



Postvention bei Suizid: Was man als Kinder- und Jugendpsychiater und -therapeut wissen sollte

Katja Becker¹, Thomas Manthey¹, Michael Kaess², Elisabeth Brockmann³, Frank Zimmermann^{4,5} und Paul L. Plener⁶

¹ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg und Philipps-Universität Marburg

² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg

³ AGUS e.V. – Angehörige um Suizid, Bayreuth

⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, Aschaffenburg

⁵ Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), AG Kinder und Jugendliche

⁶ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Zusammenfassung: Postvention bezeichnet das notwendige Maßnahmenpaket für alle durch eine Suizidhandlung Betroffenen nach einem Suizid. Patientensuizide in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sind selten, stellen aber eine sehr hohe Belastung für Angehörige, Mitpatienten und Klinikmitarbeiter dar. Neben dem Management der akuten Krisensituation mit klaren Kommunikationsregeln, dem angemessenen Umgang mit Suizidhinterbliebenen und der Verhinderung von Folgesuiziden bei Mitpatienten sollten verfügbare Handlungsempfehlungen der Kliniken zum Umgang bei Patientensuizid auch das Prozedere zur Hilfe psychischer Belastungen bei Ärzten, Therapeuten und weiteren Klinikmitarbeitern umfassen. Des Weiteren sollte Postvention aufgrund seiner Bedeutung ein fester Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung kinderpsychiatrisch tätiger Therapeuten werden.

Schlüsselwörter: Postvention, Suizid, Kliniksuizid, Imitationssuizide, Suizidhinterbliebene

Suicide postvention: what mental health professionals need to know

Abstract: Postvention is the term used to describe a package of interventions designed for people affected by suicide. Inpatient suicides in Departments of Child and Adolescent Psychiatry are rare, but nevertheless constitute an immense burden to family members, friends, and fellow patients, as well as to medical staff members. Besides including an effective management of the acute crisis situation with well-defined communication rules, appropriate interaction with the bereaved, and prevention of copycat suicides in other patients, reliable guidelines for dealing with inpatient suicide must also contain a precise procedure on how to handle mental stress in physicians, psychotherapists, and other staff members. Furthermore, postvention should be an important part of the professional training of physicians as well as psychotherapists who work in child and adolescent psychiatry departments or outpatient clinics.

Keywords: postvention, suicide, inpatient suicide, copycat suicides, suicide survivors

Einleitung

Im Jahr 2014 verstarben in Deutschland insgesamt 28 10- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche (davon 20 männlich) durch Suizid, in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen gab es im selben Jahr 194 Suizide (davon 137 männliche Jugendliche und junge Männer; Statistisches Bundesamt, 2016). Der Suizid eines Kindes oder Jugendlichen stellt ohne jeden Zweifel eine sehr schwierige und belastende Situation für die Familie, Freunde, Peergroup und das ge-

samte Umfeld dar, kann aber auch Außenstehende, die Zeuge eines Suizids wurden, belasten. Hier wird unterschieden zwischen „Suizidhinterbliebenen“ („suicide survivors“) und denjenigen, die einen Suizid miterlebt haben („exposure to suicide“; Andriessen & Kryszynska, 2012). Suizidhinterbliebene sind dabei definiert als „Individuen, die betroffen sind durch einen Suizid eines nahestehenden Menschen, wie einem Familienmitglied oder engem Freund“ (Worchel & Gearing, 2010). Nach Berman (2011) sind von einem Suizid im Durchschnitt 5 enge und 15 wei-

tere Familienmitglieder, 20 Freunde und 20 Klassenkameraden bzw. Kollegen direkt betroffen (Youthline, 2014). Die WHO gibt an, dass von jedem Suizid etwa 6 bis 23 andere Personen betroffen seien (Schmidtke & Schaller, 2012). Diese Zahlen variieren dabei stark je nach Personenkreis und untersuchter Beziehung zum durch Suizid Verstorbenen mit Angaben von 5 bis 80 betroffenen Personen (Andriessen & Krysinska, 2012). Neben den Familienmitgliedern und engen Freunden sind von einem Suizid eines Minderjährigen auch Nachbarn, Lehrer, Sporttrainer und, im Kontext von Patienten, auch Mitpatienten, Ärzte, Therapeuten, Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes und weitere Klinikmitarbeiter betroffen. Bei direkt Betroffenen (O'Carroll & Potter, 1994), aber auch bei Menschen, die von einem Suizid Kenntnis erlangten, kann das Suizidrisiko erhöht sein, insbesondere bei vulnerablen Gruppen (Youthline, 2014; Poijula, Wahlberg & Dyregrov, 2001).

Der Suizid von Patienten ist gerade für Psychiater¹ ein relevantes Thema. 50 bis 61% der psychiatrischen Assistenzärzte und Fachärzte haben während ihrer Tätigkeit einen Suizid erlebt (Pilkington & Etkin, 2003; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens & Sousa, 2004). In einem systematischen Review zum Erleben eines Patientensuizids, der Medizinstudierende und psychiatrische Assistenzärzte einschloss, wurden Raten von 33 bis 69% angegeben (Puttagunta, Lomax, McGuinness & Coverdale, 2014). Die betroffenen Assistenzärzte gaben Gefühle wie Hilflosigkeit und Angst an sowie Sorgen um juristische Belange (Pilkington & Etkin, 2003). Seit den 1990er Jahren nahmen in psychiatrischen Krankenhäusern aufgrund verbesserter schützender Rahmenbedingungen die Kliniksuizide ab mit aktuellen Suizidraten um 50 von 100 000 Aufnahmen (Wolfersdorf et al., 2016). Zahlen zu Suiziden in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen bis dato nicht vor.

