

Illes ■ Jendreyschak
Armgarth ■ Juckel



Suizide im beruflichen Kontext

Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter
im Gesundheitswesen und Rettungsdienst

Mit einem Geleitwort von Manfred Wolfersdorf

Online:
Alle Arbeitsblätter
zum Ausdrucken



Illes ■ Jendreyschak ■ Armgart ■ Juckel

Suizide im beruflichen Kontext

This page intentionally left blank

Franciska Illes
Jasmin Jendreyschak
Carina Armgart
Georg Juckel

Suizide im beruflichen Kontext

**Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter
im Gesundheitswesen und Rettungsdienst**

Mit einem Geleitwort von
Manfred Wolfersdorf

Mit 5 Abbildungen und 6 Tabellen

Die im Buch enthaltenen Arbeits- und Infoblätter finden
Sie auch online unter www.schattauer.de/illes-3089.html
zum Download und Ausdrucken.

 **Schattauer**

Dipl.-Psych. Dr. phil. Franciska Illes

Dipl.-Psych. Jasmin Jendreyschak

Dipl.-Päd. Carina Armgart

Prof. Dr. med. Georg Juckel

LWL-Universitätsklinikum Bochum

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

Alexandrinenstraße 1-3

44791 Bochum

www.lwl-uk-bochum.de/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-praeventivmedizin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Projektleitung: Ruth Becker

Lektorat: Dr. Antje Kronenberg, Gronau (Westf.)

Umschlagabbildung: Piotr Marcinski © www.fotolia.de

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: Himmer AG, 86167 Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6899-4

ISBN 978-3-7945-3089-2

Geleitwort

Vorbemerkung

Franciska Illes, Jasmin Jendreyschak, Carina Armgart und Georg Juckel von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin der LWL-Universität Bochum stellen ein Manual für die Postvention nach einem Suizid bzw. einer schweren suizidalen Handlung im beruflichen, d. h. klinischen psychiatrischen Kontext für betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen vor und leisten damit einen bedeutungsvollen Beitrag zum Umgang mit einem Suizid, zur Bewältigung der psychischen und materiellen Folgen für den Einzelnen, für das Team, die Klinik, die Angehörigen und das Umfeld. Es ist dem Unterzeichner eine Freude und Ehre, dazu ein Geleitwort beitragen zu dürfen.

Postvention zur Bewältigung von Suiziden

In der Geschichte der Suizidprävention und Suizidforschung insbesondere im europäischen Raum beschäftigte man sich bis heute vorwiegend mit dem Suizidenten und der Frage nach den näheren Umständen, die zu seinem Tod geführt hatten. Zuletzt hielt im September 2013 die Aktion Psychisch Kranke (APK) unter dem Titel „Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen“ eine umfängliche Veranstaltung zur Suizidprävention ab (Wolfersdorf 2014). Ohne Zweifel ist es lobenswert und erforderlich, sich dem zutiefst menschlichen Phänomen der Selbsttötung unter dem Aspekt der Verhütung suizidalen Verhaltens anzunähern. Die Suizidforschung hat sich mit dieser Fragestellung in den letzten beiden Jahrhunderten, beginnend im 19. Jahrhundert, sowohl von der psychiatrisch-psychodynamischen, also von der deskriptiven und verstehenden, als auch von der soziologischen Seite her angenähert. Ziel war, vor dem Hintergrund eines heutigen „medizinisch-psychosozialen Paradigmas von Suizidalität“ (Wolfersdorf und Etzersdorfer 2011), dass nämlich etwa 90% aller durch Suizid verstorbenen Menschen zum Zeitpunkt ihrer Selbsttötung an einer psychischen Erkrankung – meistens an einer depressiven Erkrankung, dann auch an Suchterkrankungen und an schizophren-psychotischen Zustandsbildern – gelitten haben, suizidales Verhalten hinsichtlich seiner Entwicklungs- und Verursachungsbedingungen besser zu verstehen und daraus Konzepte der Verhütung suizidalen Verhaltens zu entwickeln.

Aktuell ist es so, dass in Deutschland die Suizidforschung eher ein Nebengleis sonstiger Forschungsprojekte darstellt und anscheinend eine Phase intensiverer deutscher Suizidforschung durch das Ausscheiden von in den letz-

ten Jahrzehnten in der Suizidologie wissenschaftlich Tätigen vorerst abnimmt.

