



Eine Handreichung für die Mitarbeitenden

Suizidprävention in Unterkünften für geflüchtete Menschen

Impressum

Herausgeber: DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. / DeBUG-Kontaktstelle

Verantwortliche: Faris Shehabi und die jeweiligen Autor*innen

Konzept und Projektkoordinierung: Faris Shehabi und Alexander Kaske

Lektorat: Lea Pöschik und Petra Woischnig

Design und Layout: Iris Hillmann

Bildarchiv: iStock by Getty Images

Druck: Eckoldt GmbH

Diese Publikation ist im Rahmen des Projekts „Dezentrale Beratungs- und Unterstützungsstruktur für Gewaltschutz in Flüchtlingsunterkünften (DeBUG)“ entstanden. DeBUG ist im Jahr 2019 als Anschlussprojekt an die Förderung von Stellen für Gewaltschutzkoordination in der Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ ins Leben gerufen worden und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

DeBUG ist ein Projekt der Wohlfahrtsverbände Paritätischer Gesamtverband, Deutscher Caritasverband, Deutsches Rotes Kreuz und Diakonie Deutschland. Als trägeroffenes Projekt verfolgt DeBUG das Ziel, durch Multiplikator*innen für Gewaltschutz in sieben regionalen Kontaktstellen die Unterkünfte für geflüchtete Menschen sowie die für die Unterbringung zuständigen Behörden bei der Verbesserung von Gewaltschutz in den Unterkünften zu unterstützen. Die kostenlosen Angebote umfassen u.a. bedarfsorientierte Unterstützung bei der Durchführung von Risiko- und Ressourcenanalyse und der Erarbeitung und Umsetzung von Gewaltschutzkonzepten, sowie die Organisation von Sensibilisierungsmaßnahmen wie gewaltschutzbezogenen Fachveranstaltungen und Schulungen.

Diese Handreichung ist eine Maßnahme der im DRK Landesverband angesiedelten DeBUG-Kontaktstelle für Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland, welche dem Bedarf an praxisorientierten Publikationen, die sich mit der Schnittstelle von Suizidalität und Flucht/ Asyl befassen, entsprechen und für die Thematik sensibilisieren möchte.

Sollten Sie Anregungen oder Fragen haben, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren:
DeBUG.HE.RLP.SL@lv-rlp.drk.de

„DeBUG“ ist ein Projekt von:



Gefördert vom:



Im Rahmen von:



Inhaltsverzeichnis

Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen. Überall und jederzeit! 5

Ich hatte keine Hoffnungen diesem Tag mehr 7

Wir müssen mit umfassender Suizidpräventionsstrategie reagieren 8

Vorurteile und Fakten über Suizidalität im allgemeinen Kontext und in Bezug auf
Flucht und Asyl. 13

Persönliche Gefährdungs- und Schutzfaktoren 15

Todessehnsucht nach dem Kampf ums Überleben? Zu strukturellen Schutz- und
Risikofaktoren. 18

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Menschen mit Fluchterfahrung . . . 21

Erkennung, Einschätzung und eigene Handlungsmöglichkeiten bei Suizidalität unter
geflüchteten Menschen 28

Praxisbericht zum Umgang mit suizidalen Absichten einer geflüchteten Frau 41

Praxisbericht zum Umgang mit einem Suizidversuch einer geflüchteten Frau 43

Praxisbericht zum Umgang mit Suizidalität einer geflüchteten Frau 46

Die Familienangehörigen nach versuchtem Suizid 48

Sozialpsychologische Unterstützung von den Mitarbeiter*innen. 50

Einrichtungsspezifische Vorbereitung und Notfallpläne für den Umgang mit
Suizidalität und Suizid (versuchen). 51

Rechtliche Auswirkungen von Krankheiten auf Asyl und Aufenthalt 59

Verwendete Literatur 61

Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen. Überall und jederzeit!

Die Anzahl der Menschen auf der Flucht war noch nie so hoch wie heute. Vor Konflikten, Gewalt und Menschenrechtsverletzungen müssen Millionen Menschen fliehen und sich auf einen meistens gewalt- und risikvollen Fluchtweg begeben, um in einem neuen Land ein Leben in Würde und in Sicherheit aufzubauen. Die Arbeit für und mit geflüchteten Menschen war immer eine Herzensaufgabe des gesamten rheinland-pfälzischen Roten Kreuzes. Nicht erst seit 2015 dürfen wir als Landesverband zusammen mit den Kreisverbänden tausenden von geflüchteten Menschen bei der Unterbringung, Verpflegung und Integration helfen.

Die Ankunft im sicheren Zielland stellt leider für schutzsuchende Menschen häufig kein endgültiges Ende von Gewalt dar. Denn das Zusammenleben von vielen Menschen auf engem Raum und die fehlende Privatsphäre in den Unterkünften für geflüchtete Menschen begünstigen die Gewalt vor allem gegen besonders schutzbedürftige Menschengruppen und führen häufig zu psychischen Belastungen oder verschärfen diese. Das Wegfallen von den aus der Heimat bekannten Schutznetzwerken und mangelndes Wissen über bestehende Hilfsangebote im neuen Land macht die geflüchteten Menschen anfälliger, mit unterschiedlichen Formen der Gewalt konfrontiert zu werden.

Basierend auf unserem Grundsatz als Deutsches Rotes Kreuz, „Hilfe nach dem Maß der Not“, also überall und jederzeit dort zu helfen und zu schützen wo menschliches Leiden zu lindern und zu verhüten ist, ist uns der Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen ein zentrales Anliegen. Im Jahr 2019 haben wir die regionale Trägerschaft des DeBUG-Projekts „Dezentrale Beratungs- und Unterstützungsstruktur für Gewaltschutz in Flüchtlingsunterkünften“ der Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ übernommen. Deren Arbeitsgrundlage stellen „die Mindeststandards zum Schutz geflüchteter Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ dar.

Die im Landesverband angesiedelte regionale Kontaktstelle für Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland berät und unterstützt in ihrer trägerübergreifenden Arbeit die Unterkünfte und die Behörden bei Fragen des Gewaltschutzes. Dazu zählen die Durchführung von Risikoanalysen und die Erarbeitung und Aktualisierung von einrichtungsspezifischen Gewaltschutzkonzepten. Für die Wirksamkeit der Gewaltschutzkonzepte, aber auch die Verbesserung von Gewaltschutz im Allgemeinen, sind Schulung und Sensibilisierung von Personal unabdingbar, weshalb die Kontaktstelle den Mitarbeiter*innen, die mit geflüchteten Menschen arbeiten, kostenfreie gewaltschutzbezogene Seminare anbietet.

Die Vielfalt im DeBUG-Projekt betrifft nicht nur die beteiligten Akteure und Unterstützungsangebote, sondern auch die Themenbereiche, mit denen sich das Projekt beschäftigt. Auch Suizid ist eine Form der Gewalt, der wir präventiv begegnen müssen. Die geflüchteten Menschen, die Gewaltarten wie Folter, Vergewaltigung oder andere physische oder psychische Gewalt erlebt haben und/ oder unter psychischer Störung leiden, gehören laut Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) zu den besonders schutzbedürftigen Personengruppen. Neben der Gefahr, Gewalt von Außen zu erleben, gelten sie als besonders gefährdet, Gewalt gegen sich selbst, wie selbstverletzendes Verhalten oder Suizid(Versuche), auszuüben.

Der Annex 3 „Umsetzung der Mindeststandards - für geflüchtete Menschen mit Traumastörungen“ der „Mindeststandards zum Schutz geflüchteter Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ weist auf die Notwendigkeit der standardisierten Handlungsverfahren bei Verdacht auf Suizidalität und der Prävention hin, die u.a. die Sensibilisierung des Personals zum Thema Suizidalität unter geflüchteten Menschen umfasst. Mit der vorliegenden praxisorientierten Handreichung möchten wir Wissen vermitteln und einen nachhaltigen, präventiven Beitrag leisten.

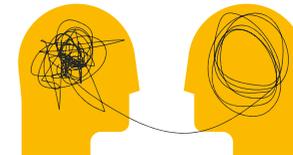
Denn jeder Suizidfall ist einer zu viel.



Anke Marzi
Vorstandsvorsitzende des DRK-Landesverbandes Rheinland-Pfalz e.V.

Ich hatte keine Hoffnung an diesem Tag mehr

Verfasst von S. A. einem geflüchteten Menschen zu seiner persönlichen Erfahrung.
Die Person möchte anonymem bleiben.



Es war sehr spät in der Nacht und ich war einsam. Nichts hat einen Sinn mehr gemacht. Der Verlust ist groß und ich hatte das Gefühl, dass nichts diesen Verlust der Heimat ausgleichen kann. Es hat mich nicht mehr interessiert, wann oder ob ich als Flüchtling anerkannt werde. Das Ziel, das Studium in Deutschland fortzusetzen oder alles, wovon ich geträumt habe und ich in Deutschland machen wollte, haben mich nicht mehr interessiert. Ich hatte keine Lust mehr auf das Leben und die wenigen Dinge oder die Menschen, die ich mochte, hatten keine Bedeutung mehr für mich. Es war mir kalt an diesem Tag und die Idee, alles zu beenden, war die ganze Woche in meinem Kopf wie nie zuvor. Früher hatte ich mehr Hoffnung und ich habe an meine Eltern und meine Geschwister gedacht. Mein Tod wird für sie sehr schlimm sein. Das alles hat die Idee von Suizid aus meinem Kopf verdrängt. Aber in dieser Woche hatte ich keine Hoffnung mehr. Meine Mutter hat die Kosten für die Flucht für mich bezahlt. Sie hat alles verkauft und auch Geld ausgeliehen, damit ich nicht in Gefahr weiterleben muss und in der Zukunft studieren kann. Ich habe hier gefragt, wie ich meine Familie nach Deutschland bringen kann. Es ist leider nicht möglich, weil ich über 18 Jahre bin. Aber ich habe meine Familie gebraucht und sie haben Hilfe gebraucht. Ich hatte immer Angst um sie.

Ich habe das Messer genommen und ich bin in den Lagerraum gegangen, weil ich nicht wollte, dass jemand mich sieht. Der Securitymitarbeiter hat gesehen, dass jemand das Licht im Lagerraum eingeschaltet hat. Er hat die Tür geöffnet und er hat mich gesehen und das Messer neben mir. Er hat mir mit einer ruhigen Stimme gesagt, dass das Leben manchmal sehr schlecht ist. Es gab nur ihn in der Unterkunft, der meine Muttersprache sprechen kann. Er hat mir gesagt, dass er auch schlechte Zeit in seinem Leben hat, in der er keine Hoffnung mehr hatte. Er hat mir erzählt, dass er deswegen meine Schmerzen versteht und er mich mag. Er hat mir auch gesagt, dass es für ihn schrecklich ist, wenn ich mich umbringe. Wir hatten eine gute Beziehung miteinander in der Unterkunft, die schlecht und mit sehr vielen Personen war. Ich habe dann angefangen zu weinen. Er ist in meine Richtung gekommen und hat mich umarmt. Es war der Zufall, dass ich heute noch lebe. Ohne diesen Mitarbeiter in der Unterkunft wäre ich jetzt nicht mehr am Leben. Ich bin dankbar für ihn.

Wir müssen mit umfassender Suizidpräventionsstrategie reagieren

Faris Shehabi, Multiplikator für Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen in Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland/ DeBUG-Projekt, DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz

Immer wieder nehmen sich geflüchtete Menschen das Leben. Suizid und Suizidversuche unter geflüchteten Menschen können im Vergleich zur gesamten Bevölkerung in Deutschland nicht statistisch verglichen werden, da keine vollständigen Angaben zu Suizidfällen und Suizidversuchen von geflüchteten Menschen vorhanden sind. Nichtsdestotrotz kann auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen davon ausgegangen werden, dass geflüchtete Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine höhere Anfälligkeit für Suizid und Suizidversuche aufweisen (Munk-Andersen/ Staehr 2006; Goosen et al. 2011; WHO 2014).