Unter Postvention versteht man nach Plener (2015, S. 117) „die Summe aller nach einem Suizidversuch oder Suizid für die von der suizidalen Handlung Betroffenen in die Wege geleiteten Maßnahmen, die das Umfeld des Betroffenen mit einbeziehen“. Die Intention dabei ist, den Trauerprozess zu unterstützen und die Inzidenz von suizidaler Ansteckung („suicidal contagion“) zu verringern (Szumilas & Kutcher, 2011). Die Verhinderung von Folge- und Imitationssuiziden ist ein wichtiges Ziel der Postvention und damit auch Suizidprävention. Nach Szumilas und Kutcher (2011) ist Postvention auch als tertiäre Prävention zu verstehen, da sie Suizidhinterbliebene adressiert. Kenntnisse in Postvention sind für alle Berufsgruppen, die im Bereich

der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) arbeiten, von Bedeutung.

Im klinischen Alltag in der KJP begegnet man der Postventionsthematik in verschiedenen Kontexten:

- durch Kinder und Jugendliche, die aufgrund eigener Suizidalität und/oder psychischer Probleme nach einem Suizid oder Suizidversuch eines Angehörigen oder Freundes in die Behandlung kommen,
- durch Anfragen von Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe mit Bitte um Beratung und Unterstützung nach einem Suizid oder Suizidversuch eines Schülers bzw. Bewohners oder auch
- durch Kenntnis des Suizids eines aktuell oder in der Vergangenheit in Behandlung befindlichen minderjährigen Patienten;
- eine seltene, aber sehr wichtige Untergruppe stellt die Postvention bei einem Kliniksuizid dar.

Youthline (2014) beschreibt folgende drei wichtige Ziele der Postvention:

- Management der akuten Krisensituation nach einem Suizid und Reduzierung der Wahrscheinlichkeit von Folgesuiziden
- Hilfe für die Hinterbliebenen, nach Suizid die unmittelbaren und mittelfristigen Auswirkungen des Suizids zu bewältigen
- Rückkehr von Schulen und Einrichtungen in den normalen Alltag und die regulären Abläufe

Zum professionellen Umgang nach einem Patientensuizid gehören nach Worchel und Gearing (2010):

1. Vorbereitung und Training von mit suizidalen Menschen arbeitenden Berufsgruppen sowie Erstellung von Protokollen zum Umgang mit Patientensuizid (außerdem Thematisierung in Ausbildung und Studium, Fortbildungsangebote für Kliniker, spezifische Trainings für Supervisoren)
2. Kollegen- und Teamsupport
3. Umgang mit den Folgen des Suizids
4. Umgang mit den Suizidhinterbliebenen

Während es zur Suizidprävention auch im deutschen Sprachraum verschiedene Publikationen und Lehrbuchartikel gibt, existiert zur Postvention bis dato nur wenig Literatur. Szumilas und Kutcher (2011) legten ein systematisches Review von 16 Studien zur schulbasierten, familienfokussierten und gemeindebasierten Postvention vor. Insgesamt konnte kein protektiver Effekt auf weitere Suizidversuche und Suizide gefunden werden. Die Evi-

¹ Hier ist immer auch die weibliche Form gemeint (Psychiaterin etc.), aber der Lesbarkeit wegen wurde im Text die männliche Form verwendet.

denz schulbasierter Interventionen war dabei als gering bis moderat einzuschätzen, mit fehlender Effektivität auf nachfolgendes suizidales Verhalten. Eine nichtevaluierte, aber praktische Handlungsgrundlage bieten z.B. Kreis, Marti und Schreyer (2004) für den Umgang in der Schule nach einem Suizidereignis, basierend auf den Suicide Postvention Guidelines des AAS School Suicide Prevention Programs, Committee, Washington, DC. Wesentlich ist hierbei die Implementierung und ständige Bereitschaft von „Kriseninterventionsteams“, die sich aus Vertretern der Schulleitung, Sozialarbeiter/in, Schulpsychologe/in und einem Kinder- und Jugendpsychiater zusammensetzen. Das Notfallprozedere beinhaltet festgelegte Maßnahmen und Abfolgen der Kommunikation der Suizidnachricht, der Kontaktaufnahme mit den betroffenen Eltern sowie der Unterstützung der betroffenen Mitschüler, Lehrer und Eltern. Weiterhin wird eine von einer (externen) Fachperson psychoedukativ vermittelte Sensibilisierung von Schülern, Lehrern und Eltern in Hinblick auf Gefährdungshinweise bei Mitschülern sowie eine Aufklärung über geeignetes suizidpräventives Handeln („direktes Ansprechen“) vorgeschlagen. Neben Leitlinien für die Gespräche mit den Schülern und der Trauerfamilie wurden Mustervorlagen für Benachrichtigungen an die betroffenen Eltern, Lehrer und Schüler entwickelt (Kreis et al., 2004). Weitere als Grundlage für Schulen dienende Vorlagen finden sich im Internet (z.B. Michel, Vorster & Probst, 2002; <http://www.jehli.ch/suizid/>). Die Evaluation dieser Programme steht bis dato noch aus.