Umso erfreulicher ist es natürlich, wenn das Thema Suizidalität an einigen Orten in Deutschland weitergeführt wird, wie hier an der LWL-Universität Bochum, an der Universität Dresden beim dortigen Lehrstuhl für Architektur bzw. dem Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie oder am Lehrstuhl für Psychiatrie der Universität Halle – dies nur als einige wenige Beispiele, ohne andere, die jetzt nicht aufgeführt sind, kränken zu wollen. Das grundsätzliche Problem, dass es eine Suizidforschung im Ausmaß der 1970er- und 1980er-Jahre in Deutschland nicht mehr gibt, dass die deutsche und europäische Suizidforschung längst von der amerikanischen überholt wurde, sollte angesprochen werden.

Nach seriösen Angaben der WHO sterben pro Jahr weltweit, zumindest nach Hochrechnungen der in der WHO versammelten Länder, etwa eine Million Menschen durch Selbsttötung und der Suizid ist über alle Altersgruppen hinweg weltweit die zehnthäufigste Todesursache. Sieht man sich neuere Daten der WHO für das Jahr 2008 an, so werden für 105 Länder der Vereinten Nationen 782.000 Suizide angegeben, bei einer Welt-Suizidrate von 11,6 auf 100.000 Menschen (Värnik 2012). Das Phänomen der Zunahme der Suizidraten mit dem Alter gilt weltweit für Männer wie Frauen, bei Ersteren deutlich stärker ausgeprägt. Die derzeit weltweit höchsten Suizidraten weisen in Europa Litauen mit 34,1 im Jahr 2009, Russland mit 30,1 im Jahre 2006 und Weißrussland mit 27,4 im Jahr 2007 auf. Allerdings steht Südkorea mit 31,0 für das Jahr 2009 bereits an zweiter Stelle, gefolgt von Sri Lanka mit 31,0 und Japan mit 24,4 im asiatischen und im Pazifik-Raum.

Der Frage, wer denn von einem Suizid betroffen ist, wurde bisher sehr wenig nachgegangen. Der amerikanische „Suizidpapst“ Shneidman soll 1969 sozusagen festgelegt haben, dass von jedem Suizidtod sechs Personen durch intensive Trauer betroffen seien. Die Tatsache, dass der durch Suizid Verstorbene ihm nahestehende Personen hinterlässt und diese hierdurch oft mit vielschichtigen Problemen konfrontiert sind, ist in der deutschsprachigen Suizidliteratur wenig beachtet worden, während in den USA demgegenüber seit Jahren ein wachsendes Interesse am Erleben der Hinterbliebenen, den sogenannten „Survivors“, besteht – also am Befinden und an der Prävention nachfolgender psychischer Erkrankungen derjenigen Menschen, die bewältigen müssen, dass eine ihnen eng verbundene Person die Selbsttötung als einzigen Weg aus einer äußeren oder inneren Lebenskrise oder einem krankhaften Erleben gesehen hat. Seit Langem besteht in den USA Übereinstimmung dahingehend, dass den Hinterbliebenen von Suizidenten professionelle psychische Hilfe angeboten werden sollte; Shneidman (in Foglia 1984, S. 187) soll hierfür den Begriff „Postvention“ verwendet haben, womit all diejenigen Aktivitäten gemeint sind, die Hinterbliebenen nach dem Suizidtod eines Angehörigen helfen sollen, mit dieser schwierigen Problematik fertig zu werden.

Im deutschsprachigen Raum gibt es hierzu im letzten Jahrzehnt einige Aktivitäten (z. B. Kantor 1993, Schmid et al. 2008, Vogel und Wolfersdorf 1987, Wurst et al. 2011, 2013 oder auch jetzt das Manual von Illes et al. 2014).

