

SUPRA – Empfehlungen für Suizid- Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen

SUPRA – Empfehlungen für Suizid- Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen

SUPRA-AG Postvention:

Regina Seibl
Martin Baumgartner
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Wolfgang Grill
Karl Hruby
Thomas Kapitany
Sigrid Krisper
Monika Nowotny
Paul Plener
Ulrike Schrittwieser

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im September 2021
Im Auftrag von SUPRA

Zitiervorschlag: Seibl, Regina; Baumgartner, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Grill, Wolfgang; Hruby, Karl; Kapitany, Thomas; Krisper, Sigrid; Nowotny, Monika; Plener, Paul; Schrittwieser, Ulrike (2021): SUPRA – Empfehlungen für Suizid-Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zum Unterziel 3.4 bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

1	Einleitung/Grundsätzliches	1
2	Postventionsmaßnahmen im ambulanten und stationären Bereich der psychosozialen Versorgung.....	3
2.1	Übersicht der Organisationsaufgaben von Leitungsverantwortlichen	3
2.2	Grundsätzliche Empfehlungen für Leitungsverantwortliche.....	3
2.3	Interventionen auf Team- oder Arbeitsebene	4
2.4	Interventionen auf Ebene der anderen Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten	5
2.5	Interventionen für Angehörige/Hinterbliebene	6
3	Empfehlungen für Einzelsettings wie psychiatrische und psychotherapeutische Praxis	9
4	Umgang mit Medien.....	10
5	Literatur.....	11
6	Anhang	13
	ANHANG 1: Exemplarischer Leitfaden	14
	ANHANG 2: Textbausteine für Medienanfragen	17

1 Einleitung/Grundsätzliches

Die Konfrontation mit Krisen und Suizidalität gehört zur Arbeitsrealität vieler Helfer/-innen in den verschiedenen psychosozialen/psychiatrischen/psychotherapeutischen Arbeitsfeldern. Suizidversuche und vollendete Suizide von behandelten/betreuten Personen hingegen sind krisenhafte Ereignisse, die in der Regel sehr einschneidende und massive Auswirkungen auf therapeutisch oder beratend Tätige haben. Sowohl das persönliche Wohlbefinden als auch das professionelle Selbstverständnis, die Arbeitsfähigkeit und die kollegialen Beziehungen Betroffener können dadurch schwer in Mitleidenschaft gezogen werden.

Betroffene Helfer/-innen erleben häufig ähnliche Trauerreaktionen wie Angehörige: Schock, Erschütterung, Schuldgefühle, Ängste und Ohnmacht. Darüber hinaus leiden manche sogar an posttraumatischen Symptomen. Für Teams stellt der Klienten-/Patientensuizid in der Regel eine ernstzunehmende Krise dar, nicht zuletzt deshalb, weil daraus resultierende Schuldzuweisungen und Spaltungstendenzen das Teamgefüge bedrohen können.

Ein Klientensuizid ist der *Worst Case*, den zu verhindern professionelle Helfer/-innen im Allgemeinen als ihre Aufgabe betrachten. Für alle, die mit psychisch erkrankten Menschen arbeiten, ist er aber leider keine Seltenheit. Etwas mehr als 50 Prozent aller Psychiater/-innen und ca. 30 Prozent aller Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Sozialarbeiter/-innen erleben im Laufe ihrer Karriere mindestens einen Patientensuizid (Chemtob et al. 1988, Castelli-Dransart et al. 2017). Somit kann hier sicher von einem „Berufsrisiko“ gesprochen werden. Dennoch unterliegt diese Thematik einer gewissen Tabuisierung und es fällt Betroffenen mitunter schwer, sich selbst als hilfsbedürftig wahrzunehmen. Wenn dann die Unterstützung aus dem Arbeitsumfeld fehlt, hat das teils dramatische Folgen: die Unfähigkeit, adäquat mit suizidalen Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten umzugehen oder die Arbeit mit ihnen gänzlich zu vermeiden. Manche Betroffene verlassen sogar das Berufsfeld.

Wenn sie gezielte und ausreichende Unterstützung aus ihrem Arbeitsumfeld erhalten, fällt es ihnen jedoch deutlich leichter, die Folgen suizidaler Handlungen von Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten konstruktiv zu verarbeiten, sich zu stabilisieren und ihren beruflichen Aufgaben wieder verantwortungsvoll und professionell nachzukommen. Zudem kommt es zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Kompetenzen im Umgang mit Suizidalität. Hier zeigt sich, dass gelungene Suizidpostvention einen erheblichen und wesentlichen Beitrag zur Suizidprävention leistet. Teams erleben nach erfolgreicher Bewältigung dieser Krise häufig einen verstärkten Zusammenhalt und spürbar erhöhte Resilienz.

Wesentliche Voraussetzungen für die konstruktive Verarbeitung eines Klienten-/Patientensuizids sind

- » die Möglichkeit zum Ausdruck von Gedanken und Gefühlen in einem Klima von Offenheit und Vertrauen,
- » Unterstützung und Rückhalt durch Kolleginnen/Kollegen und Vorgesetzte
- » ... und vor allem strukturierte Abläufe und Richtlinien für den Umgang mit einem Klientensuizid.