Die Evidenzlage für auf Familienangehörige fokussierende Programme ist heterogen. Es zeigten sich Effekte in Hinblick auf Reduktion der psychischen Belastung generell als auch von Symptomen von Depression, Angststörung und posttraumatischer Belastungsstörung. Es konnte überdies gezeigt werden, dass ein direkter professioneller Kontakt am Ort des Suizidgeschehens zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen führte. Die Studienergebnisse zu Interventionen auf Gemeindeebene sind aufgrund der fehlenden Daten zur Effektivität kaum interpretierbar (Szumilas & Kutcher, 2011). Auch gibt es nach Szumilas und Kutcher (2011) zu wenig verwertbare Evidenz für eine Kosten-Nutzen-Rechnung von Postventionsprogrammen. Comans, Visser und Scuffham (2013) zeigten aber eine positive Bilanz und dass auf Gemeindeebene das Einrichten von aufsuchender Hilfe für Angehörige nach einem Suizid zu geringerer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, weniger Fehltagen bei der Arbeit und einem höheren Grad der Aufrechterhaltung des täglichen Lebens führte.

In der aktualisierten Leitlinie zur Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

[DGKJP] et al., 2016) wird Kliniken empfohlen, klare Handlungsanweisungen und Standards zum konkreten Umgang mit dem Thema Patientensuizid zu verschriftlichen (ebenso wie es Anweisungen zu Verhalten im Brandfall gibt). Empfohlen wird, analog zu regelmäßigen Brandschutzunterweisungen und Evakuierungsübungen, auch den Krisenfall bei Patientensuizid in der Facharztzubildung zu unterrichten sowie konkret Abläufe im Falle eines Suizids mit den beteiligten Berufsgruppen einzuüben (DGKJP et al., 2016).

Im Folgenden soll deswegen eine Übersicht zu den verschiedenen Ebenen sowie hilfreichen Informationsmaterialien gegeben werden.

Umgang mit den Hinterbliebenen nach Suizid und hilfreiche Adressen

Der Suizid eines Kindes (und anderer naher Angehöriger) stellt für Angehörige eine schwerere Belastung dar als ein plötzlicher natürlicher Tod (de Groot, de Keijser & Neeleman, 2006) oder ein Unfall. Todesnachrichten gehören auch für Ärzte zu den schwierigsten Mitteilungen und hier ist es unabdingbar, gegenüber den Angehörigen professionell, behutsam und respektvoll zu sein. Je nach Umständen des Suizids und spezifischer Auffindsituation (Suizid in der Klinik, Suizid außerhalb nach Entweichen aus der Station, Suizid in der Belastungserprobung zu Hause o. Ä.) haben die Eltern die Todesnachricht schon erhalten oder die Klinikmitarbeiter müssen die Eltern über den Tod informieren. Bei einem Patientensuizid wird das Gespräch mit den Eltern/der Familie des verstorbenen Patienten vorrangig vom Chefarzt und/oder zuständigen Oberarzt geführt, je nach den äußeren Umständen mit oder ohne den direkt behandelnden Arzt/Therapeuten. Aufgrund der Extremsituation für die Angehörigen stehen diese unter Schock und reagieren mitunter verzweifelt und/oder wütend. Dies gilt es professionell anzunehmen, auszuhalten und sich nicht in Diskussionen oder gar gegenseitigen Schuldzuweisungen zu verstricken. Die Kommunikation sollte auch deswegen über den Oberarzt/Chefarzt erfolgen, da es im Falle eines Patientensuizids zu Ermittlungen gegen den behandelnden Arzt/Therapeuten durch die Staatsanwaltschaft kommen kann und dann Äußerungen der behandelnden Ärzte/Therapeuten Konsequenzen in einem etwaigen Ermittlungs- und Strafverfahren nach sich ziehen können.

Neben den juristischen Erwägungen im Rahmen weiterer Ermittlungen, stellt auch die ärztliche Schweigepflicht, die gem. § 203 StGB auch über den Tod hinaus gilt, eine Hürde in der Kommunikation mit der Familie des Suizidenten dar. Demgegenüber steht der verständliche Wunsch der Eltern, zu erfahren, wie die Umstände

des Suizids waren. In einer solchen Situation muss deswegen (vor dem Hintergrund des mutmaßlichen Willen des verstorbenen Jugendlichen) ein Weg gefunden werden, einerseits die Angehörigen durch Informationen in der Trauerbewältigung zu unterstützen, andererseits aber auch die privaten Geheimnisse des Patienten, die für eben diese Bewältigung nicht von Belang sind, zu schützen. Das Gespräch sollte in einem ruhigen Raum geführt werden, möglichst ohne Unterbrechung durch eingehende Telefonanrufe. Weil Sachinformationen der für Eltern unfassbaren Mitteilung des Suizids Realität geben, sollten vor dem Gespräch möglichst viele Sachinformationen bekannt sein (z. B. von wem zuletzt gesehen, von wem gefunden, wo befindet sich der Verstorbene jetzt usw.). Außerdem empfehlen Hinterbliebenenverbände in dem Gespräch mit der Familie konkret auch ein wertschätzendes Erwähnen der guten und liebenswerten Eigenschaften des Verstorbenen und eine Würdigung seiner Persönlichkeit. Dies wird manchmal aufgrund der Belastung der Ärzte und Therapeuten vergessen. Für die Eltern ist das wichtig, da es den Blick erweitert auf die Gesamtpersönlichkeit und da es, als Einleitung der Trauerbewältigung, der Reduzierung auf die letzte Handlung entgegenwirkt.