Die Konfrontation mit Suiziden während stationärer oder teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung betrifft im Wesentlichen fünf Gruppen: Angehörige und Freunde, Mitpatienten, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, pflegerische Mitarbeiter, dann aber auch Arbeitgeber und Klinikleitung, Krankenhausträger sowie Polizei und Staatsanwaltschaft. Neben der Angst, schuldig geworden zu sein, stehen Ängste, versagt zu haben, Fehler gemacht zu haben, Fehlentscheidungen bzw. Fehlbewertungen getroffen zu haben, aber auch Ängste vor Vorhaltungen von innerhalb der Klinik und/oder von außerhalb wegen Diagnostik, Therapie, Dokumentation sowie Ängste von Vorhaltungen aus der Klinik (Klinikleitung, Vorgesetzte), sodann Gefühle von Ärger, von Kränkung, sich hintergangen, getäuscht, angelogen zu fühlen, depressive Gefühle, Ängste, einhergehend mit eigener Instabilität und Selbstvorwürfen als Therapeut, Selbstinfragestellung des therapeutischen Selbstverständnisses. Aus der klinischen Erfahrung weiß man, dass die Betroffenheit mit der Nähe zum Suizidenten zunimmt, dass ein hohes Bedürfnis nach Rekapitulation des Geschehens bzw. nach Verstehen des präsuizidalen Ablaufes, nach fachlicher Erörterung mit gefasster Distanz, nach einer Positionierung als Experte und damit auch mit einer inneren Distanzierung, nach Unterstützung der eigenen Person, nicht nur hinsichtlich des eigenen Selbstverständnisses, sondern ganz konkret auch gegenüber Polizei, Justiz, Staatsanwaltschaft ansteht. Fragt man, was denn Angehörige nach einem Suizid brauchen, so werden Gesprächsangebote, Verständnis für ihre Gefühle, insbesondere Schuld- und Schamgefühle, auch für Ärger und Zorn auf den Suizidenten, Bedarf nach Erklärungs- und Distanzierungshilfe und Unterstützung bei rechtlichen Abläufen genannt. Das therapeutisch-pflegerische Team braucht ebenfalls Gesprächsmöglichkeiten kurzfristig zur aktuellen Entlastung und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, auch Kenntnis und Regelung der konkreten Abläufe nach dem Suizid in der Zusammenarbeit mit der Polizei und der Staatsanwaltschaft, braucht Gesprächs- und Bearbeitungsmöglichkeit im Team, in der externen Supervision mit dem Chefarzt, in Gesprächsrunden; insbesondere braucht das Team die Unterstützung durch eine Klinikleitung, der es um das Verstehen der präsuizidalen Abläufe zur Verbesserung zukünftiger präventiver Maßnahmen geht und nicht um die Suche nach einem möglicherweise Schuldigen.

So gewinnt in unserem heutigen Denken über das Geschehen um eine suizidale Handlung und um einen Suizidenten neben psychologisch-psychodynamischen und psychopathologischen Aspekten, neben der Soziologie, aber auch der möglichen Biologie von Suizidalität, neben Aspekten des sozialen, aber auch des baulichen Umfeldes, in welchem Suizidenten sich bewegen, zunehmend Raum die Sorge für diejenigen, die einen Suizid erlebt haben, verarbeiten müssen, deren Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden muss, die mit ihrem Selbstbild als Therapeut, Pflegekraft, Mitarbeiterin und Mitarbeiter wieder ins Reine kommen müssen und wollen.

Vor diesem Hintergrund kommt dem hier vorgelegten Manual „Suizide im beruflichen Kontext“ zur Bewältigung von Suiziden im beruflichen Kontext

große Bedeutung zu. Dem Manual von Franciska Illes, Jasmin Jendreyschak, Carina Armgart und Georg Juckel (Letzterem sei als Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der LWL-Universität Bochum für sein langjähriges Interesse an suizidologischen Fragestellungen gedankt) kommt besondere Bedeutung zu, ist es doch der erste deutschsprachige Versuch, konkrete Handlungsanweisungen in Form von Empfehlungen, von bedeutsamen Hinweisen, von Zusammenfassung des Wissensstandes für Betroffene/„Survivors“ zusammenzutragen und zusammenzustellen. Dem Manual ist eine breite Wahrnehmung und Verwendung zu wünschen, den Autorinnen und Autoren ist für die umfängliche Arbeit herzlich zu danken.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

Leiter Referat Suizidologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Sprecher Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Literatur

- Foglia B. Survivor-victims of suicide. In: Hatton CL, Valente SM (eds). *Suicide: Assessment and intervention*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts 1984; 149–62.
- Kantor H. Zum Suizid depressiver Patienten nach ihrer Entlassung. Medizinische Dissertation, Universität Ulm 1993.
- Schmid R, Mehlsteibl D, Cording C, Wolfersdorf M, Spießl H. „Viele Fragen und keine Antworten“ – Hinterbliebene nach Kliniksuizid. *Psychiatrische Praxis* 2008; 35: 247–50.
- Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9 (3): 760–71.
- Vogel R, Wolfersdorf M. Staff Response to the suicide of psychiatric inpatients. *Crisis* 1987; 8: 178–84.
- Wolfersdorf M. Suizid und Suizidprävention. In: *Aktion Psychisch Kranke e.V. Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen*. Köln, Bonn: Psychiatrie Verlag 2014; 69–83.
- Wolfersdorf M, Etzersdorfer E. Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer 2011.
- Wurst FM, Kunz I, Skipper G, et al. How therapists react to patient's suicide. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 565–70.
- Wurst FM, Kunz I, Skipper G, et al. The therapist's reaction to a patient's suicide: results of a survey and implications for health care professionals' well-being. *Crisis* 2011; 32: 99–105.