Im Akutfall Klientensuizid zählen neben den Helferinnen/Helfern häufig noch andere Klientinnen/Klienten und vor allem Angehörige zu den Betroffenen. Die Bedürfnisse aller drei Personengruppen müssen beachtet und professionell gehandhabt werden. Qualitativ hochwertige institutionelle Suizidpostvention stellt hohe Anforderungen an die jeweiligen Verantwortungsträger/-innen, gilt es doch, allen betroffenen Personen gerecht zu werden und mit diesem krisenhaften Ereignis bestmöglich umzugehen.

Es ist für Einrichtungen im Gesundheitsbereich grundsätzlich empfehlenswert, Leitlinien für Postvention vor Eintreten eines Patienten-/Klientensuizids zu entwickeln (Ting et al. 2008, Seibl 2014, Jones 1987, Quinnett 2009). Leitlinien dienen der Orientierung aller beteiligten Mitarbeiter/-innen und Führungskräfte und sollen die Planung und Anwendung von Postventionsmaßnahmen im konkreten Einzelfall erleichtern und unterstützen. Sie sollten möglichst klare, auf die jeweiligen Gegebenheiten der betroffenen Einrichtung zugeschnittene Handlungsabläufe auf organisatorischer, administrativer und therapeutischer Ebene enthalten.

Es ist in diesem Kontext erforderlich, sowohl möglichst zeitnah und unmittelbar zu reagieren und zu handeln als auch die potenziellen mittel- und langfristigen Folgen des Klienten-/Patientensuizids im Auge zu behalten. Dabei sind laufend die Bedürfnisse aller vom Suizid betroffenen Personengruppen (Mitarbeiter/-innen, Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten und Angehörige) entsprechend zu berücksichtigen. Es ist sinnvoll und notwendig, durch die getroffenen Maßnahmen neben einer Stabilisierung aller Beteiligten auch einen passenden und ausreichenden Ausdruck von Trauergefühlen zu gewährleisten.

Vor allem für Führungskräfte erscheint es äußerst sinnvoll, über die möglichen Auswirkungen von Klienten-/Patientensuizid auf Mitarbeiter/-innen und Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten bereits vor Eintritt eines solchen Ereignisses Bescheid zu wissen. Dasselbe gilt für Informationen zu Trauerprozessen.

Grundsätzlich sind Schulungen des ganzen Teams in den Bereichen Suizidprävention und Suizidpostvention empfehlenswert, um einen verantwortungsvollen und professionellen Umgang mit der Thematik Suizidalität zu gewährleisten.

Auch solche Schulungsmaßnahmen sollten vor Eintritt suizidaler Handlungen von Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten erfolgen.

Es wird angeregt, eine Postventionsbeauftragte / einen Postventionsbeauftragten innerhalb der Organisation zu etablieren (idealerweise mit persönlicher Vorerfahrung i. S. einer Peerfunktion und mit absolvierter Postventionsschulung).

2 Postventionsmaßnahmen im ambulanten und stationären Bereich der psychosozialen Versorgung

2.1 Übersicht der Organisationsaufgaben von Leitungsverantwortlichen

- » Prozesskoordination laut den jeweiligen Leitlinien für Postvention
- » Entlastung unmittelbar betroffener Mitarbeiter/-innen
- » Planung von Teambesprechungen (siehe Abschnitt 2.3)
- » Planung von Gruppenbesprechungen und evtl. Einzelgesprächen mit Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten (siehe Abschnitt 2.4)
- » Kontakt mit Einsatzkräften und Ermittlungsbehörden im Anlassfall
- » Kontakt mit System- bzw. Vernetzungspartnern
- » Kontakt mit Angehörigen (siehe Abschnitt 2.5)
- » Planung von Abschiedsritualen, Planung einer Teilnahme an der Beerdigung oder eines Friedhofsbesuchs (siehe Abschnitt 2.4 und Abschnitt 2.5)
- » u. Ä.

2.2 Grundsätzliche Empfehlungen für Leitungsverantwortliche

- » Genug Raum und Zeit für die Be- und Verarbeitung dieses krisenhaften Ereignisses einräumen – Postvention dient immer auch der Suizidprävention!
- » Akutes Krisenmanagement hat Priorität vor anderen Aufgaben.
- » Mit Widerstand und Abwehr der Thematik Suizid und der mit ihr verbundenen Reaktionen ist zu rechnen – damit arbeiten und sich nicht verleiten lassen, zu früh zur Routine zurückzukehren.
- » mit besonders betroffenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern Gespräche führen, sie von anstehenden Aufgaben entlasten und dafür sorgen, dass sie Einzelsupervision bekommen und auch in Anspruch nehmen (Kosten und Arbeitszeit dafür sollen dabei von der Arbeitgeberin / vom Arbeitgeber übernommen werden)
- » für eine offene, wertschätzende und unterstützende Kommunikation im Team sorgen
- » Rückendeckung für Mitarbeiter/-innen ist enorm wichtig – vor allem im Kontext von polizeilichen Ermittlungen oder Vorwürfen und/oder der Androhung von rechtlichen Schritten, z. B. durch Angehörige.
- » unbedingt Abstand nehmen von Schuldzuweisungen, Vorwürfen oder Androhung rechtlicher Konsequenzen in Richtung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, eingreifen bei Vorwürfen innerhalb des Teams

- » Wichtig: für eigene Unterstützung und Entlastung sorgen (z. B. durch Delegation von Aufgaben, Einbindung der Geschäftsleitung, Austausch mit Leitungskolleginnen/-kollegen, Supervision u. Ä.)