Nach jedem Suizidfall oder Suizidversuch bei einem geflüchteten Menschen stellt sich die Frage, ob es sich beim Tod dieses Menschen tatsächlich um seinen endgültigen Wunsch handelte, und wenn dem so gewesen wäre, wieso er nicht in seiner Heimat blieb, in der er durch Bombardierungen, Folterungen, Hinrichtungen und Hungersnöte ohnehin dem Tod ausgeliefert gewesen wäre. Hatte sich dieser Mensch nicht doch für das Leben entschieden, indem er einen riskanten Weg über Land oder Meer auf sich nahm? Nach jedem Suizid(Versuch) müssen wir uns als Gesellschaft also kritisch fragen, welche Aufgabe/ Verantwortung wir gegenüber einer Menschengruppe mit erwartungsgemäß erhöhtem Risiko für Suizid haben.

Der Suizid gilt als eine extreme Form von Gewalt, die (geflüchtete) Menschen gegen sich selbst ausüben. Für viele der betroffenen Personen geht es nicht per se um den Willen zu sterben, sondern darum, „[...] nicht wie bisher weiterleben zu können.“ (Fiedler 2003). Für sie stellt der Suizid einen Ausweg aus der Bedrängnis oder der Lebensrealität dar, welche für sie dermaßen unerträglich wird, dass der Tod als einzige Lösung angesehen wird. Auf der anderen Seite müsste der Suizid für

die Gesamtgesellschaft ein Problem darstellen, welches präventiv angegangen werden muss. Der Frage des Suizids unter geflüchteten Menschen muss mit einer intersektionalen bzw. „selektiven“ Präventionsstrategie begegnet werden. Anders als die „universale“ Präventionsstrategie, die die Allgemeinbevölkerung in den Blick nimmt, ergreift die selektive Suizidpräventionsstrategie konkrete Maßnahmen, die für „Subpopulationen“ mit höherer Suizidrisikogefährdung wie etwa ältere Menschen oder Menschen mit Migrationsgeschichte konzipiert werden (Gerngroß 2020).

In Unterkünften für geflüchtete Menschen stellt die Suizidalität keineswegs ein einfaches oder gewöhnliches Thema bei den Mitarbeiter*innen dar. Im Gegensatz zu vertrauten Aufgaben wie den Fragen zum Asylverfahren, dem Spracherwerb oder der Jobsuche, lösen viele Fragen zum (richtigen) Umgang mit suizidalen Äußerungen und Anzeichen enorme Unsicherheiten und Handlungsdruck beim Personal aus. Die vorliegende Handreichung richtet sich an haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, die mit geflüchteten Menschen arbeiten und zielt darauf ab, diese mit praxisorientiertem, grundlegendem Wissen zur Thematik auszustatten und ihre **Handlungssicherheit und Handlungsmöglichkeiten zu stärken**.

Aus der breiten Suizidpräventionspalette stellt das Konzept der „Gatekeepers“ (vgl. im Deutschen: Torwächter*innen) eine fundamentale Maßnahme dar. Sie sieht die Schulung und Sensibilisierung von Personen vor, die mit den von Suizid besonders gefährdeten Menschengruppen häufig in Kontakt stehen. Die „Gatekeepers“ sollen somit im besten Fall die Suizidalität (frühzeitig) erkennen und entsprechend reagieren können (WHO 2014; WHO 2018). Es ist daher unabdingbar, dass die Suizidalität im Rahmen des unterkunftsspezifischen Gewaltschutzkonzepts aufgegriffen wird, in dem u.a. die regelmäßige Sensibilisierung und Schulung vom Personal aber auch Prävention- und Notfallpläne vorgesehen und umgesetzt werden.

Die Mitarbeiter*innen in den Unterkünften sind häufig die ersten oder – wie in vielen ländlichen Regionen – die einzigen Kontaktpersonen für die geflüchteten Menschen, über die adäquate psychosoziale Unterstützungsangebote – intern oder extern – organisiert werden. Der oft unzureichende Betreuungsschlüssel erschwert es, dass eine vertrauensvolle Beziehung oder eine ausreichende Kontaktaufnahme zwischen den geflüchteten Menschen und dem Personal zustande kommt, sodass suizidale Gedanken unbemerkt geäußert werden oder suizidale Anzeichen nur unzureichend erkannt werden können. Ein höherer Betreuungsschlüssel könnte den Bedarfen von besonders schutzbedürftigen geflüchteten Menschen und dem Gewaltschutz in den Unterkünften im Allgemeinen gerecht werden.

Darüber hinaus ist es unerlässlich, dass neben den regelmäßigen, trauma- und kultursensiblen Schulungen aller Mitarbeiter*innen auch weitere strukturelle Aspekte berücksichtigt werden, die die „Gatekeepers“ bei deren Aufgaben unterstützen und auch einen



Beitrag zur Früherkennung und Prävention leisten. Wie in der Handreichung geschildert wird, sind strukturelle Faktoren zu verzeichnen, welche sich auf das seelische Wohlbefinden der geflüchteten Menschen direkt oder indirekt belastend oder/ und entlastend auswirken können (siehe Beitrag „Todessehnsucht nach dem Kampf ums Überleben? Zu strukturellen Schutz- und Risikofaktoren“).

Die Weltgesundheitsorganisation hebt hervor, dass ein rechtzeitiger und umfassender Zugang zur Gesundheitsversorgung vor allem für Menschengruppen, die anfälliger für suizidales Verhalten sind, essentiell ist und das Suizidrisiko verringern kann (WHO 2014; WHO 2018). Den geflüchteten Menschen in Deutschland, deren Gesundheitsversorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt wird, steht in den ersten anderthalb Jahren ein nur beschränkter Zugang zum Gesundheitssystem zu. Anträge auf psychotherapeutische Versorgung während des Asylverfahrens, das durch seelische Belastung gekennzeichnet ist, werden nach Erfahrung der Praxis in vielen Fällen nicht genehmigt. Dazu kommt der fehlende gesetzliche Anspruch von – auch anerkannten – geflüchteten Menschen auf die notwendige Sprachmittlung. Laut eines Appells des DRKs, der Wohlfahrt und Organisationen der Zivilgesellschaft sowie der Berufs- und Fachverbände an die neue Bundesregierung führt das Fehlen von Sprachmittlung zu Missverständnissen oder Fehlbehandlungen, „die mitunter lebensgefährlich werden können.“¹ Ein inklusiver und gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem ist unentbehrlich, sodass jeder geflüchtete Mensch ungeachtet seines Aufenthaltsstatus adäquat versorgt wird, nicht erst beim Eintreten von suizidalen Krisen.

Unmittelbar nach der Ankunft von geflüchteten Menschen in den Erstaufnahmeeinrichtungen kann durch das Aufnahmeverfahren ein bedeutender Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden. Hinter dem Begriff „geflüchtete Menschen“ verbirgt sich eine heterogene Menschengruppe, die sich durch unterschiedliche Resilienzgrade und Vorgeschichten kennzeichnet (siehe Beitrag „Persönliche Gefährdungs- und Schutzfaktoren“). Die Identifizierung von Vulnerabilität und besonderen (Schutz-)Bedürfnissen muss neben offensichtlichen Erkennungszeichen, wie etwa dem Alter oder körperlichen Einschränkungen, weitere wichtige Aspekte wie eine Depression oder posttraumatische Belastungen berücksichtigen. Diese Aspekte werden in vielen Fällen außer Acht gelassen, obwohl sie für das Asylverfahren und das seelische Wohlbefinden von geflüchteten Menschen von hoher Relevanz sind. Ein strukturelles Identifizie-



rungsverfahren auf freiwilliger Basis wird den EU-Aufnahmerichtlinien (Richtlinie 2013/33/EU) gerecht und ist eminent wichtig. Dadurch können geflüchtete Menschen mit besonders hohem Risiko für Suizid frühzeitig erkannt werden. Entsprechend kann ihnen eine bedarfsgerechte Unterbringung gewährleistet und auf für sie passende therapeutische Angebote hingewiesen werden. Eine solche strukturelle Vorgehensweise kann vermeiden, dass es dem Zufall überlassen ist, ob die Suizidalität überhaupt sichtbar wird und wahrgenommen werden kann^{2,3}.

Die vorhandenen Zahlen zu Suizid und Suizidversuchen unter geflüchteten Menschen sind lückenhaft. Sie beruhen nicht auf behördlicher Erhebung, sondern auf Berichterstattungen von regionalen Einzelfällen, Angaben im Rahmen von behördlichen Antworten auf kleine parlamentarische Anfragen oder Dokumentationsarbeit von ehrenamtlichen Initiativen. Die Einführung systematischer Erfassung von Suizid und Suizidversuchen, die den Datenschutz und die Privatsphäre der Betroffenen und deren Angehörigen berücksichtigt, würde eine wissenschaftliche Auswertung ermöglichen. Auf Basis dieser könnte eine entsprechende Präventionsstrategie konzipiert werden⁴.

Eine umfangreiche Diskussion über alle Aspekte einer umfassenden Suizidprävention für geflüchtete Menschen ist notwendig, würde allerdings den Rahmen dieser Handreichung überschreiten. Es lässt sich grundsätzlich sagen, dass eine Suizidpräventionsstrategie komplementär und integrativ gestaltet werden muss. Diese muss auch exogene Faktoren und Prozesse berücksichtigen, welche die seelische Vulnerabilität und Resilienz von geflüchteten Menschen mitbestimmen und ein suizidpräventives Potenzial haben.



¹Siehe „Appell an die nächste Bundesregierung – Menschenrechte achten – uneingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung gewähren und von Krieg, Folter und Flucht traumatisierte Menschen vor Abschiebung schützen“ von u.a. DRK, Diakonie Deutschland, Caritas, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und Handicap International: <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/appell-an-die-bundesregierung/>

²Zum Thema Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen siehe Von Felde/ Flory/ Baron von Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAFF (2020).

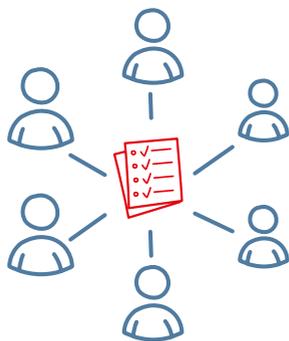
³Siehe „BeSafe“: ein Modellprojekt entwickelt und erprobt ein zielgruppenübergreifendes Konzept zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit(en) von geflüchteten Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen: <https://www.baff-zentren.org/projekte/besafe/>

⁴Zur Notwendigkeit vom Datenerfassungssystem für eine Suizidpräventionsstrategie siehe WHO (2014).

Bei der vorliegenden Handreichung handelt es sich um eine ergänzungswürdige Erstauflage. Sie ist eine Einladung an alle Kolleg*innen, die im Bereich der Suizidprävention, in der Arbeit mit geflüchteten Menschen oder im akademischen Bereich tätig sind, weitere Publikationen herauszugeben und Präventionsinitiativen anzustoßen, um die bestehenden Lücken im Themenkomplex Flucht/ Asyl bzw. Migration und Suizid zu schließen. Suizid unter geflüchteten Menschen muss mit synergistischer Zusammenarbeit öffentlicher und zivilgesellschaftlicher Akteure begegnet werden.

Abschließend möchten wir uns bei den Autor*innen sowie beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung dieser Handreichung bedanken. Wir hoffen, dass wir mit dieser Handreichung einen kleinen Beitrag zur Suizidprävention leisten können.

