

Suizidalität – Erkennen, Vorgehensweisen, rechtliche Situation

Entscheidend ist eine suffiziente Betreuung

Gerhard Ebner und Bernd Lehle

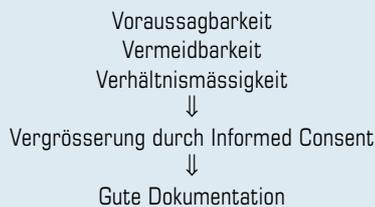
«Die Einstellung zum Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie über das eigene Leben hat sich verändert und in einzelnen Ländern zu einer festen Etablierung von Suizidhilfeorganisationen geführt, die auch bei psychisch Kranken Hilfen zum Suizid anbieten. Suizidprävention im Rahmen der stationär psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist keine Güterabwägung über die persönliche Freiheit und Autonomie zum Suizid, sondern ein angemessener professioneller Umgang mit Menschen in Krisensituationen zur Ver-

hinderung des Suizids, um für die weitere Lebensplanung Zeit zu gewinnen. Suizidprophylaxe darf jedoch nicht mit der Verhinderung des Suizids enden, sondern hat genau dort zu beginnen, indem die zugrunde liegende psychische Erkrankung, mit der wir es im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu tun haben, adäquat behandelt und unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation zur Entwicklung einer lebenswerten Zukunftsperspektive Hilfestellung geben wird.» (Grebner et al. 2005)

Die Einweisung, vor allem die Zwangseinweisung, ist eine sehr einschneidende Massnahme und erfüllt allenfalls ohne die entsprechenden Voraussetzungen den Tatbestand der Freiheitsberaubung; bei Unterlassung sieht sich der Arzt des Vorwurfs der Fahrlässigkeit ausgesetzt. Der vorliegende Beitrag soll die Materie zum Erkennen der Suizidalität, zur «Zwangseinweisung» und zur rechtlichen Situation vorstellen, um dem niedergelassenen Arzt so eine Entscheidungsgrundlage zu geben.

Ein zentrales Problem der Suizidprävention ist die fehlende Güte von Prädiktoren, die im Einzelfall eine Einschätzung erleichtern würde. Viele der in der Literatur berichteten Kriterien sind zwar mit statistischer Wahrscheinlichkeit abgesichert, jedoch mit schlechter Sensitivität und Spezifität (das heisst einer hohen Anzahl von «falsch Positiven» und «falsch Negativen»). So muss die Entscheidung, ob eine hohe Suizidgefährdung – zumindest akut – vorliegt, individuell unter Berücksichtigung verschiedenster Punkte wie persönlicher Lebenssituation, Diagnose, aktueller Psychopathologie, Vorgeschichte und vielem mehr erfolgen (6). Der zuweisende Arzt hat somit einen grossen Ermessensspielraum unter Wahrung der Sorgfaltspflicht; im Streitfall hat er primär zu belegen, dass er die Kriterien der möglichen Voraussagbarkeit (vgl. Tabellen 2 und 3), der Vermeidbarkeit durch eine bestimmte Intervention (z.B. Hospitalisation) und der Verhältnismässigkeit (Folgen eines Eingriffes in Bezug auf die abzuwendende Gefahr) erkannt und in der Beurteilung berücksichtigt hat. Er darf sich irren, hat jedoch zu belegen (auch dokumentiert!), dass er die Regeln der ärztlichen Kunst, damit unter anderem die hier vorgestellten Kriterien, beachtet hat. Bei drohender Selbstgefährdung kann er seinen Spielraum durch den Informed Consent (Information über die Gefährdung, mögliche Massnahmen, deren Wirkungen und Nebenwirkungen) bei Patient und Angehörigen erhöhen (Tabelle 1 [1]).

Tabelle 1:
**Ermessensspielraum unter Wahrung
 der Sorgfaltspflicht**



Wie lässt sich Suizidalität am besten einschätzen?