2.3 Interventionen auf Team- oder Mitarbeitererebene

Erste, unmittelbare Besprechungen dienen sowohl dem Zweck der Organisation aktuell anstehender Aufgaben als auch der Thematisierung der Befindlichkeit der Mitglieder eines Teams (am schwersten betroffene Mitarbeiter/-innen brauchen Entlastung von ihren Arbeitsaufgaben, z. B. durch Dienstaustausch, Urlaub, Krankenstand u. Ä.).

Weitere Sitzungen dienen dem Zweck der Thematisierung der Reaktionen und Befindlichkeiten des Teams, der Evaluierung bisheriger und Planung weiterer Postventionsmaßnahmen sowie der Fallbesprechung.

Mögliche Settings:

- » Teambesprechungen, Besprechungen in Gruppen
- » Gespräche unter vier Augen mit Vorgesetzten oder Kolleginnen/Kollegen (Valente 1994)
- » Kollegiale Beratung (Ting et al. 2008), Intervision
- » Supervision (intern oder extern)
- » Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (MMK)
- » psychologische Autopsie / Fallbesprechung (Abeler et al. 1997, Linke et al. 2002, Ting et al. 2008, Farberow 2005, Valente 1994)

Formale und inhaltliche Empfehlungen:

Detaillierte Fallbesprechungen und spezielle Teambesprechungen sollten sehr vorsichtig durchgeführt werden, denn Teammitglieder, die einen Patientensuizid unmittelbar erlebt haben, sind sehr empfindlich gegenüber Kritik und fühlen sich häufig verurteilt. Die Inhalte sollten die Fakten des Falls darlegen, die individuellen Reaktionen auf den Suizid berücksichtigen und als normal anerkennen und dem Team Gelegenheit geben, einander zu unterstützen. Aufgrund der erhöhten persönlichen und professionellen Verletzlichkeit des Teams ist dabei die Thematisierung professioneller Verantwortung und guten Arbeitens vor einem unterstützenden und wertschätzenden (und nicht einem verurteilenden und bedrohlichen) Hintergrund zentral (Linke et al. 2002). Alle Teammitglieder, die mit der durch Suizid verstorbenen Person zu tun hatten oder für sie verantwortlich waren, sollten an solchen Besprechungen teilnehmen und Gelegenheit haben, ihren Gefühlen Ausdruck zu geben (Dunne 1987, Grad 2013).

Die psychologische Autopsie bzw. Fallbesprechung sollte von einem Teammitglied geleitet werden, das Wissen und Erfahrung im Bereich der Suizidprävention wie auch im Bereich der Reaktionen auf einen Patientensuizid hat. Wenn es eine solche Person im Team nicht gibt, sollte jemand von außen hinzugezogen werden. Alle Teammitglieder, die in die Behandlung der verstorbenen Person einbezogen waren, sollten Informationen über sie beitragen, die im Laufe der Behandlung

gesammelt wurden, um herausfinden zu können, vor welchem Hintergrund der Suizid geschah. Ziel solcher Besprechungen ist es, mehr über die Hintergründe des Suizids herauszufinden, und nicht, Schuldige zu finden. Gleichwohl ist es wichtig, potenzielle Versäumnisse unter Einbeziehung der Individualität der jeweiligen Situation im Sinne einer konstruktiven Fehlerkultur und mit dem Ziel, daraus zu lernen, zu thematisieren.

Die Leiterin / Der Leiter dieser Besprechung sollte sich der möglichen Reaktionen im Team bewusst sein und das zur Verfügung stellen, was es in diesem Moment am meisten braucht: ein Bewusstsein über die möglichen Gefühle der Beteiligten, Verständnis für ihre Reaktionen, eine Normalisierung der auftauchenden Gefühle und adäquate Unterstützung für die professionellen Anliegen jedes Teams (Farberow 2005). Der Fokus der Interventionen sollte individualisiert und den Bedürfnissen der einzelnen betroffenen Helfer/-innen angepasst werden. Interventionen sollten ebenso Faktoren wie Alter, Geschlecht und Vorerfahrung der betroffenen Person berücksichtigen (Ting et al. 2008). Laut Quinnett (2009) ist das Ziel solcher Besprechungen, aus dem Suizid zu lernen. Dazu gehört auch ein ehrlicher und verantwortungsvoller Umgang mit möglichen Versäumnissen im Vorfeld des Suizids.