Denn jeder Suizidfall ist einer zu viel.



Vorurteile und Fakten über Suizidalität im allgemeinen Kontext und in Bezug auf Flucht und Asyl

Helay Safi - Psychologin (M.Sc.)

Zum Thema Suizidalität und spezifisch Suizidalität bei geflüchteten Menschen sind Annahmen verbreitet, die an dieser Stelle einzeln näher betrachtet werden sollen.

„Menschen, die über Suizid reden, schreiten nicht zur Tat“

Menschen, die über ihre lebensmüden Gedanken mit anderen sprechen, kann dies viel Mut kosten. Besonders die Scham kann bei dem Thema sehr hoch sein, daher sollte die Überwindung darüber zu sprechen, dankend angenommen und positiv wertgeschätzt werden. Die Ankündigungen eines Suizids können unterschiedlich sein. Neben dem gesprochenen Wort besteht die Möglichkeit, dass die Ankündigungen in Textnachricht, Brief, Gedicht oder gemalten Bildern Ausdruck finden. Menschen, die suizidale Gedanken haben und diese aussprechen, gehen einen wichtigen Schritt der Hilfesuche. Ein Gespräch darüber kann bereits eine Entlastung für die Person darstellen. Geschultes Personal kann in diesem Gespräch auch besser einordnen, ob lebensmüde Gedanken, bereits handlungsspezifische Absichten oder/und die Möglichkeit einer impulsiven Tat vorliegen - mitunter kann geprüft werden, wie absprachefähig die Person ist. Es ist wichtig, die Aussagen und vor allem die betroffene Person ernst zu nehmen. Die Einholung von professioneller Hilfe sollte berücksichtigt werden.

„Mit Menschen über Suizidalität zu reden ist gefährlich und kann zur Handlung veranlassen“

Wer keine suizidalen Gedanken hat, wird durch Nachfragen bzw. das Reden über Suizidalität auch keine entwickeln. Demgegenüber haben diejenigen Menschen, die lebensmüde Gedanken haben, durch eine (direkte) Nachfrage eine Möglichkeit, darüber zu sprechen. Wenn Aussagen wie „Es hat alles keinen Sinn mehr...“, „Manchmal will ich einfach, das alles endet“ o.ä. fallen, ist es wichtig hinzuhören - und in einem Einzelgespräch nachzufragen, ob die Person suizidale Gedanken beschäftigt. Wenn es für jemanden vom Personal der Einrichtung selbst belastend oder überfordernd ist dieses Gespräch zu führen, sollte entsprechende professionelle Unterstützung eingeholt werden. Früherkennung und Frühintervention können dabei wichtige präventive Maßnahmen sein (Gerngroß 2020).

„Suizidgefährdete Menschen sind von der Handlung nicht abzubringen“

Bevor Menschen diesen Entschluss fassen, befinden sie sich länger in einer Phase der

Abwägung bzw. Ambivalenz (ebd.). In dieser Phase sind sich betroffene Personen unsicher und wägen verschiedene Punkte ab. In diesem spezifischen Kontext von geflüchteten Menschen bzw. Asylbeantragenden liegen viele Risikofaktoren vor, wie z.B. Krieg, Katastrophe, Gefühl der Isolation, Diskriminierung, Missbrauch, Gewalt, die traumatisch sein können.

Die lebensmüden Gedanken können das erste Mal auftreten (z.B. durch aktuelle Belastungen, traumatische Erfahrungen, verfolgende Bilder, Geräusche, Träume, depressive Zustände) oder es liegt eine anhaltende Suizidalität vor, bei den Menschen schon länger und häufiger lebensmüde Gedanken haben. Beide Fälle sollten gleichermaßen ernst genommen werden. Menschen, die suizidale Gedanken haben oder suizidales Handeln planen, wissen meist keine andere Lösung. Für sie scheint es die schnellste Lösung als Ausweg auf ihre Schmerzen zu sein. Daher ist es wichtig im Austausch und Gespräch mit den betroffenen Menschen zu sein, da es ihnen vielleicht auch aufgrund ihres psychischen Zustands nicht möglich ist, andere Wege oder Optionen zu sehen, auch wenn diese existieren.

„Asylsuchende drohen nur mit Suizid, um bleiben zu können“

Dies ist eine gefährliche und doch häufig geäußerte Annahme. Durch solche Vorurteile kann es dazu kommen, dass eine adäquate Reaktion und die Hilfe unterlassen werden. Äußerungen über Suizid sind ein Zeichen für eine Notsituation. Sowohl eine Suizidankündigung als auch ein Selbstmordversuch können Ausdruck der Notlage der Person sein. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Aussagen getroffen werden, um sie als Druckmittel zu verwenden oder ein Versuch ist, mehr Aufmerksamkeit zu bekommen. Dies kann zutreffen, jedoch ist es erforderlich, auch diese Form von Not anzuerkennen und entsprechend zu reagieren. Es ist wichtig, professionelles/geschultes Personal hinzuzuziehen.

„Wer sich wirklich das Leben nehmen möchte, ist nicht aufzuhalten“

Dies stimmt bedingt. Es gibt Menschen, die diesen Entschluss für sich gefasst haben. Dies kann dadurch auffallen, dass die Person Abschiede nimmt, einiges organisiert, Wertgegenstände verschenkt (WHO 2014). Vorher befinden sich jedoch viele Menschen in einer unsicheren "Phase", in der Interventionen wichtig und möglich sind. Vor allem, wenn niemand von den suizidalen Gedanken erfährt, ist eine Intervention schwierig. Menschen, die suizidale Gedanken haben, müssen nicht den Wunsch haben zu sterben - oft möchten sie nur nicht so weiterleben wie bisher. Für eine Intervention können Zuhören, ein Gespräch führen und Perspektiven aufzeigen wichtige Hilfsmittel sein.

Darüber hinaus beruht die Aussage auf der Annahme, dass Suizid (immer) die Konsequenz aus einer Entscheidung ist und nicht etwa eine Impulsreaktion. So geben Millner/ Lee/ Nock (2016) an, dass ca. zwei Drittel der Suizide "impulsiv" also mit einer Vorbereitungszeit von weniger als zwölf Stunden geplant wurden. Dies fordert dazu auf, Indizien für Selbstmord wahr und ernst zu nehmen und darüber hinaus aktiv zu explorieren (nachzufragen).

Persönliche Gefährdungs- und Schutzfaktoren

Helay Safi - Psychologin (M.Sc.)

Küchenhoff (2013) verweist darauf, dass suizidales Verhalten nicht isoliert, sondern immer im Kontext betrachtet werden muss. Es ist wichtig anzumerken, dass die Gruppe von geflüchteten Menschen eine sehr heterogene ist: die Menschen bringen verschiedene kulturelle, religiöse Kontexte und Beziehungen - sowie unterschiedliche persönliche Erfahrungen mit. Mitunter ist es unabdingbar, die Situation einer Person intersektional zu betrachten, um verschiedene Faktoren zu berücksichtigen (Geschlecht, sexuelle Orientierung, usw.).

Geflüchtete Menschen sind insofern spezifischen Gefährdungsfaktoren ausgesetzt, die mitunter herkunftslandbezogen, fluchtbezogen und/oder in Bezug auf die Zustände in Deutschland sein können. Die persönlichen Erfahrungen können sehr unterschiedlich sein. Beispielhafte Belastungen können Zeuge von Gewalt, eigene Gewalterfahrungen, Krieg, Katastrophen, Verfolgung, Existenzängste, Drohungen, Folter, Gefangenschaft oder Missbrauch sein.

Neben den strukturellen gibt es also auch persönliche Gefährdungs- und Schutzfaktoren. Diese sollen nachgehend näher vorgestellt werden. Dabei wird zunächst auf Gefährdungs- bzw. Risikofaktoren eingegangen.

Sowohl die Erfahrungen im Herkunftsland als auch die Belastungen auf dem Fluchtweg können zu verschiedenen psychischen Erkrankungen führen. Symptomatisch fallen unter anderem besonders auf: ungewollte Gedanken an traumatische Erlebnisse, Flashbacks, Schlafstörungen, Alpträume, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörung, erhöhte Reizbarkeit (Gäbel et al. 2006). So sind vor allem Posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Zustandsbilder und schizophrene oder wahnhaftige Störungen häufige Folgen von Flucht und Migration (Dixius/ Moehler 2017). Laut der Weltgesundheitsorganisation hatten 90% der Menschen, die an Suizid verstorben sind, eine psychiatrische Erkrankung. Bei mehr als 50% waren es Depressionen (WHO 2014). Dies verdeutlicht, wie wichtig die Erkennung von Symptomen und eine professionelle Behandlung sind.

Walz et al. (2016) sowie Mannhart/ Freisleder (2017) untersuchten dies insbesondere für unbegleitete minderjährige geflüchtete Menschen und stellen die schwere psychische Belastung dieser Altersgruppe dar (z.B. Verlust der Familie, Aufenthalt in Wohnheimen für geflüchtete Menschen, Heimweh und Sorge um die Familie, Konflikte, fehlende Perspektive). Fehlende Interventionen oder Behandlung dieser Erkrankungen

können somit zu noch höherer Belastung führen, wodurch die betroffene Person keinen Ausweg findet. Hinzu kommen stressige Umstände in Deutschland. Unklare Bleibe- und Asylbestimmungen, prekäre Wohnsituation und fehlende Arbeitserlaubnis bzw. Arbeit in prekären Verhältnissen begünstigen weiter den psychischen Stress und die Möglichkeit der Entwicklung von psychischen Erkrankungen.

Auf sozialer Ebene spielt auch der Stress durch Diskriminierung und Rassismus eine wichtige Rolle. Dazu gehören sowohl struktureller (z.B. Teilhabechance auf dem Wohnungsmarkt), institutioneller (z.B. Racial Profiling) und alltäglicher (z.B. Beleidigungen) Rassismus. Unterschiedliche ungünstige Stressbewältigungsmaßnahmen können dabei herangezogen werden, wie Alkoholkonsum und Missbrauch von anderen Substanzen, oder Isolation und Rückzug. Auch Nicht-Suizidales-Selbstverletzendes Verhalten fällt bei traumatisierten Minderjährigen mit Fluchterfahrung auf (Sukale et. al 2020).

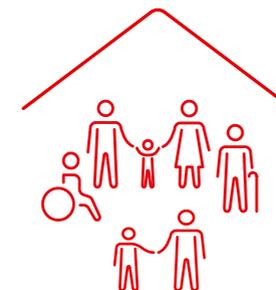
Eine Person kann einen oder mehrere Risikofaktoren aufweisen ohne suizidal gefährdet zu sein. Verschiedene Faktoren wie Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, stabile soziale Beziehungen, Widerstandsfähigkeit, Religiosität oder Resilienz können schützend sein. Diese können einen Menschen insgesamt vor psychischen Erkrankungen oder vor suizidalen Handlungen schützen. Ein wesentlicher Aspekt sind außerdem persönliche und berufliche Perspektiven. Sprachliche Barrieren und fehlende Kenntnis über Abläufe im Ankunftsland erschweren diese.