Vorwort

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen kooperieren seit Jahren erfolgreich hinsichtlich der Erforschung und Bekämpfung von gesundheitlichen Risiken von Mitarbeitern in psychiatrischen Kliniken. Einen arbeitsbedingten Risikofaktor für die psychische Gesundheit von Mitarbeitern kann das Erleben eines Suizides von Patienten darstellen. Da sich in der beruflichen Praxis gezeigt hatte, dass einige Mitarbeiter infolge eines solchen Ereignisses stark belastet waren, wurde die Notwendigkeit deutlich, die tatsächliche Prävalenz sowie die Intensität der Belastungen zu erfassen, um daraus Bewältigungsangebote für die Mitarbeiter abzuleiten und somit auch mögliche psychische oder psychosomatische Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Zu diesem Zweck wurde ein gemeinsames Forschungsprojekt initiiert, in dessen Rahmen zunächst Befragungen durchgeführt wurden. Dazu machten ärztliche, therapeutische und pflegerische Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken einerseits sowie Mitarbeiter von Rettungsdienst und Feuerwehr andererseits schriftliche bzw. mündliche Angaben zu ihrem Erleben von Suiziden und ihren bisherigen Bewältigungsstrategien. In diesem Zusammenhang wurde außerdem erfasst, welche Bewältigungsangebote aus Sicht der Mitarbeiter fehlten. Auf Basis dieser Daten wurde ein Bewältigungskonzept zur Unterstützung von Mitarbeitern entwickelt, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Suiziden von Patienten konfrontiert werden. Dieses Konzept wurde anschließend interessierten Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen in Form von Schulungen vorgestellt. Diese Schulungen sowie die vermittelten Inhalte des Bewältigungskonzepts wurden evaluiert und von den Teilnehmern insgesamt positiv beurteilt.

Das entwickelte Bewältigungskonzept wurde im vorliegenden Manual zusammengefasst. Es beschreibt verschiedene Strategien, mit denen geschulte Mitarbeiter („key user“) betroffene Kollegen oder ganze Teams bei der Bewältigung suizidaler Ereignisse unterstützen können. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten in diesem Manual nicht nur wertvolle Informationen rund um das Thema Suizidalität und zum Umgang mit psychisch belastenden Ereignissen, sondern auch ganz konkrete Hilfestellungen für den Umgang mit Mitarbeitern, Kollegen und Angehörigen nach dem Suizid einer Patientin oder eines Patienten.

Im Grundlagenteil werden Hintergründe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zu psychischen Belastungen von Mitarbeitern in Gesundheitsberufen dargestellt. Die Basismodule bieten wichtige Hintergrundinformationen zum Thema Suizidalität, skizzieren mögliche Reaktionen auf belastende Ereignisse und beschreiben, welche präventiven Aspekte und Ressourcen sich günstig auf eine Bewältigung auswirken können. Die Bewältigungsmodule zeigen

konkrete Strategien zur Unterstützung von Mitarbeitern im Falle eines Suizides auf. Sie enthalten unterschiedliche Angebote, die sich am zeitlichen Verlauf (vor, unmittelbar im Anschluss an das oder einige Zeit nach dem Ereignis) und dem jeweiligen Adressatenkreis (einzelne Mitarbeiter, Team) orientieren. Gerade der modulare Aufbau eignet sich sehr gut, um je nach Bedarf bzw. Arbeitskontext ein geeignetes Bewältigungsangebot auszuwählen und anzuwenden. Dadurch wird auch ermöglicht, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheitsberufen, von Rettungsdienst und Feuerwehr sowie Sozialberufen von diesem Manual profitieren können.

Wir möchten uns bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, insbesondere bei Herrn Blättler, Herrn Dr. Dreyer, Frau Böhme, Herrn Kronauge und Herrn Burkhardt, für die jahrelange enge Zusammenarbeit und finanzielle Unterstützung dieses Projektes ganz herzlich bedanken. Zudem bedanken wir uns bei unserer Trägerverwaltung, der Abteilung 65 des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, für den anfänglichen Anstoß, die Begleitung und die Unterstützung bei der Durchführung. Ohne die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LWL-Kliniken im PsychiatrieVerbund sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Feuerwehr- und Rettungsdienstwachen in NRW, die alle auf unterschiedliche Weise zum Entstehen des Manuals beigetragen haben, wäre die Durchführung des Projektes sowie die Konzeption des Bewältigungsmanuals nicht möglich gewesen. Deswegen möchten wir auch ihnen für die Teilnahme herzlich danken.