Es sollte gezielt danach gefragt werden, wer von den Freunden oder Angehörigen die Familie jetzt unterstützen kann, und diese sollten dann auch von der Klinik informiert werden, wenn dies gewünscht wird. In jeder Region gibt es des Weiteren zuständige Kriseninterventionsteams, die über die örtliche Polizei erfragt werden können. Häufig sind Mitarbeiter des Kriseninterventionsteams (oft Seelsorger), je nach Umständen des Suizids, bei Überbringung der Todesnachricht durch die Polizei mit dabei und bleiben auf Wunsch bei der Familie und bieten Beistand und Unterstützung. Viele Fragen ergeben sich für die Angehörigen erst nach dem Gespräch und deswegen sollte ein zweites Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden. Für manche Betroffene kann es hilfreich sein eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen. In diesem Bereich ist die Selbsthilfeorganisation AGUS e.V. Angehörige um Suizid tätig, die als bundesweite Selbsthilfeorganisation Suizidhinterbliebene betreut (www.agus-selbsthilfe.de). Das Angebot von AGUS richtet sich an

1. Trauernde, die einen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben
2. Freunde, Bekannte, Kollegen, die einen Suizidtrauernden gerne hilfreich begleiten möchten
3. Menschen, die durch ihren Beruf mit Suizid in Berührung kommen und die sich über die Situation der Hinterbliebenen informieren möchten
4. Ärzte, Therapeuten, Pfarrer, Lehrer, Erzieher usw., von denen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit kompetente Hilfe erwartet wird

Es ist für Therapeuten und Ärzte hilfreich zu wissen, wer Eltern/Angehörigen nach einem Suizid unterstützen kann, und den Kontakt zu vermitteln bzw. die Kontaktanschrift und einen Flyer mitgeben zu können. Neben dem Wissen um die o.g. regionalen Kriseninterventionsteams, die kurzfristig Trauernde zu Hause aufsuchen und unterstützen können, ist auch das Informationsblatt „Wenn ein Mensch sich getötet hat – Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen“ (<http://www.agus-selbsthilfe.de/wir-bieten-an/downloads/informationsblaetter>; erstellt von AG Umfeld im Nationalen Suizidpräventionsprogramm/Elisabeth Brockmann) hilfreich, in dem u. a. polizeiliche Ermittlungen sachgerecht erklärt werden. Da in der akut belasteten Situation nicht alle mitgeteilten Informationen behalten werden, ist es sinnvoll, schriftliche Informationen zum Nachlesen mitgeben zu können sowie Kontaktadressen, damit die Trauernden, wenn sie weitere Beratung und Unterstützung wünschen, den Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bestimmen können und Unterstützung erhalten.

Handlungsempfehlungen für Kliniken nach Patientensuizid

Auch wenn der Patientensuizid in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (auch aufgrund der vergleichsweise geringen Basisrate von Suizid bei unter 18-Jährigen) ein seltenes Phänomen darstellt, ist es gerade aufgrund der daraus resultierenden mangelnden Routine wichtig, vorab Abläufe standardisiert zu definieren, auf die im Bedarfsfall schnell zurückgegriffen werden kann.

Hier geht es zunächst einmal darum, die Informationswege zu beschreiben. Klinikintern sollte entschieden werden, wer zu welchem Zeitpunkt durch wen zu unterrichten ist. So müssen die Sorgeberechtigten, der diensthabende Oberarzt, der Chefarzt, alle weiteren Mitarbeiter der Klinik, die Mitpatienten sowie die Rechtsabteilung informiert werden (Seeman, 2015). Auch die Eltern der Mitpatienten sollten baldmöglichst angemessen benachrichtigt werden.

Von Plener (2015) wurden Punkte genannt, die in einem für jede Klinik individuell zu erstellenden Ablaufplan berücksichtigt werden sollten (s. Kasten 1).

„Suizidale Ansteckung“ und Kommunikation mit Mitpatienten

Das Phänomen der „suizidalen Ansteckung“ („suicide contagion“) wird in der Literatur vielfach beschrieben. In Bezug auf Jugendliche wurde gezeigt, dass Adoleszente,

- Kommunikation:
 - Meldung an Vorgesetzten, Kommunikation an Klinikleitung
 - Wer verständigt die Angehörigen?
 - Wer kommuniziert es wie an Mitpatienten?
 - Welche Personen führen welche Gespräche?
 - Angebot weiterführender Gespräche für Angehörige
- Klären, wer den weiterführenden Kontakt zu den Angehörigen hält (z. B. auch zum Abholen der persönlichen Dinge)
- Erinnerung aller Klinikmitarbeiter an Schweigepflicht
- Alle evtl. noch zum Einordnen abgelegten losen Blätter und Befunde sind sofort in die Patientenakte einzusortieren, damit diese lückenlos vorliegt
- Kopie der kompletten Patientenakte (damit diese vorliegt, falls der Staatsanwalt die Patientenakte zu Ermittlungszwecken beschlagnahmt)
- Externe Supervision für behandelnde Therapeuten und Team
- Abhaltung von Suizid- bzw. Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Klärung mit Rechtsabteilung: Aussagegenehmigungen
- Informieren des Pressesprechers

Kasten 1. Wesentliche Punkte für einen individuell zu erstellenden Ablaufplan bei Patientensuizid (ergänzt nach Plener, 2015).

die Kontakt zu Gleichaltrigen hatten, die einen Suizidversuch verübt haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst einen Suizidversuch unternahmen (Randall, Nickel & Colman, 2015). Dieser Effekt geht über das – als alternatives Erklärungsmodell bestehende – „assortive relating“ (also der Tatsache, dass Jugendliche mit ähnlichen Risikokonstellationen auch häufiger in Kontakt zueinander stehen) hinaus (Randall et al., 2015). Diese Dynamiken können auch bei Patienten, die sich gemeinsam in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, zum Tragen kommen.