Dieses Ereignis soll auch mit Kolleginnen und Kollegen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, besprochen werden. Zur Bearbeitung von posttraumatischen Symptomen wie anhaltenden Gedanken und Erinnerungen an den Suizid und intensiven Ausprägungen von häufig vorkommenden Reaktionen wie Wut, Schuldgefühlen, Taubheit empfiehlt sich jedoch von außen kommende Beratung. Für manche Helfer/-innen können Einzelsupervision bzw. Psychotherapie notwendig werden, zum Beispiel dann, wenn diese selbst einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben oder aus anderen Gründen besonders betroffen sind.

Wenn die Durchführung einer formellen Falluntersuchung nach einem Klientensuizid durch eine vom behandelnden Team unabhängige und außenstehende Arbeitsgruppe erfolgt, kann dies den akuten Stress für die direkt betroffenen Helfer/-innen reduzieren (Quinnett 2009, Hendin et al. 2000). Dadurch wird auch gewährleistet, dass Helfer/-innen und Teams freier an Fallbesprechungen teilnehmen können, da keine Gefahr besteht, dass diese zu Verurteilungen oder Sanktionen führen könnten.

Psychologische Autopsien bzw. Fallbesprechungen können auch nachteilige Effekte haben und das Trauern erschweren. Aufgrund dessen empfehlen manche Autorinnen und Autoren, diese im Abstand von ein paar Wochen nach dem Suizid abzuhalten. Erste intensive Gefühle sollten dann abgeklungen sein und das Team sollte in der Lage sein, sich die eigene Rolle in dem Geschehen vor Augen zu führen (Dunne 1987, Jones 1987).

2.4 Interventionen auf Ebene der anderen Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten

Ein Suizid im nahen sozialen Umfeld eines Individuums kann dessen eigene Suizidalität verstärken oder aktualisieren. Dies ist vor allem im Kontext vorhandener psychischer Erkrankungen zu

beachten. Demzufolge ist für den Umgang mit den anderen Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten in einer Einrichtung besondere Sorge zu tragen. Darüber hinaus sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, um die verstorbene Mitpatientin / den verstorbenen Mitpatienten angemessen zu trauern.

Im Rahmen einer Besprechung sollen die Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten möglichst bald nach dem Suizid über dieses Ereignis informiert werden, um dem Aufkommen wenig hilfreicher Gerüchte zuvorzukommen. Es ist empfehlenswert, diese Besprechung nach Möglichkeit zu zweit zu moderieren. Vom Suizid besonders betroffene Mitarbeiter/-innen sollten von dieser Aufgabe befreit sein.

Es ist anzuraten, die genauen Umstände des Suizids und die Suizidmethode möglichst gar nicht oder nur am Rande zu thematisieren (häufig ist sie der Klientengruppe jedoch bereits bekannt), um Nachahmungshandlungen zu vermeiden. Der Fokus der Besprechung liegt auf den Reaktionen der Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten und sollte deren Ausdruck fördern. Für besonders Betroffene unter ihnen muss es danach die Möglichkeit eines Einzelgesprächs geben.

Falls möglich (vorab mit Angehörigen und im Team abklären), passend und durchführbar, kann eine gemeinsam organisierte Teilnahme an der Beerdigung angeboten werden. Dieser muss gut organisiert sein (welche Mitarbeiter/-innen gehen mit, Zeit für eine unmittelbare Nachbesprechung einplanen etc.). Optional bietet sich ein gemeinsamer Friedhofsbesuch nach der Beerdigung an.

Auch mittel- und längerfristig muss mit einer möglicherweise erhöhten Suizidalität der Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten als Folgeerscheinung des Suizids gerechnet werden. Deshalb sollten auch in den folgenden Wochen Zeichen von etwaiger Suizidalität im Einzelsetting angesprochen und abgeklärt werden. Es ist vor diesem Hintergrund auch sinnvoll, sich mit Systempartnern (Fachkräften, anderen Einrichtungen) diesbezüglich zu vernetzen. Dies darf naturgemäß nur unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung und auf jeden Fall in Absprache mit der betroffenen Klientin / dem betroffenen Klienten geschehen!

