., Voracek, M. (Hrsg.) (2016). Krisenintervention und Suizidverhütung. Stuttgart: UTB

Suhling, S. & Dietzel, C. (2018). Suizide im deutschen Justizvollzug 2000 – 2017. Untersuchung demographischer und kriminologischer Merkmale unter Berücksichtigung der Strafvollzugsstatistik. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs

Wolfersdorf, M. (2008): Suizidalität. In: Der Nervenarzt, 11, 79, S. 1319-1336

Wolfersdorf, M. (2008): Depression. Die Krankheit bewältigen. Bonn, Balance Buch u. Medien Verlag

Wolfersdorf, M. u. a. (Hg.) (2008): Suizidalität. Verstehen, Vorbeugen, Behandeln. Regensburg, S. Roderer

Wolfersdorf, M. & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), Programmbereich Gesundheit. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (2nd ed.) Bern: Hogrefe

Kontakt: LAG Suizidprävention
esther.fuchs-juergens@hmdj.hessen.de
silvia.manhillen@jva-weiterstadt.justiz.hessen.de

ANHANG

Fachkompetente Hilfe bei suizidalen Krisen

- Die Telefonseelsorge, die flächendeckend rund um die Uhr anonym unter der Telefonnummer (08 00) 1 11 02 22 Beratung am Telefon anbietet. Sie ist auch im Internet unter www.telefonseelsorge.de zu erreichen.
- Für Kinder und Jugendliche finden sich unter der Nummer (08 00) 1 11 03 33 Beratungseinrichtungen, überwiegend vom Deutschen Kinderschutzbund.
- Informationen über Selbsthilfegruppen kann man unter der Rufnummer (0 30) 8 91 40 19 über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) erhalten.
- In jeder Gemeinde gibt es sozialpsychiatrische Dienste, die Menschen in psychischen Krisen und bei psychiatrischer Erkrankung Beratung bieten und Hilfe vermitteln und bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sind.
- Auf der Internetseite www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/adressen sind Kontaktadressen für die einzelnen Bundesländer angegeben.

Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (Pöldinger 1982)

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, umso höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

- | | |
|--|------|
| 1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen? | ja |
| 2. Häufig? | ja |
| 3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?
Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt? | ja |
| 4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden? | ja |
| 5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen? | ja |
| 6. Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Selbstmordabsicht gesprochen? | ja |
| 7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen? | ja |
| 8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen? | ja |
| 9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos? | ja |
| 10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas Anderes als an Ihre Probleme zu denken? | ja |
| 11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden? | ja |
| 12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? | |
| 13. Interessieren Sie noch Ihre Hobbies? | nein |
| 14. Haben Sie jemand, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können? | nein |
| 15. Wohnen Sie gemeinsam mit Familienmitgliedern oder Bekannten? | nein |
| 16. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend? | nein |
| 17. Fühlen Sie sich in einer religiösen/weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt? | nein |

Diese Fragen sollen als Anregung und Hilfestellung dienen, um eine Idee dafür zu entwickeln, auf welche Weise Fragen zur Einschätzung der Suizidalität gestellt werden können und um einen allerersten Eindruck einer möglichen Suizidalität zu erhalten. Sie ersetzen jedoch keine fachliche Einschätzung.



HESSEN



LAG Suizidprävention