Checklisten können sehr hilfreich sein, bieten jedoch einerseits die Gefahr einer falschen Sicherheit bei der Einschätzung der Suizidalität unter Vernachlässigung auch subjektiver Faktoren (Gegenübertragung, Intuition). Andererseits sind sie Anlass zur Sorge vor möglichen strafrechtlichen Konsequenzen bei einer Nichtbeachtung der veröffentlichten Empfehlungspapiere und Checklisten (5).

«Die Beachtung einer Checkliste

ist keine Garantie gegen den

Patientensuizid. Aber sie hilft den

Behandelnden, das Mögliche zu seiner

Vermeidung zu tun.» (Finzen 1997)

Im Rahmen der Qualitätssicherungs-Massnahmen erarbeitete eine interdisziplinäre Projektgruppe am Psychiatriezentrum in Schaffhausen Standards zur einheitlichen und dem Stand des Wissens entsprechenden Suizidalitätsbeurteilung. Hierbei wurden Kriterien zur Einschätzung der akuten Suizidalität (Tabelle 2) und der Basissuizidalität unterschieden (Tabelle 3).

Da nach Einschätzung der Autoren und nach dem Stand der Literatur nicht alle Items gleich zu bewerten sind, wurde eine qualitative Gewichtung durch die Kennzeichnung einzelner Items mit einem * eingeführt. Beim Vorliegen eines mit * gekennzeichneten Items ist von einer höheren suizidalen Gefährdung auszugehen. Sollte eines dieser Items bejaht und *nicht* von einer akuten Suizidalität ausgegangen werden, so sind hierfür explizite Gründe zu benennen (5, 6).

Wichtig ist uns, die Einschätzung der akuten Suizidalität unter freier Bewertung der genannten Items und unter Berücksichtigung der Diagnose vorzunehmen. Oben genannte Kriterien helfen dabei, uns eine Meinung zu bilden über die Suizidalität eines Patienten, die wir zu

Tabelle 2:

Kriterien zur Einschätzung der akuten Suizidalität

1. Vorliegen einer Krisensituation

- Aktuelle Verlust- und/oder Kränkungserebnisse
- Lebenskrisen mit Veränderungsanspruch
- Traumatische Krisen
- Existenzbedrohende Situationen

2. Vorliegen aktiver Suizidendenzen

- Beschäftigung mit Ruhewünschen, Sterben, Tod oder Suizid (je konkreter, desto gefährlicher)
- Suizidversuch oder Suizidabsichten vor der Aufnahme bzw. innerhalb der letzten zwei Wochen*

3. Im Rahmen des Psychopathologiebefundes

- Hoffnungslosigkeit, Resignation*
- Ängstigende und bedrohlich erlebte Wahnhinhalte*
- Schwere Schuld- und Versagensgefühle*
- Zunehmende Einengung auf suizidale Gedanken
- Quälend erlebte und andauernde Schlafstörungen, Unruhe
- Hilflosigkeitserleben
- Wertlosigkeitserleben
- Panikzustände

4. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung erscheint/ist unmöglich

* Das Vorliegen mindestens eines dieser Kriterien spricht in der Regel für eine akute Suizidalität.

Tabelle 3:

Kriterien zur Einschätzung der Basissuizidalität

1. Suizidversuche/Suizidabsichten in der Vorgeschichte
2. Suizidversuch unter stationären Bedingungen
3. Schwer wiegende selbstschädigende Handlungen in der Vorgeschichte
4. Suizide/Suizidversuche bei nahen Angehörigen und/oder Bezugspersonen
5. Soziale Isolation/Zugehörigkeit zu einer Randgruppe
6. Traumatisierende Lebensereignisse in der Vorgeschichte
7. Störungen der Impuls- und Aggressionskontrolle
8. Potenziell riskante Jahrestage spezieller Ereignisse sind zu dokumentieren

verantworten haben und die der individuellen Situation angepasst ist. Dies ist unserer Ansicht nach ein zentraler Unterschied zu Checklisten, bei denen die Addition einzelner Items ausschlaggebend für das Mass der Gefährdung ist. Die Suizidgefährdung wird dann in drei Kategorien eingeteilt:

- Keine Hinweise auf Suizidalität
- Unklare Hinweise auf Suizidalität
- Akute Suizidalität.