Informationen an die Patienten (und deren Eltern) nach einem Kliniksuizid sollten Folgendes umfassen:

- sachliche Information über den Tod des Mitpatienten (ohne Details)
- das Ausdrücken von Bedauern über den Tod und Aussprechen von Anteilnahme für die Familie und alle dem Verstorbenen Nahestehenden
- Fokus der Mitteilung soll auf Trauerverarbeitung liegen
- die Mitpatienten sollen aufgefordert werden, in der Trauer nichts „mit sich alleine auszumachen“, sondern sich an die Mitarbeiter zu wenden
- Sachinformation, dass sich um die Familie gekümmert wird
- Vermitteln von Tertiärpräventionsstrategien („Was hätte er/sie tun können?“; „An wen hätte er/sie sich wenden können?“; Aufdecken alternativer Strategien zum Suizid) in Verbindung mit Aussagen über Hilfsmöglichkeiten und einer Positivperspektive („Psychische Störungen sind behandelbar“)

In der Zeit nach einem Patientensuizid sollte die Frequenz von therapeutischen Kontakten und Gesprächsangeboten erhöht werden, wobei die Balance gegenüber einer überbordenden Wachsamkeit und Kontrolle gewahrt bleiben muss. Mitpatienten sind hinsichtlich individueller suizidaler Gefährdung und möglicher Phänomene einer „suizidalen Ansteckung“ zu explorieren.

Keine allgemeine Empfehlung lässt sich zu der Frage geben, ob Patienten an der Beerdigung teilnehmen sollten. Das hängt vom jeweiligen Patienten (Alter, psychische Erkrankung, dessen soziales Umfeld), der geografischen Situation und den praktischen Umsetzungsmöglichkeiten (Wie kommt man zur Beerdigung? Wer könnte begleiten?) ab. Zudem sollte auch, wenn es Wünsche seitens der Patienten oder Klinikmitarbeiter bezüglich einer Teilnahme gibt, unbedingt das Gespräch mit der trauernden Familie gesucht werden. Manche Familien erleben die Teilnahme von Mitpatienten und Mitarbeitern der Klinik an der Beerdigung als Wertschätzung gegenüber dem Verstorbenen, andere wünschen das ausdrücklich nicht. Hier sollten die Wünsche der Trauerfamilie zwingend respektiert werden.

Auch die Meinungen zu in der Klinik veranstalteten Trauerfeiern sind kontrovers. Die meisten raten von einer allgemeinen klinikinternen Trauerfeier ab, um nicht bei besonders gefährdeten Mitpatienten suizidale Ansteckungsphänomene zu begünstigen (vgl. Seeman, 2015). Hier könnten stattdessen individuell unterstützte Trauerrituale (z. B. Abschiednehmen an einem Lieblingsplatz des Verstorbenen) mit einzelnen Patienten durch den Therapeuten sinnvoller sein. Auch können Klinikseelsorger bei den Patienten, die gläubig sind, unterstützen.

Mitpatienten sollten auf die möglicherweise erhöhte eigene (suizidale oder nichtsuizidale) Anspannung hingewiesen und mit ihnen protektive Verhaltensweisen (Einhalten von Tagesstrukturen, regelmäßige Kontakte zu vertrauten Personen usw.) sowie entsprechende Skills (z. B. zur Emotionsregulation) eingeübt bzw. wiederholt werden. In Einzelfällen kann kurzfristig eine medikamentöse Unterstützung indiziert sein.

Der „Peereffekt“ im Stations- bzw. Gruppensetting sollte auch dahingehend genutzt werden, dass Achtsamkeit gegenüber den Mitpatienten thematisiert wird, weil sich manche eher an (altersgleiche) Mitpatienten als an Erwachsene wenden, wenn es um ihre Probleme, eine Zunahme der Anspannung oder eine Stimmungsverschlechterung geht. In diesem Zusammenhang lässt sich die Sensibilisierung für Gefährdungsanzeichen bei Mitpatienten und präventiv insbesondere das „direkte Ansprechen“ schulen. Dabei zeigt sich häufig das Dilemma zwischen Geheimhaltung in Bezug auf die (suizidale) Mitteilung eines anderen Jugendlichen und dem Verantwortungsgefühl

diesem gegenüber. Seitens des Therapeuten ist hierzu eine klare Botschaft notwendig, die vermittelt, dass die Weitergabe von Informationen hinsichtlich der suizidalen Gefährdung eines Mitpatienten keinen Vertrauensbruch darstellt, sondern im Gegenteil als Sorge um den Mitpatienten zu verstehen ist.