Bochum, im Mai 2014

Franciska Illes, Jasmin Jendreyschak, Carina Armgart, Georg Juckel

Inhalt

1	Einleitung	1
I	Grundlagen	5
2	Arbeits- und Gesundheitsschutz bei psychischen Belastungen	7
3	Psychische Belastungen im Arbeitskontext	11
3.1	Allgemeine psychische Belastungssituationen im Arbeitskontext	12
3.2	Berufsspezifische psychische Belastungssituationen	13
3.2.1	Besonders belastende Ereignisse im beruflichen Kontext	14
3.2.2	Besonders belastendes Ereignis: erlebter Suizid oder Suizidversuch	15
II	Basismodule – Strategien vor dem Ereignis	19
4	Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität	21
4.1	Wissen über Suizidalität	21
4.1.1	Begriff der Suizidalität	22
4.1.2	Epidemiologie von Suizidalität	22
4.1.3	Der Patientensuizid	24
4.1.4	Risikofaktoren für Suizidalität bei Erwachsenen	25
4.1.4.1	Besonderheiten und Risikofaktoren für Suizidalität bei älteren Menschen	27
4.1.4.2	Besonderheiten und Risikofaktoren für Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen	30
4.1.5	Einschätzung von Suizidalität	33
4.1.5.1	Ausprägung von Suizidalität	34
4.1.5.2	Mögliche Motive einer suizidalen Handlung	36

4.1.5.3	Einschätzung der „Ernsthaftigkeit“ nach einem erfolgten Suizidversuch.....	36
4.1.5.4	Instrumente zur Einschätzung von Suizidalität	38
4.1.6	Gesprächsführung mit (akut) suizidalen Personen.....	40
4.2	Reflexion über Einstellungen zu dem Thema Suizidalität.....	46
4.3	Rechtliche Grundinformationen	48
5	Auseinandersetzung mit typischen Reaktionen auf Suizidereignisse	59
5.1	Belastungsreaktion.....	59
5.1.1	Einflussfaktoren auf Belastungsreaktionen	60
5.1.2	Typische Reaktionen auf belastende Ereignisse.....	62
5.1.3	Wann ist professionelle Unterstützung notwendig?.....	65
5.2	Trauerreaktion.....	66
5.2.1	Trauer nach Suizid	66
5.2.2	Einflussfaktoren auf die Trauer nach einem Suizid	67
5.2.3	Verlauf von Trauer und Traueraufgaben.....	69
6	Ressourcen im Umgang mit Stress und psychischen Belastungssituationen im beruflichen Alltag	73
6.1	Persönliche Ressourcen im Umgang mit beruflichem Stress	73
6.2	Teamressourcen.....	74
6.2.1	Teambildung	74
6.2.2	Hauptmerkmale einer guten Teamatmosphäre.....	75
6.2.3	Kommunikation im Team.....	78
6.3	Einfluss von Führungsverhalten auf das Team	80
6.3.1	Günstiges Führungsverhalten im Arbeitsalltag.....	81
6.3.2	Günstiges Führungsverhalten bei belastenden Ereignissen im beruflichen Kontext	83
7	Das Konzept kollegialer Unterstützung	87
7.1	Strukturen für kollegiale Unterstützungsangebote	88
7.2	Information über kollegiale Unterstützungsangebote	89
7.3	Wovon hängt ab, welches Unterstützungsangebot man machen sollte?.....	90

7.4	Wichtige Aspekte bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten	90
7.5	Checklisten für kollegiale Unterstützungsangebote	91
7.6	Psychohygiene für kollegiale Unterstützer	92
8	Organisatorische Abläufe nach einem Suizid	93
8.1	Vorteile organisatorischer Ablaufpläne	93
8.2	Beispiele für organisatorische Ablaufpläne	94
8.3	Umgang mit Schaulustigen	97
8.4	Umgang mit Medienvertretern	98
III	Bewältigungsmodule – Strategien nach dem Ereignis	99
9	Unterstützung unmittelbar nach dem Ereignis	101
9.1	Unterstützungsangebote für das betroffene Team	101
9.1.1	Organisatorische Abläufe in der Akutsituation	102
9.1.2	Teambesprechung in der Akutsituation	102
9.1.3	Mitbetroffene nach Suizid	104
9.1.3.1	Besonderheiten der Situation nach einem Suizid	105
9.1.3.2	Umgang mit Mitpatienten	106
9.1.3.3	Umgang mit Angehörigen	108
	Überbringen der Todesnachricht	108
	Gespräch mit Angehörigen als Behandler des Suizidenten	111
9.2	Unterstützungsangebote für betroffene Mitarbeiter	113
9.2.1	Stressreduktion	114
9.2.2	Organisatorische Unterstützung	116
9.2.3	Einleitung weiterer Hilfsangebote	117
10	Unterstützung, wenn der erste Schock abgeklungen ist ...	119
10.1	Unterstützungsangebote für das betroffene Team	119
10.1.1	Teambesprechung	119
10.1.2	Intervision bzw. Supervision	121
10.1.3	Fallkonferenz	122