Eine erneute Einschätzung erfolgt bei jeder Verschlechterung des Befindens oder aber bei gleich bleibender Symptomatik nach festgelegten Intervallen (5, 6):

Keine Hinweise auf Suizidalität: nach 4 Wochen

Unklare Hinweise auf Suizidalität: nach 1 Woche

Akute Suizidalität: täglich

Das Konzept der Basissuizidalität

Neben der Einschätzung der akuten Suizidalität halten wir die Beurteilung der Basissuizidalität für sinnvoll (Tabelle 3). Wir wissen, dass psychiatrische Patienten nicht immer suizidal sind, aber aufgrund ihrer Erkrankung und Vorgeschichte müssen wir von einem höheren Suizidrisiko ausgehen. Dieses Konzept hilft gerade auch im ambulanten Bereich, gewisse persönliche Risikofaktoren zu erheben, die in Krisensituationen eine Einschätzung der Suizidalität erleichtern können. Hierbei sind dann auch, andersherum formuliert, Ressourcen zu beachten (soziale Unterstützung, bisheriger Umgang mit suizidalen Krisen, aktuelle Lebenssituation etc.).

Richtiges und angemessenes Handeln bei Suizidalität

Im stationären Bereich ist diese Vorgehensweise einfacher, da die Patienten durch ein interdisziplinäres Team (in der Regel rund um die Uhr) weiter beobachtet werden können. In der ambulanten Praxis hingegen muss stärker auf die Beziehung und die Eigenverantwortlichkeit des Patienten gebaut werden. Der behandelnde Arzt muss bis zum Ende der Konsultation über allfällige Zusatztermine, medikamentöse Verordnungen oder mögliche einschränkende Massnahmen wie Zuweisung an einen Facharzt, an eine psychiatrische Klinik oder die Einleitung eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE) entscheiden (1, 6).

So sind unter den Massnahmen medikamentöse, soziale und psychotherapeutische Aspekte zu berücksichtigen im Sinne eines umfassenden Krisenmanagements: Die Reduktion des Handlungsdrucks (z.B. Einleiten supportiver sozialer Massnahmen), engmaschige Termine und Beziehungsangebote, Kontakte zu Angehörigen, die in einem unbelasteten Verhältnis stehen, die Behandlung der Grundkrankheit, vor allem aber auch Schlafförderung und Eintritt in eine stationäre Behandlung sind Eckpfeiler (6, 9). Sind die Angebote nicht geeignet, eine Entlastung herbeizuführen, muss auch über die Frage eines FFE entschieden werden.

Indikationen zur Zwangseinweisung bei Selbstgefährdung

Die Indikationsstellung zur Zwangseinweisung (1) gibt Tabelle 4 im Überblick wieder, das hierbei vorgeschriebene Vorgehen zeigt Tabelle 5.

Tabelle 4:

Indikationen zur Zwangseinweisung (Selbst-/Fremdgefährdung)

- Fehlende Freiwilligkeit
- Keine andere Massnahme möglich
- Akute Suizidalität
- Psychische Störung, welche die Urteilsfähigkeit beeinträchtigt
- Ungenügendes therapeutisches Bündnis
- Fehlende Alternativen

Tabelle 5:

Vorgehen bei Zwangseinweisung (Selbst-/Fremdgefährdung)

- Einweisungszeugnis mit explizitem Vermerk «(auch) gegen den Willen» mit Begründung
- Untersuchung unmittelbar vor der Einweisung
- Rechtsmittelbelehrung