Dabei ist zu beachten, dass mit diesem Thema sensibel umgegangen werden muss. Bei Maßnahmen der Postvention ergibt sich das Problem, dass die (notwendige) Kommunikation von Präventionsmaßnahmen (hier: sich an die Mitarbeiter der Klinik wenden) nach einem Suizid für Hinterbliebene/Mitpatienten manchmal schwierig auszuhalten ist, aufgrund der idealisierten Vorstellung, man hätte diesen Suizid verhindern können oder könne (jeden) Suizid verhindern, wenn man alle Präventionsmaßnahmen beachtet hätte oder beachte. Das ist aber nicht der Fall. Prävention reduziert das (Gesamt-)Risiko einer Erkrankung/eines Suizids, kann aber nicht eine Erkrankung oder einen Suizid in jedem Einzelfall verhindern. Des Weiteren könnten Schuldgefühle verstärkt werden, falls Mitpatienten vor dem Suizid von Suizidplänen Kenntnis hatten.

Konstruktiver Umgang mit und Hilfe bei psychischen Belastungen von Kollegen und Mitarbeitern infolge eines Patientensuizids

Während es bei der Deutschen Bahn klare Standards für von einem Suizid betroffene Lokführer (die z. B. im nächsten Bahnhof abgelöst werden und psychosoziale Unterstützung erhalten) gibt, ist das in der Medizin noch nicht selbstverständlich. In einer Befragung von psychiatrischen Assistenzärzten in Kanada berichtete nur ein Drittel darüber, in ihrer Ausbildung etwas über Postvention erfahren zu haben (Pilkington & Etkin, 2003), und auch in einem aktuellen Review zu klinischen Praxisleitlinien zum Umgang mit Suizidalität zeigte sich, dass nur in 9 von 22 Leitlinien das Thema Postvention behandelt wurde (Bernert, Hom & Roberts, 2014).

Da Patientensuizide sehr selten sind, kann keine Habituation stattfinden (Schmidtke & Schaller, 2012). Die Auswirkungen eines Patientensuizids auf die Therapeuten sind wahrscheinlich umso gravierender, je länger der Patient zuvor in Behandlung war und je jünger das Suizidopfer ist; außerdem scheint die Art der Beziehung relevant zu sein (Schmidtke & Schaller, 2012). In einer Studie mit 226 Therapeuten aus 93 psychiatrischen Krankenhäusern zeigte sich, dass der Patientensuizid mit deutlichem Stress, Traurigkeit und Schuldgefühlen verbunden war (Wurst et al., 2013), obwohl sich ca. drei Viertel, die einen Patientensuizid erlebt hatten, von ihrer Institution unterstützt fühlten. Die Sorge um die Reaktion der Angehörigen war dabei grö-

ßer als die Sorge um juristische Konsequenzen. Es zeigte sich, dass jene Therapeuten, an deren Institution eine Suizidkonferenz abgehalten wurde (und von denen diese auch als positiv wahrgenommen wurde), im 6-Monats-Follow-Up von geringeren Belastungen berichteten (Wurst et al., 2013). Ruskin und Kollegen (2004) fanden in Bezug auf den ersten Suizid eines Patienten bei Psychiatern Gefühle der Hilflosigkeit (71%) und Angst (44%). Die Befragten schilderten sich zum großen Teil (79%) als in ihrer professionellen Kompetenz entwertet (Ruskin et al., 2004).

Therapeutisch tätige Ärzte/Therapeuten können eine ggf. eigene psychische Belastung schwer(er) eingestehen, haben eine klarere Verantwortung gegenüber ihren Patienten bei schwerwiegenden Verläufen im Allgemeinen und bei Suizid eines Patienten im Besonderen. Im ärztlich-therapeutischen Kontext müssen auch Fragen nach möglichen Behandlungsfehlern und -versäumnissen sowie Organisationsverschulden gestellt und beantwortet werden. Dies hat auch juristische Konsequenzen. Im Umgang mit der eigenen Trauer ergibt sich ggf. das Problem, dass es als unangemessen empfunden werden könnte, angesichts der Trauer von Eltern, Angehörigen und Freunden des Verstorbenen als professioneller Helfer über eigene Belastungen zu sprechen. Angehörigenverbände dagegen berichten, dass Suizidhinterbliebene es eher als befremdlich empfinden, wenn ein Arzt sich distanziert und unberührt zeigt, statt eine persönliche Betroffenheit über den Tod des Jugendlichen erkennen zu lassen.

Es ist notwendig, das Tabu zu beenden, da Ärzte und Therapeuten, die von einem Patientensuizid betroffen sind, belastet und gefährdet sind, z. B. infolge selbst eine Anpassungsstörung oder eine depressive Episode zu entwickeln, posttraumatische Symptome zu zeigen, selbst suizidal zu werden, Schuld-/Schamgefühle zu entwickeln, sich sozial zu isolieren und/oder den Arzt-/Therapeutenberuf aufzugeben (Schmidtke & Schaller, 2012; Kommission Berufliche Belastung der DGAI, 2013). Es ist anzunehmen, dass ein Arzt oder Therapeut nach dem Suizid eines eigenen Patienten möglicherweise ängstlicher und restriktiver Entscheidungen trifft bei künftigen suizidalen Patienten aus Angst vor einem weiteren Suizid. Das könnte zu Entscheidungen in Richtung übermäßiger Sicherheitsaspekte und nachhaltig mangelndem Vertrauen in die therapeutische Beziehung und Absprachefähigkeit von Patienten führen und sich damit negativ auf die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Arbeit auswirken.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband der Anästhesisten (BDA) haben hilfreiche Empfehlungen zum „Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belasteten Verläufen“ entwickelt (Flintrop, 2013; Bock, Biermann & Wulf, 2013; Kommission Berufliche Belas-