Ein weiterer wichtiger Punkt kann der Aufenthaltsstatus und die Bleibeperspektive sein. Nicht nur die Unsicherheit auszuhalten, sondern auch die Angst vor Abschiebungen kann belastend sein - **demgegenüber kann ein Gefühl von Sicherheit, Neuanfang und Perspektive auch beruhigend und motivierend wirken.** Besonders deutlich wird dies daran, dass die Suizidversuche und Suizide in Abschiebehaft steigen (Oulios 2015). Dies kann unter anderem an der großen Verzweiflung liegen, da Menschen, die in Deutschland ankommen unter Umständen in ihrem Herkunftsland verfolgt werden und/oder dort ihr komplettes Hab und Gut verkauft haben, um Geld für die Flucht zu haben. Häufig wird eigener Besitz verkauft und finanzielle Unterstützung von Verwandtschaft zusammengetragen und in die Flucht einer oder weniger Personen investiert. Somit sehen sie sich nicht nur mit familiären Erwartungen konfrontiert, sie finanziell zu unterstützen, sondern auch mit der Tatsache, dass sie nun weder Perspektive in Deutschland noch im Herkunftsland haben.

Besonders wichtig ist die Familie und/oder Freunde. Soziale Beziehungen wirken sich auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aus (Kienle/ Knoll/ Renneberg 2006). Darüber hinaus spielt Arbeit bzw. Beschäftigung eine wichtige Rolle. Ein Arbeitsplatz kann zahlreiche positive Effekte haben, wobei neben dem Erwerb neuer Fähigkeiten, sozialer Kontakte und Anerkennung, besonders die finanzielle Komponente sowie die Tagesstrukturierung besonders wichtige Aspekte darstellen. Insgesamt sind auch ehrenamtliche Tätigkeiten, Hobbies, sportliche Aktivität und guter Schlaf insofern Schutzfaktoren, dass sie die körperliche und psychische Gesundheit fördern.

Kenntnis über die persönlichen wie auch strukturellen Schutzfaktoren ist nützlich, da durch die Stärkung von Schutzfaktoren präventiv agiert werden kann. Eine solche Stärkung sollte möglichst multidimensional, interdisziplinär und altersgruppenorientiert erfolgen. So sollte es für jüngere Menschen Anlaufstellen in Schulen geben, für ältere Personen entsprechende Angebote in Ausbildungsinstituten, Universitäten und Unternehmen. Altersgruppenübergreifend können niedrigschwellige Therapieangebote ein guter Weg sein.



Todessehnsucht nach dem Kampf ums Überleben? Zu strukturellen Schutz- und Risikofaktoren

Miriam Schwarz, Fachdienst Beratung und Therapie für Flüchtlinge
(Haus am Weißen Stein, Frankfurt am Main),
Fachberaterin Psychotraumatologie

Ausgelöst wird Suizidalität von einem komplexen Set verschiedener Schutz- und Risikofaktoren, „die in vielfältigen Wechselbeziehungen stehen“ (Oldenburg 2007: 29). Viele individuelle Belastungen (Fluchtgeschichte, Schuldgefühle, Leistungsdruck, Sorgen um die Familie, Zukunftsängste, Sprachprobleme) und oft auch krankheitsbedingte Beschwerden von geflüchteten Menschen dauern Monate und Jahre nach der Ankunft in Deutschland an. Hinzu kommen unterschiedliche strukturelle Post-Migrations-Belastungsfaktoren wie etwa ein unsicherer Aufenthalt, inadäquate Unterbringung (z. B. in Massenunterkünften), soziale Isolation, Probleme beim Familiennachzug, Bildungsabbrüche, Probleme bei der Arbeitssuche, finanzielle Unsicherheit, Diskriminierungserfahrungen oder Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung (Baron/ Flory 2020: 15ff). Nachfolgend werden einige dieser strukturellen Schutz- und Risikofaktoren von geflüchteten Menschen in Deutschland thematisiert.

Psychische Erkrankungen und Suizidalität hängen eng zusammen. Etwa 10 bis 15 Prozent der wiederkehrend schwer depressiv Erkrankten nehmen sich das Leben (iFightDepression: Suizidrisiko einschätzen). Geflüchtete Menschen sind sehr häufig psychisch belastet und selten angemessen versorgt. Eine jüngst in einer deutschen Erstaufnahmeeinrichtung durchgeführte Studie ergab, dass etwa die Hälfte der befragten 570 Bewohner*innen deutliche Symptome mindestens einer der abgefragten psychischen Erkrankungen zeigte. 35 % zeigten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, 31 % Symptome einer somatoformen Störung und 22 % Symptome einer depressiven Erkrankung (Nesterko et al. 2019). Wie körperlich Erkrankte brauchen auch psychisch Erkrankte angemessene – also psychologische und ggf. psychiatrische – Behandlung¹. Für geflüchtete Menschen aber ist der Versuch, medizinische oder psychologische Hilfe zu bekommen, häufig frustrierend und entmutigend. Diverse Hindernisse erschweren oder verhindern den Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung: Sprach- oder Kommunikationsbarrieren, verzögerte oder fehlende Kostenübernahme für Sprachmittlung, Fahrtkosten oder Behandlungskosten. Auch bürokratische Hürden wie die Praxis- der Krankenscheine in vielen Bundesländern, Diskriminierungserfahrungen, Unterbrechung diagnostischer und therapeutischer Prozesse durch (asylrechtlich bedingte) Neuzuweisungen und Wohnortwechsel sowie die eingeschränkte Erreichbar-

keit durch die oft isolierte Wohnsituation behindern adäquate Versorgung (Baron/ Flory 2020: 20).

Anträge auf Übernahme von Behandlungskosten werden aufgrund einer gesetzlichen Einschränkung immer wieder abgelehnt. In den ersten 18 Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland sind Asylsuchende nicht krankenversichert. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz steht ihnen nur medizinische Akut- und Notfallbehandlung zu². Eindeutig definiert ist das zu bewilligende Leistungsangebot nicht. Daraus folgt: Psychotherapie wird von den zuständigen Kostenträgern regelmäßig nicht als „unerlässlich“ eingestuft und nicht finanziert. Krankheiten chronifizieren³. Wenn Asylsuchende einen Aufenthaltstitel erhalten, werden sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und haben Zugang zum vollen Leistungsspektrum. Sprachmittlungskosten übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen allerdings grundsätzlich nicht (ebd.: 23). Für die fachgerechte Behandlung psychischer Erkrankungen ist die gelingende Kommunikation zwischen Patient*in und Therapeut*in über teilweise sehr komplexe Inhalte jedoch eine grundlegende Voraussetzung. Ob Patient*innen die deutsche Sprache so gut erlernen können, dass Therapie auf Deutsch möglich wird, hängt wiederum auch vom Gesundheitszustand ab. Wer etwa als schutzbedürftig anerkannt und gleichzeitig zu belastet ist, um sich zu konzentrieren und Deutsch zu lernen, hat in der medizinischen Regelversorgung schlechte Chancen auf Behandlung⁴. Es entsteht ein Teufelskreis.

Traumatisierte Menschen brauchen psychologische Unterstützung. Aber nicht nur. Zentral sind sowohl die gesellschaftliche Anerkennung des erlebten Unrechts als auch die Gewissheit in Gegenwart und Zukunft in Sicherheit leben zu können (Flory/ Teigler 2017: 34ff) Die Gewährung eines Schutzstatus erkennt Leid als Unrecht an. Im Verfahren abgelehnt zu werden, bedeutet oft auch Nicht-Anerkennung auf emotionaler Ebene. Negative Asylverfahren wirken sich rechtlich, sozial, beruflich und psychisch aus. Immer wieder enden sie tödlich. Zwischen 1993 und 2020 haben 359 Menschen Suizid begangen, die in Deutschland Asyl gesucht haben – „angesichts ihrer drohenden Abschiebung oder [sie] starben bei dem Versuch, vor der Abschiebung zu fliehen.“ (Antirassistische Initiative Berlin 2021: 4). Aus Verzweiflung oder/und Panik angesichts der unmittelbar bevorstehenden Abschiebung oder aus Protest dagegen, haben sich in diesem Zeitraum mindestens 4.291 geflüchtete Menschen selbst – teilweise schwer und in suizidaler Absicht – verletzt (ebd.).

Insbesondere Bewohner*innen von Unterkünften müssen immer wieder miterleben, wie Nachbar*innen und Freund*innen abgeschoben werden. Nicht nur deshalb steht diese Unterbringungsform seit langem in der Kritik⁵. Menschen, die mit Fremden in einem Mehrbettzimmer leben müssen, finden kaum zur Ruhe. Gerade an Traumafolgestörungen Erkrankte aber brauchen dringend Rückzugsräume⁶. Sie leben in einem andauernden emotionalen Notfallmodus und sind in ständiger Alarmbereitschaft. Ihre Seelen und ihre Körper haben die in der Vergangenheit erlebte Gefahr weder eingeordnet noch ver-

gessen. Jedes Türenknallen und jeder Streit im Zimmer nebenan kann Panik auslösen.

Die Sammelunterkünfte, in denen geflüchtete Menschen oft leben müssen, befinden sich zudem oft in ländlichen Regionen. Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen, Kirchen, Moscheen, Communities, Freizeitangebote, Kulturvereine und Beratungsstellen sind schwer erreichbar. Infolgedessen fühlen sich viele der Bewohner*innen alleine, abgeschnitten und isoliert. Bereits 1938 sah der Psychoanalytiker Karl Menninger in der Einsamkeit einen Hauptrisikofaktor für Suizidalität (Menninger 1938. Zit. nach: Gerngroß 2020: 38). Und auch heute gilt noch: „**Das Gefühl, niemanden zu haben, an den man sich wenden kann, der sich wirklich für einen interessiert, nicht (mehr) gebraucht zu werden, kann zu Suizidhandlungen führen.**“ (Gerngroß 2020: 39)

Gute Unterstützung zu finden oder sich zu organisieren, wirkt sich hingegen positiv auf den Selbstwert aus, unter dessen Schädigung viele traumatisierte Menschen leiden. Mit neuen Beziehungen kann neue Hoffnung entstehen. Gerade Communities und Selbstorganisation sind wichtig, um sich handlungsfähig zu erleben, auch „eigene Ressourcen (wieder) anzapfen zu können“ und eine „eigene Stimme zu finden“ (Baron/ Flory 2020: 31). Die Verarbeitung potentiell traumatischer Erfahrungen verlangt oft die Anerkennung von anderen Angehörigen einer Community. Gemeinsam wird „eine neue Interpretation des Erlebten und des Selbstwerts der betroffenen Person möglich.“ (ebd.).

Orte, in denen neue Beziehungen entstehen und Gemeinschaft gelebt werden kann, sind also auch für die Suizidprävention von unschätzbarem Wert. Es macht einen entscheidenden Unterschied, ob Menschen auch nach der Flucht alleine weiterkämpfen müssen oder ob sie sich unterstützt fühlen können. Ebenfalls schützend ist die Nähe zu den Menschen, zu denen bereits nahe und gute Beziehungen bestehen. Denn kaum etwas schützt so sehr vor Suizidalität wie Sicherheit und „Bindungen, also enge, förderliche, emotional positiv erlebte, unterstützende Beziehungen sowie das Vorhandensein von sozialen oder auch religiösen Werten und Normen (wie beispielsweise Aggressionskontrolle, religiös motivierte Hoffnung) und Sinn.“ (Gerngroß 2020: 37).

¹ Nach den aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung unipolarer Depressionen und zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung ist die ausschließlich medikamentöse Behandlung unzureichend.

² Konkret werden im Asylbewerberleistungsgesetz die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (§ 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG) sowie sonstige Leistungen, die „im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich“ (§6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG) sind, gewährt.

³ Psychosoziale Zentren versuchen diese Versorgungslücke zu schließen, die Wartezeiten aber sind lang und die Kapazitäten reichen längst nicht aus.

⁴ Die Ärzt*innen und Psycholog*innen, die geflüchtete Menschen muttersprachlich versorgen, sollen nicht unerwähnt bleiben. Ihre Kapazitäten reichen aber längst nicht aus.

⁵ u.a. Baron/ Flory/ Kerbs (2020).