Die Rechtsmittelbewilligung wird in der Klinik ebenfalls abgegeben; aufgrund von Erfahrungen mit verschiedenen Prozessen raten wir in jedem Fall, wenn immer möglich, dem Patienten eine Kopie des Zuweisungsschreibens mit Vermerk auf die Rechtsmittelbelehrung der Klinik oder noch besser auf die zuständige Instanz (im Kanton Schaffhausen ist dies das Obergericht) anzufertigen. In der Regel sind in den einzelnen Kantonen auch vorgedruckte Formulare hierzu bei den kantonalen Ärztesellschaften erhältlich. Als Beispiel kann hier sicherlich das Formular des Kantons Zürich gelten (Abbildung). Mögliche Situationen, in denen auf eine Zwangseinweisung verzichtet werden kann, gibt Tabelle 6 wieder.

Tabelle 6:

Auf eine Zwangseinweisung kann verzichtet werden, wenn

- Freiwilligkeit besteht
- keine akute oder grosse Gefährdung vorliegt
- keine Hinweise für eine psychische Störung existieren
- eine stabile, tragfähige Situation besteht
- die Behandlungen zur Abwendung der Gefahr auch ambulant möglich sind.

Dokumentation ist wichtig

Wie bereits erwähnt: Der Arzt darf sich irren, er hat aber nachzuweisen, dass er entsprechend der ärztlichen Sorgfaltspflicht («lege artis») vorgegangen ist. Hierbei ist

FÜRSORGERISCHE FREIHEITSENTZIEHUNG

Proxistortplatz

An die Ärztliche Leitung der aufnehmenden Psychiatrischen Klinik

EINWEISUNG
in eine geschlossene Psychiatrische Klinik

Patient:
Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Persönliche, ärztliche Untersuchung von _____

Begründung:
Selbstgefährdung Fremdgefährdung
Sachverhalt kurz: _____

Rechtsmittelbelehrung:
Gegen diese Einweisung kann die betroffene oder eine ihr nahstehende Person innerhalb zehn Tagen als heute beim Erreichender des Rathes (in welchem sich die aufnehmende Klinik befindet) gerichtliche Beistellung verlangen. Die eingewiesene Person hat das Recht, eine Vertrauensperson oder einen Beistand hinzuziehen. Ein Erlösungsgesuch kann jederzeit gestellt werden.

Akten anlegen

Ort und Datum: _____ Unterschrift des einweisenden Arztes: _____

Beilage: (evtl.) ärztliches Zeugnis für Klinik

Blatt für Arzt/Patient/Klinikarzt

100 1010 1000

Abbildung: Formular «Fürsorgerische Freiheitsentziehung»

neben den beschriebenen Punkten eine gute Dokumentation wichtig: Sämtliche erhobenen Befunde – auch im Kontext wichtige Normalbefunde (z.B. «keine Hinweise für Wahnerleben») – sind zu dokumentieren; ferner sollten aus der Dokumentation die Überlegungen, die zur Entscheidung geführt haben, hervorgehen (Transparenz über die Hintergründe zur Beurteilung und Entscheidung), und zwar ex ante und nicht erst ex post, wenn der Arzt im juristischen Schussfeld steht. Insbesondere sind auch getroffene Massnahmen im Falle einer Nichteinweisung zu dokumentieren (1).

Präventive Aspekte

Abschliessend sei noch – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – auf einige präventive Massnahmen hingewiesen.

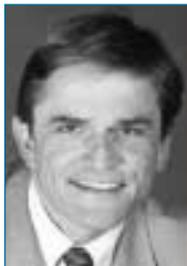
Es ist bekannt, dass ein grosser Teil der Suizidenten in den letzten Tagen vor dem Suizid Hilfe bei Personen aus dem medizinischen oder psychosozialen Bereich sucht, ohne dass sie ihre Not und ihre Gedanken explizit äussern. Wolfersdorf (2000) gliedert Hilfen zur Suizidprävention in der Notsituation in zwei zentrale Teile: in Hilfen zur Bewältigung der psychischen Not und Hilfen zur Bewältigung der psychosozialen Situation.