2.5 Interventionen für Angehörige/Hinterbliebene

Hinterbliebene Angehörige gehören zu der nach einem Suizid am schwersten getroffenen Personengruppe und sind oftmals traumatisiert. Sowohl individuelle (Umstände des Suizids, Beziehung zur/zum Verstorbenen, Persönlichkeitsfaktoren der/des Hinterbliebenen) als auch gesellschaftliche und soziale Faktoren (Tabuisierung des Themas Suizid, Stigmatisierung Betroffener, Hilflosigkeit und Überforderung des sozialen Umfelds) sind daran beteiligt, dass viele Betroffene ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommener psychischer, körperlicher und sozialer Belastung erleben, und zwar über einen längeren Zeitraum (Jordan und MacIntosh 2011). Sie tragen ein erhöhtes Risiko für komplizierte Trauer, depressive Störungen und die Entwicklung von Suizidalität. Gleichwohl fällt es ihnen häufig schwer, die dringend benötigte Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Von Kontakt- und Gesprächsangeboten durch die behandelnden oder therapeutischen Einrichtungen ihres durch Suizid verstorbenen Angehörigen können Hinterbliebene jedoch sehr profitieren. Dabei ist es hilfreich, Hinterbliebene in erster Linie als schwer belastete und hilfsbedürftige Personen zu betrachten, insbesondere im Kontext von starken Schuldgefühlen oder Schuldzuweisungen. Es ist sinnvoll, von der Vorstellung Abstand zu nehmen, die Angehörigen trügen die Verantwortung für den Suizid. Darüber hinaus erleichtert ein reflektierter Umgang mit eigenen Schuldgefühlen Helferinnen/Helfern den Kontakt mit potenziell vorwurfsvollen Angehörigen. Oft wird im Rahmen solcher Gespräche jedoch deren Dankbarkeit deutlich. Das Gespräch mit den Hinterbliebenen bedarf jedenfalls einer guten Vorbereitung, Unterstützung durch eine Kollegin / einen Kollegen kann dabei hilfreich sein.

Gesprächs- bzw. Kontaktangebote sollten primär von der jeweiligen Einrichtungsleitung ausgehen und durchgeführt werden. Sofern es passend und möglich erscheint, kann das vom Suizid hauptbetroffene Teammitglied bei einem persönlichen Gespräch anwesend sein, sollte dieses aber nicht allein durchführen, um eine Überforderungssituation zu vermeiden. Es empfiehlt sich grundsätzlich, mit einem Gesprächsangebot an die Hinterbliebenen nach dem Suizid mehrere Tage zu warten. Eine unmittelbare Kontaktaufnahme zum Zweck des Kondolierens ist jedoch in den meisten Fällen angebracht.

Im Falle eines persönlichen Gesprächs sollten in erster Linie der Ausdruck des Mitgefühls (siehe auch Textvorschlag im Anhang) und gegebenenfalls die Vermittlung von Informationen über die verstorbene Person (unter Einhaltung der Schweigepflicht) im Mittelpunkt stehen. Es kann für Hinterbliebene zudem hilfreich sein, zu sehen, wo die/der verstorbene Angehörige gewohnt hat oder tätig war (z. B. Wohnbereich bzw. Tagesstruktur) oder ein kreatives Werkstück von ihr/ihm zu sehen.

Darüber hinaus ist vor allem die Information über und Weitervermittlung an adäquate Hilfsangebote (Beratungsstellen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Selbsthilfe- oder Trauergruppen etc.) wichtig sowie die Ermutigung, diese auch in Anspruch zu nehmen. Die vom Klienten-/Patientensuizid betroffene Einrichtung bzw. die Helferin / der Helfer ist in der Regel nicht dazu geeignet, die Hinterbliebenen zu therapieren oder zu beraten, dies sollte (sofern möglich) von anderen Einrichtungen oder Therapeutinnen/Therapeuten übernommen werden.

Es ist auch empfehlenswert, Hinterbliebenen die entsprechende SUPRA-Broschüre auszuhändigen und sie auf das Online-Hilfsangebot von AGUS Deutschland aufmerksam zu machen (siehe unten).

Die Teilnahme an der Beerdigung wird von manchen Helferinnen/Helfern als hilfreich empfunden. Er sollte jedoch nur freiwillig erfolgen, mit den Angehörigen abgesprochen und gut geplant sein (evtl. zu zweit hingehen oder evtl. mit anderen Klientinnen/Klienten). Dies kann den Helferinnen/Helfern eine Möglichkeit sowohl zur Verabschiedung als auch zum Kontakt mit den Hinterbliebenen bieten.

Hilfreiche Informationen für Hinterbliebene:

SUPRA-Broschüre: http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Nach-Suizid_Online_Doppelseiten.pdf

AGUS (Angehörige um Suizid Deutschland): www.agus-selbsthilfe.de

3 Empfehlungen für Einzelsettings wie psychiatrische und psychotherapeutische Praxis

Gerade im Einzelsetting gilt der Aspekt der Krise in besonderem Maß. Die Kenntnisnahme des Suizids einer Patientin / eines Patienten erschüttert und erfordert eine unmittelbare konstruktive Verarbeitung und Bewältigung. In Abhängigkeit von Erfahrungshintergrund und Resilienz können dabei verschiedene Rahmenstrukturen zur Erhaltung/Wiedererlangung eigener Stabilität hilfreich sein, wie

- » Verschiebung von Patiententerminen bzw. Nutzung einer Vertretungsstruktur,
- » Vernetzung mit Systempartnern,
- » Intervention mit Kolleginnen/Kollegen,
- » Inanspruchnahme von Einzelsupervision,
- » Teilnahme an einer Balint-Gruppe.