⁶ Kernsymptome sind u.a. unwillkürliches Wiedererleben des Traumas, Angst, Nervosität und erhöhte Reizbarkeit sowie Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Impulskontrolle. Menschen, die ständig von schlimmen Erinnerungen und Gefühlen überflutet werden, bleibt immer wieder nur der schnelle Rückzug, um sich und andere zu schützen.

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Menschen mit Fluchterfahrung

Thorsten Sukale, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Spezielle Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche (DeGPT)

Dieser Beitrag behandelt das Thema nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) bei geflüchteten Menschen. Es werden Begrifflichkeiten und der daraus resultierende Umgang mit NSSV, auch in Abgrenzung zur Suizidalität, vor allem auch in Bezug auf geflüchtete Menschen, erläutert.

1. Einleitung: selbstschädigende Gedanken und Verhaltensweisen Einteilung

Selbstgefährdende Verhaltensweisen sind Handlungen, aus denen sich potentiell eine akute Gefährdung für die Betroffenen ergeben kann und die ein sofortiges Handeln des Umfelds erfordern, um Folgeschäden zu vermeiden oder abzuschwächen. Davon sind selbstschädigende Verhaltensweisen die chronisch auftreten (z.B. Drogen- oder übermäßiger Alkoholkonsum), zu unterscheiden. Diese erfordern zwar auch eine Intervention, allerdings nicht im Sinne eines akuten Einschreitens. Nock/ Favazza (2009) teilen in einer Übersicht selbstschädigende Gedanken und Verhaltensweisen ein, je nach vorhandenem oder nicht vorhandenem Wunsch dadurch zu versterben, in suizidale und nicht-suizidale Verhaltensweisen:

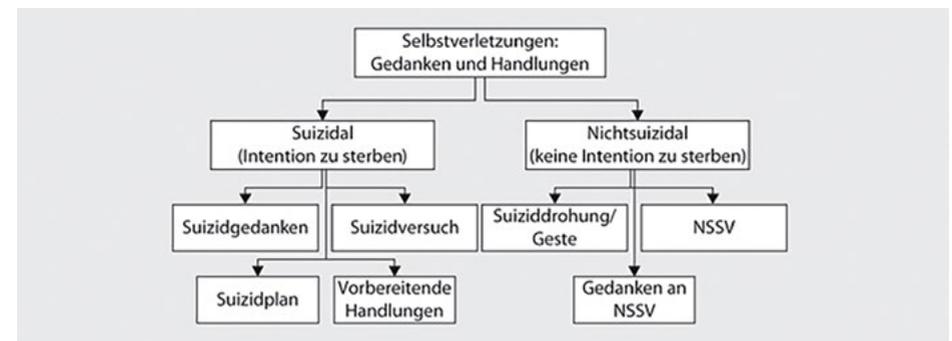


Abbildung: Einteilung selbstverletzende Handlungen Plener (2015) adaptiert nach Nock/ Favazza (2009)

Auch wenn nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) nicht mit dem Wunsch zu sterben ausgeführt wird, korreliert es mit einer erhöhten Suizidalität und stellt daher einen Risikofaktor für spätere Suizidversuche dar.

Notfallpläne für NSSV und Suizidalität

Notfallpläne sind immer dann sinnvoll, wenn in einem Setting die Gefahr besteht, dass durch einen Notfall außergewöhnliche und gefährliche Situationen entstehen können und so ein Ausfall von Routineleistungen aufgrund dieses Ereignisses weitreichende Folgen auf das Leben aller Beteiligten möglich sind. Gerade auch bei selbstgefährdenden Verhaltensweisen wie Suizidalität oder NSSV ist es daher wichtig für Mitarbeiter*innen, vor Eintreten einer entsprechenden Situation Strategien zum Umgang mit diesen zur Verfügung zu haben.

Ein Notfallplan bei selbstgefährdendem Verhalten hat mehrere Ziele:

- Schutz des Menschen, damit in solchen Situationen, die für alle Beteiligten hoch emotional sind, nicht die Gefährdung weiter steigt und so auch eventuelle Zwangsmaßnahmen minimiert werden können;
- Schutz des Personals, das unter Stress und großer emotionaler Herausforderungen verstärkt gefährdet ist, falsch zu reagieren oder sich in Gefahr zu begeben;
- Schutz weiterer Personen in einer Institution (Mitarbeiter*innen, Mitbewohner*innen etc.), die sowohl emotional, eventuell auch körperlich von eigengefährdenden Aktionen betroffen sein können;
- Schutz der Institution selbst, damit diese nicht durch fehlerhaftes Verhalten in Krisensituationen Schaden nimmt.

Notfallpläne sollten in einem Teamprozess entwickelt und besprochen werden, sodass auch unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden können und das Vorgehen für alle transparent und nachvollziehbar ist. Bei der Erstellung eines Notfallplanes ist es zunächst wichtig, welche Situationen als Notfall verstanden werden. Generell handelt es sich bei einem Notfall um ein unerwünschtes, zeitlich nicht vorhersehbares Ereignis, das ein Handeln notwendig macht und das schnelle und strukturierte Vorgehen erfordert.

2. Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

Definition

Die Behandlungsleitlinie „Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter“ definiert NSSV als **freiwillige**, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes **ohne suizidale Absicht**, die **sozial nicht akzeptiert**, **direkt** und **repetitiv** ist, sowie meist zu kleinen oder moderaten Schädigungen führt (Becker/ Plener et. al 2015).

Die häufigsten Formen von Selbstverletzungen sind Beschädigungen der Haut durch Schneiden, Ritzen (häufig mehrere, parallel verlaufende gerade Schnitte oder Kratzer, oder mehrere Narben unterschiedlichen Entstehungsalters), Kratzen, Schlagen/Anschlagen (unerklärlich geprellte Fingerknöchel und blaue Flecken oder Abschürfungen an den Händen, dem Kopf oder anderen exponierten Körperteilen), Kneifen, Beißen oder Verbrennen (z.B. mit Zigaretten, Deo-Spray: unerklärliche, oft kleinflächige Verbrennun-

gen). Häufig werden mehrere Methoden eingesetzt, die sich über die Zeit hinweg auch ändern können. Die am häufigsten verletzten Körperregionen sind Arme, Handgelenke und Oberschenkel. Seltener sind Bauch, Brust, Gesicht oder Genitalbereich betroffen. NSSV, welches nicht im Bereich der Extremitäten stattfindet, ist häufiger mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden assoziiert, weil es bewusst an nicht sichtbaren Stellen durchgeführt wird, dadurch verzögert auffällt und eine Intervention erst verspätet erfolgen kann. Zusätzlich haben Jugendliche mit multiplen Methoden meist generell schwerwiegende psychiatrische Symptome (z.B. eine starke Depression) und somit einen sehr ausgeprägten psychopathologischen Störungsgrad, was mit einer erhöhten Suizidalität einhergeht.

Sozial akzeptiere (z.B. Tätowierungen, Piercings), indirekte (z.B. Essstörungen, Substanzmissbrauch und unabsichtliche (z.B. durch Unfälle) Selbstschädigungen sind per Definition dieser Leitlinie ausgeschlossen.

Hinweise auf NSSV sind

- Ungewöhnliche oder unpassende Kleidung oder Weigerung, am Sport- oder Schwimmunterricht teilzunehmen, um Wunden zu verdecken;
- Besitz von scharfen Gegenständen wie Rasierklingen oder Messer;
- Zeichnen von Bildern von NSSV/Blut oder das Schreiben einschlägiger Texte oder Gedichte;
- Verbringen von viel Zeit an isolierten Orten;
- Anderes Risikoverhalten wie Promiskuität, „sensation-seeking“ (erhöhtes Risikoverhalten);
- Depressive Symptomatik, vor allem soziale Isolation.

Das durchschnittliche Alter, in denen laut Studienlage NSSV begonnen wird, liegt zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr. Der Großteil der Jugendlichen verletzt sich in der mittleren Adoleszenz (mit ca. 15-17 Jahren) selbst. In der späten Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter nimmt das Verhalten stark in seiner Häufigkeit ab (Plener et al. 2015). NSSV im Jugendalter ist aber ein wesentlicher Risikofaktor für schädliche Verhaltensweisen im Erwachsenenalter (z.B. Entwicklung psychischer Erkrankungen, Alkohol- und Drogenkonsum, Suizidversuche und durchgeführte Suizide). Ca. 25% bis 30% der Jugendlichen in Deutschland berichten, zumindest einmal im Leben NSSV angewandt zu haben (ebd.). Nach außen gerichtete aggressive Verhaltensweisen mit der Intention, sich selbst zu schädigen (z.B. mit der Faust gegen eine Wand schlagen), zeigen sich nach klinischer Erfahrung häufiger bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, während das Zufügen einer Schnittwunde mit einer Rasierklinge an nach außen nicht sichtbaren Körperteilen eher von weiblichen Jugendlichen praktiziert wird. Als häufigste Funktionen von NSSV im Alltag wurden von Klonsky (2007) beschrieben: Affektregulation, Anti-Dissoziation, Anti-suizidal (um Suizidalität zu vermeiden), interpersonelle Beziehungen, interpersonelle Beeinflussung, Selbstbestrafung sowie „sen-

sation-seeking“. NSSV ist keine eigene Diagnose, sondern tritt häufig in Zusammenhang mit psychischen Störungen auf (z.B. depressiven Episoden, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, welche vor allem auch bei Menschen mit Fluchterfahrung eine Rolle spielen).

Kulturelle Besonderheiten

Es ist wichtig, religiöse oder kulturelle Besonderheiten im Blick zu haben. Religiöse Rituale wie z.B. Selbstgeißelungen beinhalten Formen von selbstverletzendem Verhalten. Obwohl Selbstverletzungen und Suizid z.B. im Islam grundsätzlich verboten sind, bestehen bei einer Minderheit schiitischer Muslime aus verschiedenen Ländern des Nahen Ostens spezifische Rituale selbstverletzenden Verhaltens, um das Martyrium des letzten Nachfolgers Mohammeds zu betrauern (Baasher 2001). Aufgrund der sozialen Akzeptanz dieses Rituals in diesem Kulturkreis würde diese Form der Selbstverletzung nach Definition nicht als NSSV gewertet werden.

NSSV kommt bei Menschen mit Fluchterfahrung - vor allem Jugendlichen und jungen Erwachsenen - sehr häufig vor. Obwohl das Ritzen oder Schneiden in den meisten internationalen Studien als Methode der Selbstverletzung an erster Stelle steht, sollte bei der Population der geflüchteten Menschen ein Augenmerk auf die Methode des (An-)Schlagens (gegen die Wand oder den Körper) gelegt werden. Dies zeigt die klinische Erfahrung. Hinweise darauf können z.B. offene Stellen an den Fingerknöcheln oder Handgelenken oder aber auch unerklärliche blaue Flecken an den Händen, am Kopf oder anderen Körperstellen sein.

Bei traumatisierten Personen kann NSSV neben der Emotionsregulation vor allem auch dazu dienen, sich aufdrängende Erinnerungen und Gedanken an das Trauma („Flashbacks“) zu beenden, um in einer Situation von erlebtem Kontrollverlust wieder im Hier und Jetzt zu sein.