Grundlage der psychosozialen Massnahmen ist sicherlich der Aufbau oder die Pflege einer guten ärztlichen Beziehung. Von dieser Basis aus erfolgt die Unterstützung einer Einbettung in das soziale Umfeld. Wo brennend eine Entlastung notwendig ist, erfolgt beispielsweise eine Krankschreibung bei Überforderung. Hierbei ist aber der Verlust von bisher stützenden Strukturen zu bedenken. Wichtig ist, dass der Patient weiss, wann er den Arzt wiedersieht und an wen er (wie auch die Angehörigen) sich wenden kann (und zwar Tag und Nacht!). Ein Angebot der persönlichen Telefonnummer wird – auch nach Angaben von Kollegen – kaum einmal «missbräuchlich» verwendet.

Medikamentöse Strategien: Suizidalen Handlungen gehen häufig mehrere Nächte mit Schlafstörungen voraus, die verbunden sind mit ständigem Gedankenkreisen und Einengung auf die auswegslose Situation und die Fantasie der möglichen Erlösung durch den Suizid (wie im präsuizidalen Syndrom nach Ringel beschrieben) und in denen dann der Entschluss «reift». Somit ist eine Schlafförderung ausserordentlich wichtig; gerade hier spielen Benzodiazepine oder andere geeignete Schlafmittel sowie sedierende Antidepressiva eine wichtige Rolle. Ganz im Zentrum der Prophylaxe steht natürlich die Behandlung der Grundkrankheit; ob Antidepressiva tatsächlich Suizidalität mindern können, ist im Augenblick wieder in Diskussion (gerade bei Kindern und Jugendlichen wurde ja berichtet, dass gewisse Antidepressiva wie SSRI die Suizidalität auch erhöhen können). Bei

affektiven Störungen spielt sicher nach wie vor Lithium eine überragende Rolle. Die antisuizidale Wirkung bei diesen Störungen ist weit evaluiert. Bei Psychosen scheint Clozapin auch eine gewisse suizidprophylaktische Wirkung zu besitzen.

Neben einer ausreichenden medikamentösen Behandlung der Akutsymptomatik und der Grunderkrankung ist aber nach Lehle (2005) bei der akuten Suizidalität eine suffiziente Betreuung entscheidend! ■



*Dr. med. Gerhard Ebner
Chefarzt Psychiatriezentrum Breitenau
Breitenaustrasse 124
8200 Schaffhausen*



*Dr. biol. hum. Bernd Lehle
Leitender Psychologe
Psychiatriezentrum Breitenau
Breitenaustrasse 124
8200 Schaffhausen*

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Ebner G: Kriterien für die Zwangseinweisung – Vorgehensweise, Alternativen und rechtliche Fallstricke. *Ars Medici* 2000; 23, 1413–1418.
2. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Fürsorgerische Freiheitsentziehung – Einweisung in eine geschlossene Psychiatrische Klinik (siehe Abbildung).
3. Finzen A: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn, Psychiatrieverlag, 1. Neuauflage, 1997.
4. Grebner M et al.: Arbeitsgemeinschaft «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus» – Empfehlung zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Krankenhauspsychiatrie* 2005; 16: Sonderheft 1, 51.

5. Homburger P, Lehle B, Ebner G: Hilfestellungen zur Einschätzung und Beurteilung suizidaler Patienten im stationären und ambulanten Betreuungssetting – Ein Projektbericht. *Suizidprophylaxe* 2003; 30, Heft 1, 13–22.

6. Lehle B: Suizidalität im psychiatrischen Alltag – Hilfestellungen zur Einschätzung. *Psychiatrie* 3/2003, 22–25.

7. Lehle B: Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung depressiver Patienten – Eine Analyse von Häufigkeiten, typischen Patientenvariablen und zeitlicher Veränderung zwischen 1990 und 1999. Regensburg, S Roderer, 2005.

8. Ringel E: *Der Selbstmord*. Wien, Verlag für medizinische Wissenschaft, 1953.

9. Wolfersdorf M: *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2000.