10.1.4	Suizidnachbesprechung	123
10.1.5	Wertschätzung für die Bemühungen des Teams	127
10.2	Unterstützungsangebote für betroffene Mitarbeiter	128
10.2.1	Klärung des Bereichs, für den Unterstützung benötigt wird.	128
10.2.2	Information über typische Reaktionen auf außergewöhnliche Ereignisse und Normalisierung.	129
10.2.3	Aktivierung von Selbstheilungskräften	131
10.2.4	Aktivierung von Ressourcen.	133
10.2.5	Umgang mit typischen Gedanken und Gefühlen	134
10.2.6	Umgang mit typischen Veränderungsimpulsen nach einem Suizid	137
10.2.7	Abklärung weiteren Unterstützungsbedarfs	138
11	Unterstützung im weiteren Verlauf.	141
11.1	Unterstützungsangebote für das betroffene Team	141
11.1.1	Weitere Unterstützung für das Team abklären	141
11.1.2	Reflexion der Zusammenarbeit im Team.	142
11.1.3	Reflexion bezüglich notwendiger Veränderungen	142
11.2	Unterstützungsangebote für betroffene Mitarbeiter	143
11.2.1	Weiterführende supervisorische Unterstützung	143
11.2.2	Weiterführende psychotherapeutische Unterstützung	143
11.2.3	Weiterführende rechtliche Unterstützung	144
Anhang	145
Arbeitsblätter	147
Informationsmaterial	165
Fallbeispiele	171
Literatur	177

1 Einleitung

Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen können im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit dem Suizid eines anderen Menschen konfrontiert werden. Hierzu zählen vor allem Beschäftigte in psychiatrischen Einrichtungen, z. B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten oder Pflegekräfte; aber auch Mitarbeiter des Rettungsdienstes oder der Feuerwehr usw. sind betroffen.

Insbesondere in Arbeitsbereichen, die mit der Versorgung bzw. Behandlung psychisch kranker Menschen betraut sind, kann es zu einer Konfrontation mit dem Suizid eines anderen Menschen kommen. Da Menschen in psychosozialen Krisen oder mit psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine 15- bis 30-fach erhöhte Suizidrate aufweisen, ist in psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtungen mit einer vergleichsweise hohen Anzahl von Suiziden zu rechnen. Allein in psychiatrischen Kliniken kommt es jährlich zu schätzungsweise 150 bis 250 Suiziden pro 100.000 Aufnahmen (Eink u. Haltenhof 2009). In Deutschland wurden im Jahr 2012 insgesamt 9.890 Suizide erfasst (Statistisches Bundesamt 2013). Allerdings ist von einer beträchtlichen Dunkelziffer weiterer Suizidfälle auszugehen, da sich möglicherweise unter anderen Todesursachen (z. B. Unfälle, Ertrinken, Vergiftung) weitere Suizidfälle verbergen, bei denen die Selbsttötungsabsicht nicht eindeutig zu erkennen war. Hinzu kommt eine beträchtliche Anzahl von Suizidversuchen, die auf ungefähr das Zehnfache der vollendeten Suizide geschätzt wird (Althaus u. Hegerl 2004).

Trotz umfassender Bemühungen im Bereich der Suizidprävention bleibt der Suizid damit eine häufige Todesursache und somit ein relevantes Problem im Gesundheitswesen, zumal von einem Suizid nicht nur der Suizident selbst, sondern schätzungsweise mindestens sechs bis zehn weitere Menschen mitbetroffen sind (Mitchell et al. 2004). Je nach Lebensumständen, Alter des Betroffenen und dem Kreis der Mitbetroffenen, den man berücksichtigt, sind es oftmals sogar weit mehr (Berman 2011). Zu den Mitbetroffenen zählen vor allem Angehörige, Freunde und andere private Kontakte, aber auch professionelle Helfer (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte, Feuerwehr, Rettungsdienst etc.), die im beruflichen Kontext Kontakt mit suizidalen Personen haben.

Für Mitarbeiter kann es sehr belastend sein, den Suizid(-versuch)¹ eines Patienten oder Klienten² im beruflichen Kontext zu erleben. In den meisten Fällen verkraften professionelle Helfer solche Ereignisse relativ rasch und ohne weitere Folgen. Allerdings gibt es auch Mitarbeiter, die zur Bewältigung eines sol-

¹ Im Folgenden wird der Lesbarkeit halber nur von Suiziden von Patienten gesprochen. Schwere Suizidversuche können jedoch ähnliche Auswirkungen auf Mitarbeiter haben.