Intervention

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen NSSV und Suizidalität. Daher sollte bei Betroffenen von NSSV regelmäßig auch Suizidalität exploriert werden. Bei der Definition von nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten als Notfall sollte folgende Differenzierung stattfinden:



- **Schwere der Verletzung und der damit verbundenen medizinischen Versorgungsnotwendigkeit (akut medizinisch chirurgisch oder normal medizinisch wie z.B. Wundverband):**

Da die Verletzungen bei NSSV in der Regel nicht lebensgefährlich sind, handelt es sich hier selten um einen medizinischen Notfall. Es sollte aber berücksichtigt werden, dass sich durchaus ein Notfall ergeben kann, wenn zum Beispiel Schnitte zu tief sind oder an gefährlichen Stellen gesetzt wurden und es dann in der Folge zu spritzenden oder nicht stillbaren Blutungen kommt, Sehnen betroffen sind, Gewebe so stark verletzt ist, dass eine Infektionsgefahr besteht oder selbst herbeigeführte Verletzungen so stark sind, dass die körperliche Integrität gefährdet ist.

- **Häufigkeit (erstmaliges Auftreten oder chronisches selbstverletzendes Verhalten):**

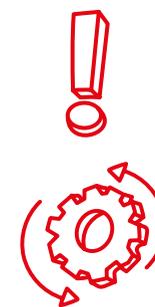
Ein weiterer wichtiger Punkt ist, ob das selbstverletzende Verhalten zum ersten Mal gezeigt wird oder ob es sich um ein wiederholtes Verhalten handelt. Bei erstmaligem NSSV ist die Einschätzung und Exploration vor allem in Bezug auf Abgrenzung zu suizidalem Verhalten wichtig. Die Exploration zur Unterscheidung NSSV und Suizidalität sollte unbedingt durch Fachpersonal mit Erfahrung auf diesem Gebiet erfolgen (z.B. Psychiater, approbierte Therapeuten). Dies kann mitunter schwierig sein, gerade wenn sprachliche Barrieren und ein Mangel an genauerer Kenntnis über mögliche Gründe für selbstverletzendes Verhalten dazu kommen. Wenn NSSV bei dem Betroffenen zum wiederholten Mal auftaucht, dann kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie handelt und Motive bzw. Funktion dem jeweils Betroffenen bekannt sind.

Auswirkung auf die Bezugsgruppe

NSSV wirkt sich auch häufig auf das Umfeld aus, vor allem im Hinblick auf das emotionale Befinden und Verhalten Anderer (z.B. Schockreaktionen, Erinnerungen werden angestoßen (getriggert) und es besteht die Gefahr von Nachahmung).

Umgang

Eine gelungene Kontaktaufnahme mit Betroffenen von NSSV dient nicht nur zur Erfassung der notwendigen Informationen, sondern auch als Motivationshilfe für eine weiterführende Therapie. Hierbei sollte bei der Gesprächsführung auf das „Wie?“ (hier geht es vor allem um die Grundhaltung im Gespräch) und zum anderen auf das „Was?“ (hier geht es um die Erfassung der Details zum NSSV) geachtet werden. Walsh (2007) be-



tont die Wichtigkeit einer unaufgeregten, leidenschaftsarmen Grundhaltung gegenüber Menschen mit NSSV. Diese hilft vor allem bei der Beruhigung von emotional sehr aufgeladenen Situationen, die bei NSSV nicht selten sind. Auf der anderen Seite wird das NSSV durch übermäßige Anteilnahme nicht verstärkt. Walsh (2007) spricht im Rahmen der Gesprächsführung von „respektvoller Neugier“. Diese Grundhaltung ermöglicht eine offene und direkte Kommunikation über die momentane Situation und die Funktionen des NSSV. Das Gegenüber sollte sich der Wortwahl des*r Patient*in hinsichtlich der Benennung des selbstverletzenden Verhaltens anpassen. Ideal wäre hier auch der Einsatz von medizinisch geschulten Dolmetscher*innen.

Die Tabelle zeigt eine Übersicht von „Dos“ und „Don'ts“ beim Erstkontakt mit Jugendlichen, die sich selbst verletzt haben:

Dos	Don'ts
Der*m Jugendlichen ruhig und mitfühlend begegnen	In übertriebenen Aktionismus verfallen
Der*m Jugendlichen vermitteln, als Person akzeptiert zu werden, auch wenn das Verhalten nicht akzeptiert wird	Panik, Schock oder Ablehnung zeigen
Der*m Jugendlichen mitteilen, dass es Menschen gibt, die sich Gedanken über sie*ihn machen	Ein Ultimatum stellen oder Drohungen aussprechen
Der*m Jugendlichen zeigen, selbst zu verstehen, dass NSSV ein Weg sein kann, mit seelischem Schmerz umzugehen	Exzessives Interesse zeigen
Die Worte der*s Jugendlichen für NSSV verwenden (z.B. spricht die*der Jugendliche von „Ritzen“, dann auch diese Bezeichnung im Gespräch wählen)	Der*m Jugendlichen erlauben, sich detailliert mit anderen Jugendlichen über NSSV auszutauschen
Bereitschaft zum Zuhören vermitteln	Über NSSV einer*s Jugendlichen vor anderen sprechen
Nicht urteilen	Der*m Jugendlichen versichern, dass man unter keinen Umständen mit anderen über sein Verhalten sprechen wird

3. Suizidalität

Nach der aktuellen AWMF-Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ wird unter akuter Suizidalität das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängenden Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung und zur Verfügung stehender Mittel verstanden (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2016). Nach der Leitlinie spricht für eine akute Suizidalität, wenn:

- eine konkrete Suizidabsicht geäußert wird;
- eine Suizidhandlung geplant und bereits vorbereitet ist, eventuell auch abgebrochen wurde;
- ein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) besteht und nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist);
- Autoaggressivität (selbstaggressives Verhalten) vorliegt und der/die Betroffene nicht mehr steuerungs-fähig und damit nicht absprachefähig ist;
- Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch nicht benannt werden können.

Folgende Begrifflichkeiten gilt es zu unterscheiden:

- Suizidgedanken („Selbstmordgedanken“): Gedanken, die sich mit der Beendigung des Lebens beschäftigen (z.B. „Ich will nicht mehr Leben“ oder „das Leben macht keinen Sinn mehr“);
- Suizidpläne: Gedanken oder auch vorbereitende Handlungen, die sich konkret mit der Umsetzung des Suizids beschäftigen (z.B. bestimmtes Datum, Methode, Ort). Dies betrifft auch das Beschaffen von Suizidmitteln (z.B. Sammeln von Tabletten) oder Auskundschaften bestimmter Orte (z.B. Brücken, Bahngleise);
- Suizidversuch: Handlungen, die mit der Absicht zu sterben begangen werden. Dabei ist es unerheblich, ob die gewählte Methode auch tatsächlich zum Tod geführt hätte. Die Wahl der Methode ist nicht allein von der Absicht zu Sterben abhängig, sondern vom Entwicklungsstand und dem kognitiven Funktionsniveau einer Person. CAVE: Ein Suizidversuch ist ein wesentlicher Risikofaktor für weitere Suizidversuche, daher sollten diese immer ernst genommen werden. Die meisten Suizidpläne werden innerhalb eines Jahres in die Tat umgesetzt (Nock et al. 2013);
- Suizid: Handlungen, die mit der Absicht zu sterben ausgeführt werden und auch tödlich enden.

Eine Besonderheit beim Thema Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten stellt die sogenannte „suizidale Geste“ dar (Nock et al. 2008). Dabei wird eine Handlung so inszeniert, dass sie für Außenstehende wie ein Suizidversuch aussieht (oder aussehen soll), tatsächlich aber ohne Wunsch zu sterben ausgeführt wurde, sondern mit der Absicht zu zeigen, wie schlecht es der Person geht oder eben um sich Hilfe einzufordern. Hier ist eine gute Exploration sehr wichtig.

Erkennung, Einschätzung und eigene Handlungsmöglichkeiten bei Suizidalität unter geflüchteten Menschen

Dr. Katja Mériaux, Referentin für Psychosoziale Versorgung und Psychotherapie bei der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF), psychologische Psychotherapeutin.

1. Die Erkennung und Einschätzung von Akuität bei Suizidalität

Grundsätzlich gilt, dass die individuelle Einschätzung der Suizidalität immer eine umfassende klinische Untersuchung voraussetzt, die klinische Ausbildung und Erfahrung verlangt (Gierlichs/ Wenk-Ansohn 2005). Personen, die in der psychosozialen Betreuung von geflüchteten Menschen tätig sind, sollten jedoch Risikofaktoren, die auf Suizidalität hinweisen, kennen und dafür sensibilisiert sein. Diese rechtzeitig zu erkennen und den aktuellen Gefährdungsgrad (Akuität) einschätzen zu können, schafft Möglichkeiten zur Krisenintervention und die Zuführung der betroffenen Personen zu einer kompetenten psychiatrisch-psychologischen Behandlung.

Allerdings ist es wichtig sich zu vergegenwärtigen, dass selbst die Kenntnis aller Risikofaktoren keine Garantie darstellt, die Suizidalität eines Menschen sicher beurteilen zu können. Suizidalität ist keine objektiv messbare Größe, die z.B. durch das Stellen einiger Testfragen an den betroffenen Menschen zweifelsfrei bestimmt werden kann. Dafür ist das suizidale Geschehen zu komplex und die individuellen Hintergründe zu vielfältig.

Im Folgenden werden Personengruppen beschrieben, die eine erhöhte Suizidneigung aufweisen, Situationen, in denen das Auftreten eines Suizids wahrscheinlicher ist sowie Emotionen und Befindlichkeiten, die auf eine erhöhte Suizidabsicht hindeuten (Ebner 2001; Eink/ Haltenhof 2017; Gierlichs/ Wenk-Ansohn 2005).



Risikogruppen:

- Menschen mit Traumafolgestörungen (Gefahr einer akuten Reaktualisierung/ Retraumatisierung);
- Menschen, die potenziell traumatische Situationen erlebt haben, sich jedoch stabilisieren konnten und angesichts einer neuerlichen Angst- und Entwurzelungssituation (Abschiebung, Umverteilung) dekomensieren. Hier sind besonders solche Personen gefährdet, die sich zuvor mit oder ohne klinisch manifeste Symptome über Vermeidung stabilisiert haben;
- Menschen mit psychosenahen Störungen (Gefahr des Realitätsverlustes und der psychotischen Dekompensation bzw. eines Zusammenbruchs);
- Menschen mit schweren depressiven Störungen, die zu selbstverletzendem Verhalten (Autoaggression) neigen;
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen;
- Menschen mit unterschwelliger oder chronischer Suizidalität, mit Suizidalität in der Vergangenheit (insb. mit Suizidversuchen), mit konkreten Suizid-Vorbereitungen, mit Suiziden in der Familiengeschichte;
- Vereinsamte, isolierte Menschen.

Risikosituationen:

- Die im Kontext von Migration auftretenden heiklen Phasen, also die Entwurzelung, die mehrere Lebensbereiche betrifft und mit dem Verlust sozialer Bindungen im Herkunftsland und des sozialen Status einhergehen kann;
- Die Aufnahmesituation nach einer Migration oder Flucht, die mit Belastungen und enttäuschten Hoffnungen verbunden sein kann, wie beispielsweise das geflüchteten Menschen entgegengebrachte Misstrauen, rassistische Diskriminierungserfahrungen, die Unmöglichkeit Arbeit oder eine angemessene Wohnsituation zu finden;
- Andere aktuelle existentielle Krisensituationen wie Familienstreitigkeiten, kaum zu überwindende Barrieren hinsichtlich der Familienzusammenführung oder Normenkonflikte;
- Tatsächliche, bevorstehende oder befürchtete Verluste bzw. vor oder nach schweren Trennungserfahrungen;
- Die Situation einer drohenden Abschiebung, die eine extreme Belastung und damit eine besondere Risikosituation darstellt. Im Vorfeld oder im Rahmen einer Abschiebung wurden schwere Belastungsreaktionen bis hin zu Suiziden wiederholt beobachtet. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine Abschiebung tatsächlich oder in der Wahrnehmung der betroffenen Person droht.