Die Empfehlungen für den Umgang mit Angehörigen gelten im Kinder- und Jugendbereich in diesem Setting genauso. In der Einzeltherapie mit Erwachsenen ist die aktive Kontaktierung von Angehörigen rechtlich nicht möglich. Sollten Angehörige die Therapeutin / den Therapeuten kontaktieren, sollte – wie im institutionellen Bereich – ein Gespräch angeboten werden und vorab (aufgrund der potenziell überfordernden und jedenfalls sehr belastenden Situation) Supervision in Anspruch genommen und ggf. beim Gespräch eine zweite Fachperson zugezogen werden. Eine Behandlung der Angehörigen sollte nicht übernommen werden, sondern eine qualifizierte Weitervermittlung an andere Angebote angestrebt werden.

4 Umgang mit Medien

Das Krisenteam bzw. die Zuständigen der Einrichtung suchen *nicht* von sich aus Kontakt zu den Medien. Werden die Medien jedoch von sich aus aktiv, so empfiehlt es sich, einen möglichst auch mit den Hinterbliebenen abgesprochenen, schriftlichen Text zu verfassen und über eine vorher bestimmte Ansprechperson für Medien (ggf. Leiter/-in der Einrichtung; Pressesprecher/-in) zu kommunizieren.

Bei Interviewanfragen soll auf die Medienempfehlungen¹ zur Berichterstattung über Suizid verwiesen werden (Zurückhaltung in der Berichterstattung). Erscheinen Interviews dennoch sinnvoll und notwendig, sollten diese ausschließlich von nicht direkt involvierten Personen gegeben werden (z. B. von Pressesprecher/-in, Leiter/-in). Innerhalb der Organisation sollte klar definiert werden, wer für Presseanfragen zur Verfügung steht. Es empfiehlt sich, auf bereits bestehende und unabhängig vom Fall erarbeitete Textbausteine zurückzugreifen, die sich an den Medienempfehlungen orientieren (z. B. Zurückhaltung und keine Nennung von Details). Mögliche Inhalte sind:

- » aufrichtiges Beileid an Hinterbliebene und Verweis auf Betroffenheit auch der Betreuenden
- » Versprechen, den Fall aufzuarbeiten – als Standardprozedere der Qualitätskontrolle in einem solchen Fall
- » Thematisierung der Tatsache, dass Suizide in diesem Setting grundsätzlich nicht gänzlich zu verhindern sind
- » Vermeidung von Schuldzuweisungen und „Wir haben alles richtig gemacht“-Aussagen, die von den Hinterbliebenen als Affront verstanden werden könnten

Einen exemplarischen Textvorschlag finden Sie im Anhang dieses Dokuments (siehe Kapitel 6).

Bei Fragen oder Unterstützungsbedarf wenden Sie sich bitte an die SUPRA-Koordinationsstelle:

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien
T: +43 1 515 61-316

¹

http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2020/09/Leitfaden_zur_Berichterstattung_%C3%BCber_Suizid_2020.pdf

5 Literatur

Abeler, M.; Dia, M.-L.; Fröhlich, J.; Fuchs, G.; Mahnkopf, A.; Röhrig, A. (1997): Die Suizidkonferenz. Ein Instrument zur Unterstützung betroffener Teams nach Suiziden im stationären Kontext. *Psychiatrische Praxis*, 24: 231–234

Castelli-Dransart, D.A.; Treven, M.; Grad, O.T.; Andriessen, K. (2017): Impact of Client Suicide on Health and Mental Health Professionals. In: Andriessen, K.; Krysinska, K.; Grad, O.T. (Hrsg.): *Postvention in Action. The international Handbook of Suicide Bereavement Support*. Hogrefe, Boston: 245–254

Chemtob, C.M.; Hamada, R.S.; Bauer, G.; Torigoe, R.Y. (1988): Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional psychology*, 19(4): 416–420

Chemtob, C.M.; Hamada, R.S.; Bauer, G.; Torigoe, R.Y. (1988): Patient suicide: Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145: 224–228

Dunne, Edward J. (1987): A response to suicide in the mental health setting. In: Dunne, E.J.; McIntosh, J.L.; Dunne-Maxim, K. (Hrsg.): *Suicide and its aftermath. Understanding and counseling the survivors*. W.W. Norton & Company, New York, London

Farberow, Norman L. (2005): The mental health professional as suicide survivor. *Clinical neuro-psychiatry*, 2(1): 13–20

Grad, Onja (2013): Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient, www.cliniciansurvivor.org

Gutin, Nina J. (2019): Part 1: Losing a patient to suicide: What we know. *Current Psychiatry*, October, 18(10): 14–16,19–22,30–32

Gutin, Nina J. (2019): Part 2: Losing a patient to suicide: Navigating the aftermath. *Current Psychiatry*, November, 18(11): 17–18,20,22–24

Gutin, Nina; McGann, Vanessa L.; Jordan, John R. (2011): The impact of suicide on professional caregivers. In: Jordan, John R.; McIntosh, John L. (Hrsg.): *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge, Series in Death, dying and bereavement. New York, London: 93–111