tung der DGAI, 2013), die in angepasster Form als Vorlage für die Entwicklung vergleichbarer adaptierter Empfehlungen in der KJP dienen können. Die DGAI (2013) formuliert in ihren Empfehlungen klar, dass, wenn Patienten in ärztlicher Obhut zu Schaden kommen, die primäre Unterstützung zweifelsfrei dem unmittelbar Betroffenen („erstes Opfer“) gilt und deren Angehörigen, es aber auch in der ärztlichen Verantwortung liege, zu verhindern, dass betroffene Kollegen und Mitarbeiter selbst zu „zweiten Opfern“ werden. Eine adäquate und selbstverständliche Betreuung des betroffenen Arztes/Therapeuten sei nötig. Die DGAI hat hier deswegen Handlungsempfehlungen sowohl für betroffene Ärzte als auch Empfehlungen für Kollegen/innen und Empfehlungen für Vorgesetzte, Klinikdirektoren und Administration erstellt (Kommission Berufliche Belastung der DGAI, 2013). In Bezug auf einen Patientensuizid in einer Klinik für KJP, in Erweiterung und Adaptierung der DGAI-Empfehlungen (2013), ist dieser als ein Notfall für den Patienten und dessen Familie („erstes Opfer“), für die Mitpatienten mit Gefahr von Folgesuiziden und Krisen (in der KJP am ehesten „zweites Opfer“), aber eben auch für die betroffenen behandelnden Ärzte/Therapeuten und beteiligten Klinikmitarbeiter anderer Berufsgruppen („drittes Opfer“) zu werten. Die Handlungsempfehlungen zum Umgang bei Patientensuizid sollten deswegen unbedingt auch die Krisenintervention für die Mitarbeiter der Klinik beinhalten. Neben einem Arbeitsumfeld und -klima mit Offenheit für das Erkennen und Ansprechen emotionaler Belastungen bei Kollegen/Mitarbeitern und sachlichen Konfliktregelungen ist hier hilfreich, grundsätzlich ein klares und institutionalisiertes Prozedere mit einer niedrigschwelligen Anlaufstelle und einem klaren Ansprechpartner etabliert zu haben, der unterstützt und berät und Vertraulichkeit gewährleistet. Je nach Klinikstruktur und -organisationsform können diese Ansprechpartner für Ärzte/Therapeuten bereits bekannte externe Supervisoren sein, ein im Vorfeld benannter Kollege aus der Klinik für Psychosomatik oder der Psychiatrie, ein externer Psychologischer Psychotherapeut oder auch ein psychotherapeutisch geschulter Betriebsarzt. Darüber hinaus sind informelle Netzwerke von Bedeutung (Ruskin et al., 2004). Von Ärzten in Weiterbildung, die von einem Patientensuizid betroffen waren, wurden v.a. andere Assistenzärzte und Freunde als am hilfreichsten in der Situation nach dem Suizid erlebt (Pilkington & Etkin, 2003). Die Rolle externer Supervisoren wurde v.a. von Assistenzärzten, die eher am Beginn ihrer Ausbildung standen, als hilfreicher erlebt (Pilkington & Etkin, 2003). Dies ist aber nicht eine Entweder-oder-Frage, sondern ein Plädoyer für ein Sowohl-als-Auch. Wichtig zu wissen ist, dass das für die psychische Stabilisierung des Arztes/Therapeuten hilfreiche persönliche Krisengespräch nicht nur durch Vorgesetzte erfolgen kann und darf. Im Falle eines Ermittlungs-

verfahrens gegen den behandelnden Arzt/Therapeuten können Oberärzte/Chefärzte vorgeladen werden und unterliegen dann nicht der Schweigepflicht!

Das Gespräch des Chefarztes mit dem Arzt/Therapeuten hat neben der inhaltlich-sachlichen Klärung der Situation v.a. die Funktion, Trost, Anteilnahme und Sicherheit zu geben, aber auch Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Tiefergehende Gespräche und Unterstützung sollten durch einen externen Ansprechpartner (Supervisor, Psychotherapeut einer anderen Klinik) erfolgen, wo eine Vertraulichkeit zugesichert werden kann. Die sachlich-inhaltliche Analyse des Vorfalles (des Suizids) ist Thema für die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz, die insbesondere dann hilfreich ist, wenn sie standardisiert in regelmäßigen Abständen (z. B. einmal im Quartal) auch zu schwierigen Behandlungsverläufen stattfindet und damit bekannt und eingeführt ist.