Risikobefindlichkeiten:

- Hilf- und Hoffnungslosigkeit;
- Fehlen von Perspektiven und Sinn im Leben;
- Ohnmacht und Verzweiflung;
- Schuld- und Insuffizienzgefühle;
- Psychischer Schmerz;
- Massive Angst- und Unruhezustände;
- Gesteigerte Impulsivität;
- Gegen die eigene Person gerichtete Wut und Aggression (Selbstbestrafungs- und Selbstverletzungstendenzen);
- Gravierende Schlafstörungen und quälendes Grübeln;
- Sozialer Rückzug;
- Wahnhafte Erleben und/oder akustische Halluzinationen, z.B. im Rahmen psychotischer Erkrankungen;
- Quälende Intrusionen und/oder dissoziative Symptome, z.B. im Rahmen von Traumatisierungen.

Grundsätzlich erhöht Krankheit insgesamt das Suizidrisiko: Etwa 98% der Suizidenten sind psychisch oder physisch krank, 40-60% der Personen leiden an einer Depression (Gierlich/ Wenk-Ansohn 2005). Unter den kulturübergreifend häufigsten Symptomen der Depression rangieren somatische Beschwerden wie ein allgemeiner Verlust an Vitalität, innere Unruhe, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, muskuläre Schmerzen, Abgeschlagenheit, verminderter Appetit und Schlafstörungen weit vor psychischen Symptomen wie gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Konzentrationschwierigkeiten, negative bzw. pessimistische Zukunftsperspektiven, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen und Schuldgefühle (Ebner 2001; Kraus 2006).

Daraus folgt, dass das Suizidrisiko im Rahmen einer bevorstehenden Abschiebung bei traumatisierten und psychisch schwer erkrankten Personen grundsätzlich deutlich höher einzuschätzen ist als bei durchschnittlich gesunden Asylsuchenden (Gierlich/ Wenk-Ansohn 2005).

Verlauf suizidaler Krisen

Das Suizidrisiko kann sich je nach innerer Verfassung und äußerlichen Rahmenbedingungen täglich oder sogar stündlich verändern. So kann eine drohende Abschiebung den psychischen Druck derart erhöhen, dass Belastungsreaktionen bis hin zu Suiziden wahrscheinlicher werden. Insbesondere im Rahmen posttraumatischer, depressiver oder schizophrener Erkrankungen können solche suizidalen Krisen innerhalb von Minuten bis Stunden ablaufen. Hier ist eine Sensibilisierung des Umfeldes und die Kenntnis von Risikofaktoren zentral, um entsprechend krisenintervenierend tätig werden zu können. Meist entwickeln sich suizidale Krisen jedoch über Wochen bis Monate. Der Ablauf ist dabei recht typisch und kann in zwei Modellen abgebildet werden:

Modell 1: Das präsuizidale Syndrom

Erwin Ringel (2002) beschreibt eine typische Konstellation von drei Phänomenen, die in der Regel einem Suizid vorausgehen. Sie können parallel, aber auch hintereinander auftreten:

- Die zunehmende Einengung im psychischen Erleben der eigenen Person und der Umwelt, im Sinne eines sozialen und psychischen Rückzugs. Die inneren und äußeren Wahlmöglichkeiten verringern sich so weit, dass ein Suizid als einziger Ausweg erscheint;
- Eine erhöhte innere und zugleich gehemmte Aggressivität, die sich letztlich gegen die eigene Person richtet;
- Suizidphantasien, die bewusst herbeigeführt werden bzw. sich auch aufdrängen können. Letztere Phantasien sind als besonders gefährlich einzuschätzen.

**Modell 2: Phasen der Suizidalität**

Walter Pödlinger (1968) beschreibt drei Phasen suizidaler Krisen:

1. Stadium der Erwägung, in der der Suizid als Problemlösung in Betracht gezogen wird;
2. Stadium der Ambivalenz, welches durch Unschlüssigkeit und wechselnde Distanzierungsfähigkeit gekennzeichnet ist. In dieser Phase treten häufig direkte Hilferufe auf und die Betroffenen suchen vermehrt Kontakt zu anderen Menschen;
3. Stadium des Entschlusses, geht mit allenfalls indirekten Äußerungen von Suizidalität einher sowie sehr häufig mit einem plötzlichen Verschwinden von Verzweiflung und Unruhe. Diese vermeintliche Ausgeglichenheit und Abgeklärtheit wird von der Umgebung häufig als Ende der suizidalen Krise missverstanden, stellt aber eher ein Alarm-signal dar, da die Betroffenen die Ambivalenz hinter sich gelassen und den Entschluss zur Ausführung einer suizidalen Handlung gefasst haben.

Beurteilung des Gefährdungsgrades bzw. Akuität

Für das Erkennen von Suizidalität gelten folgende Regeln:

- Bei Personen mit Risikoindikatoren an Suizidalität denken!
- Suizidalität offen ansprechen!
- Zur genauen Beurteilung von Suizidalität muss so konkret wie möglich nachgefragt werden!
- Bei entsprechenden Hinweisen und Verhaltensweisen muss Suizidalität ernst genommen und prioritär behandelt werden! Sie sollte nicht bewertet oder heruntergespielt werden!



In den meisten Fällen werden Suizide angekündigt. Direkte oder indirekte Ankündigungen kommen in 60-70% aller Fälle im Vorfeld suizidaler Handlungen vor (Gierlichs/Wenk-Ansohn 2005) und müssen ernst genommen werden. Selbst wenn sie zunächst einen appellativen Charakter haben, können sie in der Folge dennoch umgesetzt werden, v.a., wenn nicht angemessen auf sie reagiert wird.

Indirekte sprachliche Hinweise auf diese Warnzeichen, die frustrierte psychische Bedürfnisse oder Bedürfnisse nach Ruhe, Pause, Unterbrechung thematisieren, können sein:

- „Ich falle jedem zur Last.“
- „Ich mache das nicht mehr mit.“
- „Ich möchte, dass das alles aufhört.“
- „Manchmal möchte ich nur schlafen.“
- „Wenn ich meinen Glauben nicht hätte, hätte ich schon längst aufgegeben.“
- „Es gibt auch noch einen anderen Weg.“



Der aktuelle Gefährdungsgrad ist als **hoch** einzuschätzen, wenn:

- Konkrete Pläne oder Vorbereitungen für einen Suizid existieren; d.h. je konkreter die Suizidmethode, der Suizidzeitpunkt, der Suizidort sowie Vorbereitungen zur Information von Verwandten (z.B. Abschiedsbriefe oder Verschenken von Besitztümern), desto größer ist der Handlungsdruck und damit das Risiko für suizidales Verhalten;
- Die betroffene Person häufige, intensive und dauerhafte Suizidphantasien hat, von denen sie sich nicht distanzieren kann. Insbesondere sich unwillkürlich aufdrängende Suizidphantasien stellen ein hohes Risiko für eine suizidale Handlung dar;
- Die betroffene Person Bedauern darüber äußert, dass vorangegangene Suizidversuche nicht geklappt haben;
- Die betroffene Person nach einer suizidalen Krise sehr entspannt und abgeklärt wirkt, Verzweiflung und Unruhe plötzlich verschwunden sind, als ob sie die suizidale Krise überwunden hätte. Dies kann tatsächlich auf den definitiven Entschluss zum Suizid hinweisen (Verlassen des Stadiums der Ambivalenz und Eintritt in das Stadium der Entscheidung nach Pöldinger, s.o.);
- Handlungsimpulse mit Kontrollverlust vorliegen; d.h. je eingeschränkter die Steuerungsfähigkeit ist, insbesondere bei depressivem, wahnhaftem oder halluzinatorischem Erleben, desto größer ist das suizidale Risiko der Person einzuschätzen;
- Starke Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Schuld- oder Versagensgefühle bzw. Gefühle von Wertlosigkeit und Selbstbestrafungstendenzen (nach innen gerichtete Aggressionen) vorliegen;
- Quälende Intrusionen oder dissoziative Symptome vorliegen;
- Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge stark beeinträchtigt ist bzw. diese nicht entwickelt werden kann;
- Akute Verlust-/Trennungs- oder Belastungssituationen vorliegen;
- Die Bereitschaft, das Angebot professioneller Helfer*innen anzunehmen, gering ist; d.h. je eingeschränkter die Bindungsfähigkeit der betroffenen Person, desto größer ist das suizidale Risiko einzuschätzen.

2. Eigene Handlungsmöglichkeiten

Herstellen einer hilfreichen Beziehung

Das Gespräch ist die beste Möglichkeit, Suizidalität zu beurteilen. Denn nur der suizidale Mensch kann Auskunft darüber geben, was in ihm vorgeht. Um einen Zugang zu den betroffenen Personen zu bekommen, ist eine beziehungsfördernde Grundhaltung erforderlich, welche aktiv von den Helfer*innen ermöglicht und gestaltet werden muss. Sie stellt sich nicht automatisch ein.



Elemente einer solchen beziehungsfördernden Grundhaltung sind:

- Die Person annehmen wie sie ist, z.B. das suizidale Verhalten als Ausdruck seelischer Not akzeptieren und nicht verurteilen;
- Zeigen, dass man mit der Person Kontakt aufnehmen möchte;
- Distanzierung, Objektivierung und Verallgemeinerung vermeiden;
- Verharmlosen und Dramatisieren unterlassen;
- Auf Theoretisieren, Argumentieren und Belehren verzichten;
- Nicht eigene Maßstäbe an das Erleben und Verhalten der Person anlegen;
- Sich an den Bedürfnissen der Person orientieren;
- Ablehnung durch den suizidalen Menschen ertragen, ohne die eigenen Bemühungen um eine hilfreiche Beziehung aufzugeben.

Die Beziehungsaufnahme kann behindert werden durch:

- Eigenes Hilflosigkeitserleben der Helfer*innen, z.B. wenn man sich durch das Leid der betroffenen Person lähmen lässt;
 - Unreflektierte (also meist unbewusste) Identifikation mit dem suizidalen Menschen bzw. durch unkritische Übernahme seiner Sicht. Dies kann den Todeswunsch und die suizidalen Tendenzen noch verstärken;
 - Grundsätzliche Verurteilung von Suizidalität (hier besteht das Risiko der unbewussten Ablehnung und Zurückweisung des suizidalen Menschen);
 - Argumentieren gegen den Suizid. Insbesondere, wenn die suizidale Person sich in der ambivalenten Phase befindet und die Helfer*innen gegen den Suizid argumentieren, kann eine Dynamik entstehen, in der der suizidale Mensch beginnt, für den Suizid zu argumentieren;
- ! Es ist für Helfer*innen, die professionellen Umgang mit lebensmüden Menschen haben, ausgesprochen wichtig, Klarheit über die eigene Haltung gegenüber Suizidalität zu gewinnen.



Das Setting bestimmen

Ein hilfreiches Gespräch wird durch günstige situative Bedingungen gefördert, d.h. es sollte ein ruhiger Ort gefunden werden. Für das Gespräch

sollte außerdem ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, **die suizidale Person sollte nicht das Gefühl vermittelt bekommen, dass ihr Befinden in kurzer Zeit abgeklärt werden soll**. Wenn dies nicht möglich ist, sollte ihr dies frühzeitig mitgeteilt werden. Es sollte dann eine lückenlose Übergabe an eine*n Kolleg*in erfolgen oder – falls die Situation dies zulässt – ein nächster Termin mit mehr Zeit verbindlich vereinbart werden. Es sollten keine Versprechen gemacht werden, die nicht eingehalten werden können (z.B. „Wenn etwas sein sollte, können Sie sich jederzeit bei mir melden“) (Eink/ Haltenhof 2017).