Jones, F.A. Jr. (1987): Therapists as survivors of client suicide. In: Dunne, E.J.; McIntosh, J.L.; Dunne-Maxim, K. (Hrsg.): *Suicide and its aftermath. Understanding and counseling the survivors*. W.W. Norton & Company, New York, London

Linke, S.; Wojciak, J.; Day, S. (2002): The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric bulletin*, 26(2): 50–52

McCann, Vanessa L.; Gutin, Nina; Jordan, John R. (2011): Guidelines for postvention care with survivor families after the suicide of a client. In: Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors. Routledge, Series in Death, dying and bereavement. New York, London: 133–155

Quinnett, Paul (2009): What to do if a Patient Dies by Suicide: Guidelines for Professionals. <https://www.youthconnectionscoalition.org/qpr-guidelines-for-professionals-when-a-client-completes-suicide/>

Seibl, Regina (2014): Auswirkungen eines Klientensuizids auf Helfer im außerstationären sozial-psychiatrischen Arbeitsfeld. Untersuchung zu den Folgen dieses Ereignisses und adäquaten Formen der Unterstützung für betroffene Helfer. Dissertation, Universität Innsbruck

Ting, L.; Jacobson, J.; Sanders, S. (2008): Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and nonfatal client suicidal behavior. *Social work*, 53: 211–221

6 Anhang

ANHANG 1: Exemplarischer Leitfaden für Einrichtungen

ANHANG 2: Textbausteine für Medienanfragen

ANHANG 1: Exemplarischer Leitfaden²

Leitfaden: Suizid oder Suizidversuch einer Klientin / eines Klienten

Wichtig: Die Teamleitung sollte an dem jeweiligen Tag Raum schaffen für die Krisenintervention auf Klienten- und Teamebene (heißt in diesem Kontext Postvention), andere Termine hintanstellen!

Suizid oder Suizidversuch hat in der Einrichtung stattgefunden: Was sind die ersten Schritte?

Anwesende Mitarbeiter/-innen sollten sich kurz absprechen und folgende Aufgaben untereinander aufteilen:

- » Notruf an Rettung oder Polizei
- » gegebenenfalls Erste Hilfe leisten
- » Teamleitung informieren und dazu holen
- » Die Teamleitung informiert Geschäftsführung und (falls vorhanden) Postventionsbeauftragte(n).
- » Die Teamleitung ist Kontaktperson für eintreffende Einsatzkräfte.
- » Die Mitarbeiter/-innen kümmern sich unterdessen um die anderen Klientinnen/Klienten.

Klientenebene:

- » Wichtig: Klientinnen/Klienten aus der unmittelbaren Nähe des suizidalen Geschehens wegbringen – in einen anderen Bereich oder kurzfristig außer Haus, z. B. eine kleine Runde gehen
- » Informationen geben: z. B., dass die Rettung bald kommen wird etc. (Botschaft: Das Team geht mit der Situation passend um und es wird klar, was als Nächstes passieren wird.)
- » möglichst bald darauf eine kurze Befindlichkeitsrunde machen (im großen Kreis), Moderation durch die Teamleitung (Entlastung des Teams)
- » bei besonderer Belastung einzelner Klientinnen/Klienten: Krisengespräch im Zweiersetting, falls notwendig, weitere Krisenintervention in die Wege leiten (stationäre Aufnahme)
- » Wichtig: wenn möglich, beim normalen Tagesablauf bleiben (z. B. Klientinnen/Klienten nicht früher heimschicken), das gibt den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern die Möglichkeit, noch zu reagieren oder zu intervenieren; im Einzelfall im Team entscheiden, was möglich und sinnvoll erscheint

²

angelehnt an den Leitfaden von pro mente tirol

Teamebene:

- » Teambesprechung ad hoc: Was ist zu tun? Organisatorisches besprechen, Informationen teilen UND eigene Befindlichkeiten abholen, nicht sofort ins Tun gehen. Wichtig: umsichtiger und rücksichtsvoller Umgang, Unterstützung und Schutz vor Überforderung evtl. stark belasteter Mitarbeiter/-innen (Aufgaben übernehmen, Vertretung)
- » nach Ablauf des Tages (siehe auch Klientenebene) kurze Nachbesprechung: Wie ist es gelaufen und wie geht es uns?
- » Systempartner benachrichtigen

Suizid hat außerhalb der Einrichtung stattgefunden: Was sind die ersten Schritte?