² Ebenfalls aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir jeweils die männliche Form, auch wenn sich die Ausführungen auf Frauen und Männer gleichermaßen beziehen.

chen psychisch belastenden Ereignisses etwas länger brauchen oder bei denen die Reaktionen stärker ausgeprägt sind. Die erlebte Belastung kann in ihrer Ausprägung und Dauer von Person zu Person sehr unterschiedlich sein. Viele verschiedene Faktoren haben Einfluss auf die Reaktion. Hierzu zählen z. B. Bedingungen der Situation, in welcher der Mitarbeiter mit dem Ereignis konfrontiert wird (z. B. Anblick der Leiche, Geruch, Temperatur, anwesende Personen, eigenes Befinden an dem Tag), und Bedingungen der Person (z. B. körperliche Fitness und eigene Berufserfahrung, vorhergehende Beziehung zu dem Suizidenten, erlebte Unterstützung durch ihr Team bzw. ihren Vorgesetzten). Das Auftreten kurzfristiger Stressreaktionen unmittelbar nach einem solchen Ereignis ist völlig normal. Diese können rasch wieder zurückgehen; es kann aber nach Abklingen des ersten Schocks auch zu mittelfristigen Belastungsfolgen oder im weiteren Verlauf sogar zu längerfristigen Stressreaktionen kommen.

Bislang gibt es jedoch nur wenig konkrete Unterstützungsangebote für professionelle Helfer, die im beruflichen Kontext durch den Suizid eines Patienten mitbetroffen sind. Hier setzt das vorliegende Manual an. Es richtet sich an professionelle Helfer, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Suiziden von Patienten konfrontiert werden, und beschreibt Strategien, die bei der Bewältigung eines solchen Ereignisses hilfreich sein können. Die Zusammenstellung der Strategien beruht auf Ergebnissen eines Forschungsprojektes, in dem die Belastungen und Bedürfnisse von Mitarbeitern, die bereits den Suizid eines Patienten erlebt hatten, erfasst wurden (Projekt der LWL-Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin Bochum in Kooperation mit der Unfallkasse NRW). Somit basiert das Konzept auf Angaben von betroffenen professionellen Helfern und benennt Strategien, die in der Praxis gewünscht wurden oder sich sogar bereits als hilfreich herausgestellt haben.

Das Manual setzt sich aus insgesamt drei Teilbereichen zusammen: Grundlagen, Basismodulen und Bewältigungsmodulen (Abb. 1-1). In den **Grundlagen** werden Hintergrundinformationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (Kap. 2) sowie zu psychischen Belastungen im Arbeitskontext (Kap. 3) dargestellt. Die **Basismodule** vermitteln Inhalte, die bereits vor einem suizidalen Ereignis betrachtet werden sollten. Sie schaffen günstige Ausgangsbedingungen für die Anwendung der Bewältigungsstrategien. Ferner stellen sie präventive Unterstützungsmöglichkeiten dar, zumal sie die mögliche Belastung infolge eines im beruflichen Kontext erlebten Suizides positiv beeinflussen können. Die Basismodule beinhalten Informationen rund um das Thema Suizidalität (Kap. 4), skizzieren mögliche Reaktionen auf Suizidereignisse (Kap. 5) und zeigen auf, welche Ressourcen sich günstig auf eine Bewältigung solcher Ereignisse auswirken können (Kap. 6). Das Konzept kollegialer Unterstützungsteams wird vorgestellt (Kap. 7) sowie die Notwendigkeit organisatorischer Ablaufpläne herausgestellt (Kap. 8).

Die **Bewältigungsmodule** beschreiben konkrete Strategien zur Unterstützung von Mitarbeitern im Falle des Suizides eines Patienten und stellen somit postventive Unterstützungsmöglichkeiten dar. Da sich je nach zeitlichem Ab-