Zusammenfassung und Ausblick

Eine absolut sichere Suizidprävention ist auch unter optimalen fürsorglichen, ärztlich-therapeutischen, pflegerischen Rahmenbedingungen nicht möglich (Schmidtke & Schaller, 2012; Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“, 2011) und es muss Klinikern klar sein, dass eine genaue Vorhersagbarkeit individuellen suizidalen Verhaltens nicht mit 100-prozentiger Sicherheit möglich ist (Sakinofsky, 2014). Dies entbindet jedoch nicht von einer mit größtmöglicher Sorgfalt ausgeführten Erfassung und fachlichen Einschätzung von Suizidalität. Nach einem Patientensuizid stehen zunächst Aspekte der Kommunikation (u.a. Angehörige, Mitpatienten, Behandlungsteam etc.) unter Berücksichtigung der Schweigepflicht im Vordergrund. Auch die potenziell beim behandelnden Arzt/Therapeuten und dem gesamten multiprofessionellen Mitarbeiterteam entstehenden Belastungen müssen beachtet und im Rahmen von externen Supervisionen und Suizidkonferenzen professionell aufgefangen werden. Einen wichtigen Stellenwert bei Patientensuiziden nimmt der Umgang mit Mitpatienten ein, da auch diese schwer belastet sein können und die Gefahr einer „suizidalen Ansteckung“ mit möglichen Folgesuiziden besteht. Da der Patientensuizid in der KJP ein seltenes Geschehen darstellt, ist es ratsam, für diesen Fall standardisierte Ablaufpläne bereitzuhalten, die die wichtigsten Punkte im Umgang mit suizidalem Verhalten von Patienten adressieren. Zusätzlich wäre für die Behandler ein Postventionsmanual mit diagnostischen Einschätzungen und Interventionen beim Umgang mit Patienten, im Team und in Hinblick auf die Selbstfürsorge hilfreich. Postvention sollte zudem fester Bestandteil der

Ausbildung kinder- und jugendpsychiatrisch bzw. -psychotherapeutisch Tätiger werden.

Danksagung

Herzlichen Dank an Prof. Dr. Hinnerk Wulf, Direktor der Klinik für Anästhesie am Universitätsklinikum Marburg und Koordinator der Kommission Berufliche Belastung der DGAI, zur Verfügungstellung hilfreicher Literatur zum Thema Umgang mit belastenden Verläufen.

Literatur

- Andriessen, K. & Kryszynska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 24–32.
- Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“. (2011). Empfehlung zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Suizidprophylaxe*, 38, 166–170.
- Berman, A. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41, 110–116.
- Bernert, R.A., Hom, M.A. & Roberts, L.W. (2014). A review of multi-disciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, 38, 585–592.
- Bock, R.W., Biermann, E. & Wulf, H. (2013). Vorwort zu: Empfehlungen: Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belasteten Verläufen. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 54, 490.
- Comans, T., Visser, V. & Scuffham, P. (2013). Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis*, 34, 390–397.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016). Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. 4. überarb. Version, *AWMF online*, 31.05.2016, verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-031L_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf
- Flintrop, J. (2013). Umgang mit schweren Behandlungsverläufen – Strukturierte Hilfe in der Not. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(51–52), A2474–2478.
- Groot, M.H. de, Keijsers, J. de, & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 418–431.
- Kommission Berufliche Belastung der DGAI. (2013). Empfehlungen: Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belasteten Verläufen. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 54, 491–494.
- Kreis, A., Marti, U. & Schreyer, R.R. (2004). *Interventionen in Schulen nach einem Suizidereignis*. Bern: Edition Soziothek.
- Michel, K., Vorster, D. & Probst, R. (2002). Notfallszenario nach Suizid. Richtlinien für das Verhalten nach Suizid, Unfall etc. in der Schule. <http://www.jehli.ch/suizid/gruen/b31.htm>. Homepage zu Suizidprävention und Trauerverarbeitung in der Schule; abgerufen am 05.07.2016.
- O'Carroll, P.W. & Potter, L.B. (1994). Suicide Contagion and the Reporting of Suicide: Recommendations from a National Workshop. United States Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). *Recommendations and Reports*, 43 (RR-6):9–17.
- Pilkington, P. & Etkin, M. (2003). Encountering suicide: the experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 27, 93–99.
- Plener, P. (2015). Postvention. In P. Plener, *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen* (S. 117–119). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Poijula, S., Wahlberg, K. & Dyregrov, A. (2001). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 163–168.
- Puttagunta, R., Lomax, M.E., McGuinness, J.E. & Coverdale, J. (2014). What is the prevalence of the experience of death of a patient by suicide among medical students and residents? A systematic review. *Academic Psychiatry*, 38, 538–541.
- Randall, J.R., Nickel, N.C. & Colman, I. (2015). Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 186, 219–225.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R.M., Dickens, S. & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Academic Psychiatry*, 28, 104–110.
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 131–140.
- Schmidtko, A. & Schaller, S. (2012). Postvention bei suizidalen Handlungen. *Psychotherapie im Dialog*, 13, 50–54.
- Seeman, V.M. (2015). The impact of suicide on co-patients. *Psychiatric Quarterly*, 86, 449–457.
- Statistisches Bundesamt. (2016). Anzahl der Suizide 2014 nach Altersgruppen. www.destatis.de.
- Szumilas, M. & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 18–29.
- Wurst, F.M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K.H., Vogel, R. et al. (2013). How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' well-being. *General Hospital Psychiatry*, 35, 565–570.
- Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Grebner, M., Keller, F., Purucker, M. et al. (2016). Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt*, 87, 474–482.
- Worchel, D. & Gearing, R.E. (Ed.). (2010). *Suicide Assessment and Treatment, Empirical and Evidence-Based Practices* (pp. 315–338). New York: Springer Publishing Company.
- Youthline. (2014). Best Practice Strategies for Postvention 2014. <http://www.youthline.co.nz/assets/Uploads/PDFs/Youthline-Best-Practice-Postvention-2014.pdf>

Manuskript eingereicht: 08.07.2016

Nach Revision angenommen: 21.12.2016

Interessenkonflikt: Nein

Artikel online: 30.01.2017

Prof. Dr. Katja Becker

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg und Universitätsklinikum Marburg (UKGM)
Hans-Sachs-Str. 6
35039 Marburg
Deutschland

katja.becker@med.uni-marburg.de