- » An Tagen ohne Teamsitzung wird ad hoc eine Besprechung durch die Teamleitung einberufen. Inhalte: Was ist zu tun? Wie soll die Nachricht überbracht werden und durch wen (am besten durch die Teamleitung)?
- » Was wissen wir, was muss noch verifiziert werden? (Befindlichkeit der Teammitglieder – siehe Teamebene)
- » Besprechung mit den Klientinnen/Klienten – Moderation durch die Teamleitung. Wichtig auch hier: keine Details (Nachahmungsgefahr), nur wesentliche Informationen
- » Fokus liegt auf der Befindlichkeit der Anwesenden! Die Besprechung gibt ihnen einen Rahmen für Äußerungen. Bei besonderer Belastung evtl. Einzelgespräche anbieten, evtl. weitere Krisenintervention in die Wege leiten (stationäre Aufnahme etc.).
- » ansonsten eher im gewohnten Ablauf/Rahmen bleiben
- » wenn passend, evtl. gemeinsam einen Spaziergang machen oder z. B. in die Kirche gehen und eine Kerze anzünden

Die Gestaltung der darauffolgenden Tage:

- » Ablauf des gewohnten und bewährten Rituals (falls existent): z. B. Aufstellen einer Parte oder eines Fotos in den öffentlichen Räumen, daneben steht eine Kerze, diese brennt während der Öffnungszeiten (mindestens bis zur Beerdigung, max. 2 Wochen)
- » Beerdigung: Angebot an die Klientinnen/Klienten, an der Beerdigung gemeinsam teilzunehmen, auch die Teamleitung ist dabei
- » Alternativ kann auch nach der Beerdigung das Grab besucht und eine Kerze angezündet werden.
- » Für die Beerdigung wird ein Gesteck / ein Kranz bestellt (optional).

Auch in den darauffolgenden Wochen für Krisen bzw. Suizidalität bei Klientinnen/Klienten sensibel sein!

Umgang mit Angehörigen:

- » Information und zeitnahes Gesprächsangebot! Gesprächsangebot durch Teamleitung, u. U. zusammen mit Case Manager/-in, gegebenenfalls Information zu psychosozialen Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen
- » Kondolenzkarte
- » SUPRA-Broschüre für Hinterbliebene nach Suizid weitergeben³

Teamebene (siehe auch oben):

- » Es wird angeregt, eine(n) Postventionsbeauftragte(n) innerhalb der Organisation zu etablieren (idealerweise mit persönlicher Vorerfahrung i. S. einer Peerfunktion und mit absolvierter Postventionsschulung).
- » Die/Der Postventionsbeauftragte steht gleichermaßen Teamleitung und Kolleginnen/Kollegen zur Verfügung.
- » In der nächsten Teamsitzung kommt die/der Postventionsbeauftragte mit interner Supervisionsfunktion und Unterstützungsauftrag ins Team, um den Suizid und seine Auswirkungen nochmals zu thematisieren. Ein zweiter Termin findet ca. zwei bis drei Wochen nach dem ersten statt.
- » Grundsätzlich bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit, den Suizid auch in der externen Supervision nochmals zu besprechen bzw. die eigenen Reaktionen (Gedanken, Gefühle etc.) in Teamsitzungen und Intervention.

3

http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Nach-Suizid_Online_Doppelseiten.pdf

ANHANG 2: Textbausteine für Medienanfragen

„Sehr geehrte Damen und Herren,

erlauben Sie mir zunächst, meiner großen Betroffenheit und der großen Betroffenheit der Mitarbeiter/-innen ... (der psychiatrischen Abteilung ... / des Psychosozialen Dienstes ... etc.) über den tragischen Tod von ... Ausdruck zu verleihen.

In dem Bewusstsein, dass es für die Hinterbliebenen eine außerordentlich schmerzhaft und schwere Erfahrung ist, einen lieben Menschen durch Suizid zu verlieren, gilt unsere tiefe Anteilnahme den Angehörigen von

Ein Suizid einer Patientin / eines Patienten ist auch für uns psychosoziale Helfer/-innen das Schlimmste, was uns in unserer Tätigkeit widerfahren kann, und es ist unsere tägliche Herausforderung, unsere Patientinnen und Patienten vertrauensvoll so zu begleiten, dass dieser „Worst Case“ möglichst nicht eintritt, dass unsere Patientinnen und Patienten – trotz aller Not und Verzweiflung – wieder Hoffnung und Perspektiven für ihr Leben entwickeln, sich letztlich wieder dem Leben zuwenden können.

Dies gelingt glücklicherweise in vielen bzw. sogar in den allermeisten Fällen. Aber zu unserer Arbeitsrealität gehört auch die bittere Erfahrung, dass dies eben nicht immer gelingt, dass es manchmal nicht verhindert werden kann, dass ein Mensch – trotz aller Begleit- und Schutzmaßnahmen – sich dafür entscheidet, seinem Leben ein Ende zu setzen.

Hier gibt es keine restlose Sicherheit und dies anzuerkennen ist auch die größte persönliche Herausforderung, vor der wir psychosoziale Helfer/-innen in unserer Arbeit stehen.

Selbstverständlich gehört für uns psychosoziale Helfer/-innen zu dieser Herausforderung auch dazu, nach einem Suizid einer Patientin / eines Patienten genau hinzuschauen: Was haben wir trotz unseres großen Bemühens um diesen Menschen möglicherweise nicht genau genug gesehen, was haben wir möglicherweise nicht deutlich genug erkannt? Dies geschieht immer mit der oft bitteren Erkenntnis, dass wir eben nicht allmächtig und allwissend sind.

Ich kann Ihnen versichern, dass wir dies auch in diesem konkreten, tragischen Fall tun.“