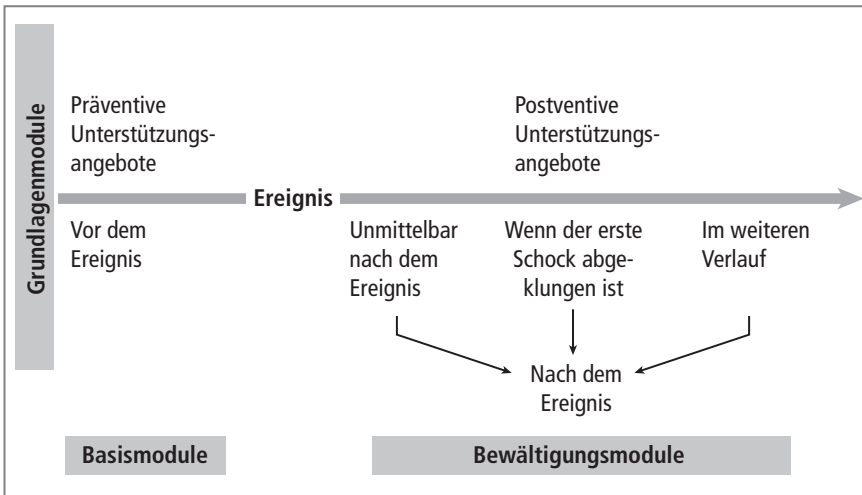


Abb. 1-1 Zeitstrahl möglicher Unterstützungsangebote

stand zum suizidalen Ereignis unterschiedliche Unterstützungsangebote empfehlen, wurden die möglichen Bewältigungsstrategien entsprechend des Zeitpunktes, zu dem sie erfolgen sollten, strukturiert. Es werden Strategien zur Unterstützung unmittelbar nach dem Ereignis (Kap. 9), Unterstützungsangebote nach Abklingen des ersten Schocks (Kap. 10) sowie Bewältigungsstrategien im weiteren Verlauf (Kap. 11) dargestellt. Dabei werden jeweils Strategien für einzelne Mitarbeiter und für Teams vorgestellt. Die dargestellten Bewältigungsstrategien sind dabei als Baukastensystem zu verstehen: Es ist nicht gedacht, dass in jedem Fall alle Strategien angewendet werden müssen, sondern dass im Einzelfall die jeweils passenden Strategien ausgewählt und zusammengestellt werden können. Im **Anhang** finden sich verschiedene Arbeitsblätter zur Vertiefung der Inhalte des Manuals sowie Materialien (insbesondere Informationsblätter), die bei der Unterstützung von Mitarbeitern eingesetzt werden können.

Die Bewältigungsstrategien sind im Sinne einer psychologischen Erste-Hilfe-Stellung zu verstehen. Dies bedeutet, dass ähnlich wie bei der somatischen Ersten Hilfe die vorgestellten Strategien von geschulten Mitarbeitern angewendet werden können. Allerdings muss immer überprüft werden, ob es einer weiterführenden professionellen psychologischen oder medizinischen Hilfe bedarf. Bei sehr stark betroffenen Mitarbeitern oder schwerwiegenden Problemen können die beschriebenen Strategien eine professionelle Unterstützung nicht ersetzen. In solchen Fällen sollte daher immer Kontakt zu psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten bzw. Psychiatern aufgenommen werden.

Ähnlich wie bei der somatischen Ersten Hilfe bedarf es auch bei der psychologischen Ersten Hilfe einer grundlegenden Schulung und regelmäßiger praktischer Übung der Bewältigungsstrategien. Das Manual kann als Grundlage zur Schulung von Mitarbeitern und Teams dienen. Dabei unterscheidet es sich von

Organisation zu Organisation bzw. Arbeitsbereich zu Arbeitsbereich, welche Bewältigungsstrategien sinnvoll einsetzbar sind. Die in dem Manual vorgestellten Strategien sind deswegen modular aufgebaut. Auf diese Weise lassen sich Schulungsinhalte und Bewältigungsstrategien zusammenstellen, die an den Bedürfnissen der einzelnen Organisation orientiert sind.

Damit im Bedarfsfall die Bewältigungsangebote rasch angewendet werden können, bedarf es der Überlegung, wie diese im Unternehmen implementiert werden sollen. Es können einzelne Mitarbeiter oder ganze Teams geschult werden. Erprobt wurden die Strategien in kollegialen Unterstützungsteams verschiedener psychiatrischer Kliniken. Diese Teams setzen sich aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zusammen und stehen Kollegen in belastenden Arbeitssituationen als Ansprechpartner zur Verfügung. Insgesamt ist es Ziel der dargestellten Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien, eine Unterstützung bei der Bewältigung eines erlebten Suizides zu bieten und somit einen Beitrag zum Gesundheitsschutz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu leisten.

I Grundlagen

Um die Wichtigkeit des vorliegenden Konzeptes zur Bewältigung suizidaler Ereignisse im beruflichen Kontext zu untermauern, werden im Folgenden relevante Aspekte aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz beschrieben (Kap. 2) und Hintergrundinformationen zu psychischen Belastungen im Arbeitskontext gegeben (Kap. 3). Psychische Belastungssituationen können sich in Art und Ausmaß bei verschiedenen Berufsgruppen oder in verschiedenen Tätigkeitsbereichen unterscheiden. Als ein Ereignis mit besonderer psychischer Belastung wird schließlich auf den Suizid eines Patienten eingegangen (Kap. 3.2.2).