Offen nach Suizidgedanken fragen/ Risiko abschätzen

Für viele Helfer*innen ist es eine große Herausforderung, dieses heikle Thema anzusprechen. Es kann auch sinnvoll sein, dies vorher in Übungssituationen mit Kolleg*innen auszuprobieren, z.B. angeleitet durch eine erfahrene Person im Team oder im Rahmen von Fortbildungen.

Grundsätzlich gilt, dass das offene Ansprechen von Suizidalität nicht zu entsprechenden Handlungen führt. Im Gegenteil führt das Fragen nach Suizidgedanken bei Menschen mit Risikoindikatoren nicht nur zur Klärung und besserer Einschätzung der Suizidgefahr, sondern v.a. dazu, dass die betroffene Person offen über ihre Gedanken sprechen kann, was schon zu einer Entlastung führt (Ebner 2001).

Manchmal kann es betroffenen Personen trotzdem schwerfallen, offen darüber zu reden, insbesondere, wenn starke Schamgefühle im Spiel sind, z.B. bei religiösen Menschen. Ermunterndes, vorurteilsfreies, nicht-bewertendes Fragen kann hier weiterhelfen. Alternativ kann man das vermeidende Verhalten auch offen ansprechen: „Ich habe den Eindruck, Sie können etwas Wichtiges nicht sagen, weil es mit unangenehmen Gefühlen verbunden ist“.

Grundsätzlich ist das Gespräch über Suizidalität keinem starrem Ablauf unterworfen. Es ist ratsam, sich in mehreren Schritten dem Problem anzunähern. Folgende Fragestrategien (Eink/ Haltenhof 2017; Schneider/ Wolfersdorf 2018) können jedoch helfen, um mit einer betroffenen Person in ein Gespräch über eine vermutete suizidale Krise zu kommen.

- „Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen momentan nicht gut geht und sie keine rechte Lebensfreude mehr haben. Wäre es Ihnen im Augenblick das Liebste, einmal richtig abzuschalten und ihre Ruhe zu haben?“;
- „Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, alles hinzuschmeißen?“.

In einem weiteren Schritt können Gedanken an die Sinnlosigkeit und den Tod angesprochen werden:

- „Viele Menschen zweifeln gelegentlich am Sinn des Lebens oder halten es für das Beste, nicht mehr zu leben. Wie ist das momentan bei Ihnen?“;

• „Hatten Sie schon einmal den Wunsch tot zu sein?“.
Suizidalität und ihre Akuität im engeren Sinne kann folgendermaßen angesprochen werden:

- „Ist Ihnen schon mal der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?“;
- „Hatten Sie auch in den letzten Tagen Gedanken gehabt, sich etwas anzutun?“;
- „Drängten sich Ihnen diese Gedanken auf, waren sie wie ein Zwang?“ (Suizidphantasien).

und weiter

- „Haben Sie konkrete Vorstellungen oder einen Plan, wie Sie sich das Leben nehmen möchten?“ (Suizidpläne);
- „Haben Sie bereits konkrete Vorbereitungen hierfür getroffen?“;
- „Haben Sie anderen bereits angekündigt, dass Sie sich das Leben nehmen möchten?“ (Suizidvorbereitung).

Wird letzteres bejaht, sollte genau nach geplanter Methode und vorgesehendem Zeitpunkt gefragt werden.

- „Haben Sie vor kurzem, in den letzten Tagen oder im letzten Monat versucht, sich das Leben zu nehmen?“;
- „Haben Sie dies selbst abgebrochen oder sich noch rechtzeitig Hilfe geholt?“ (Suizidversuch);
- „Wie stehen Sie dazu, dass Sie leben?“ Die Antwort auf diese Frage wird von Ärzt*innen/Psycholog*innen als froh über das Überleben des Suizidversuchs gewertet;
- „Haben Sie weiterhin Gedanken, sich etwas anzutun?“.

 Das Risiko bei sich aufdrängenden Phantasien, konkreten Plänen, bereits erfolgten suizidalen Handlungen ist HOCH und es besteht absolute Indikation für eine sofortige stationäre Unterbringung (Siehe 3. die klinische Einweisung).

Ambivalenz fördern

Neben der Beurteilung der Suizidgefährdung aufgrund der Risikofaktoren müssen auch die lebensbejahenden Motive, die der Lebensmüdigkeit entgegenwirken, erfragt und berücksichtigt werden. Das können tragfähige soziale Beziehungen, partnerschaftlicher oder familiärer Rückhalt, als wichtig wahrgenommene Verpflichtungen oder religiöse Bindungen sein. Hilfreiche Fragen wären hier:

- Was hält die Person im Leben? Welche Gründe für das Leben gab es in vergangenen suizidalen Krisen? Sind diese evtl. auch noch in der gegenwärtigen Situation gültig?
- Für welche Menschen oder Aufgaben lohnt es sich weiterzuleben?
- Welche Aspekte gibt es (alle Sinne ansprechen), die der suizidalen Person in vergangenen Krisen gut getan/geholfen haben? Wie hat sie diese überstanden/überlebt?
- Welche selbstfürsorglichen Handlungen kennt die Person bzw. hat sie aktuell zur Verfügung?

Hieraus lassen sich möglicherweise Alternativen zum Suizid ableiten und der Handlungsspielraum erweitern. Durch den Blick auf Alternativen und Ressourcen lassen sich erste Lösungsmöglichkeiten herausarbeiten. Wichtig dabei ist, nicht zu schnell nach positiven Änderungsmöglichkeiten zu suchen, da sich die Person sonst nicht ernst genommen bzw. überfordert fühlen könnte. Statt als Helfer*in eine bestimmte Position zu beziehen (für das Leben), ist es vielmehr ratsam, die vorhandene Ambivalenz sorgfältig zu explorieren, sodass nicht die Gefahr entsteht, dass die suizidale Person die andere Position (gegen das Leben) einnimmt. Idealerweise kann die Situation entdramatisiert, Selbstfürsorgepotentiale der betroffenen Person aktiviert und ein stützendes Netzwerk mithinzugezogen werden. Die Person kann sich glaubhaft von einem Suizid distanzieren und es können Absprachen getroffen werden (z.B. hilfesuchendes Verhalten bei akuter Suizidalität bzw. Notfallpläne). Die Person sollte fürsorglich darüber informiert werden, an wen sie sich bei akuter Verschlechterung – möglichst rund um die Uhr – wenden kann (z.B. Unterstützernetzwerk, Mitarbeiter*innen, Notarzt-Telefonnummer, etc.). Folgetermine sollten verlässlich in kurzen Abständen (1-2 Tage) stattfinden und stützenden, entlastenden Charakter haben. Bei evtl. Nichterreichbarkeit zwischendurch sollte eine weitere Ansprechperson bestimmt und der betroffenen Person mitgeteilt werden.

Notfallplan

Hilfreich kann ein Notfallplan mit verschiedenen Handlungsschritten sein, welcher individuell, in der Regel gemeinsam mit einer professionellen Unterstützung (z.B. Psychotherapeut*in oder Psychiater*in) erarbeitet, verschriftlicht und an einen Platz hinterlegt wird, der in einer Krisensituation zugänglich ist. Der Notfallplan besteht aus mehreren, sich ergänzenden Teilen:

- A. Frühwarnsymptome: Wie erkenne ich rechtzeitig, dass ich in eine seelische Krise gerate, also z.B. typische Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen? Was kann ich vorbeugend tun?
- B. Eigene Bewältigungsmöglichkeiten einer Krisensituation: Wie kann ich mir selbst helfen?
- C. Kontaktaufnahme mit professionellen Unterstützer*innen: Wie kann ich mir Hilfe holen, wenn ich es alleine nicht mehr schaffe?

Ist die suizidale Person jedoch in einem Zustand allgemeiner emotionaler Erregung, sodass selbstschädigende Verhaltensweisen wahrscheinlicher werden, sollten sie keinesfalls alleine gelassen werden. Notfalls sollten Kolleg*innen hinzugebeten werden. Aus diagnostischen (z.B. zugrundeliegende psychischen Erkrankung) und kriseninterventionistischen Gründen können in diesem Fall weitere Kontakte mit einer ausgebildeten Fachkraft nötig sein (z.B. bei Psychotherapeut*in, Psychiater*in oder psychosoziale Zentren), die angebahnt werden und der betroffenen Person mitgeteilt werden müssen. Bei akuter Suizidalität sollte ein stationärer Aufenthalt in Betracht gezogen werden. Es kann notfalls auch eine stationäre Einweisung gegen den Willen der betroffenen Person

veranlasst werden (s.u.).

Die eigenen Emotionen und Grenzen

Die Einschätzung von Suizidalität, bei der es keine absolute Sicherheit gibt, und die Arbeit mit suizidalen Menschen, stellen massiven Verantwortungsdruck für viele Helfer*innen dar. Auch Unsicherheiten bzgl. eigener Handlungsmöglichkeiten sind eine große Herausforderung, sodass Helfer*innen immer wieder an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit geraten. Daher sind Wege zum eigenen Schutz, vor Belastungen bzw. zur Selbstfürsorge von essentieller Bedeutung. Dazu gehört:

- Ein gesundes Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz finden, indem immer wieder der eigene notwendige Abstand hinterfragt und gewahrt wird;
- Grenzen setzen, z.B. indem abgeklärt wird, was die Helfer*innen neben den privaten Verpflichtungen wie Nebenjob, Familie, Freund*innen noch an zusätzlicher Unterstützungsarbeit leisten können;
- Sich Unterstützung suchen und Lasten verteilen, z.B. durch Intervention, kollegiale Beratung oder Supervisionsangebote;
- Eigene Verletzungen heilen, die vielleicht durch den Umgang mit Traumatisierten aufbrechen;
- Rituale zum Abstand gewinnen etablieren, um das Erlebte abzuschließen und unbelastet ins Bett zu gehen, z.B. nach der Arbeit nach Hause spazieren und sich auf dem Weg bewusst verabschieden, ...;
- Bewusst tun, was einem gut tut, um aufzutanken.

Neben der Wahrung eigener Grenzen, z.B. durch das achtsame Spüren eigener Emotionen, durch Reflektieren von Unsicherheiten mit Kolleg*innen und im Team, ist es in diesem speziellen Kontext wichtig, eine eigene Haltung zu Suizidalität zu finden; dadurch wird die eigene professionelle Handlungskompetenz erhöht. Eigene ängstliche oder rigide Reaktionen auf das Äußern von Suizidgedanken müssen offen reflektiert werden. Hilfreich ist eine Auseinandersetzung mit Fragen wie (nach Dormann 2009):

- Habe ich Angst vor dem Thema „Tod und Selbsttötung“?
- Hatte ich schon mal den Gedanken mich umzubringen?
- Was könnte mich daran hindern mein Leben zu beenden?
- Fühle ich mich fachlich in der Lage mit suizidgefährdeten Personen zu arbeiten?
- Werde ich mir in einem Fall akuter Suizidalität Hilfe holen oder den*die Patient*in weitervermitteln, wenn ich mich in meiner Kompetenz und meinen Fähigkeiten überfordert fühle?



Dies verhindert, sowohl in die Ohnmachtsfalle als auch in die Allmachtsfalle zu tappen. Grundsätzlich gilt: Helfer*innen tragen keine grenzenlose Verantwortung. Sie sollten sich keinesfalls scheuen, die suizidale Person an eine*n weitere*n Helfende*n zu verweisen oder Mitarbeitende hinzuzuziehen, wenn sie sich in der Situation mit der suizidalen Person überfordert fühlen. Ersthelfer*innen sind gar verpflichtet, akut suizidale Personen oder wiederholt suizidgefährdeten Personen einer kompetenten Fachkraft zuzuführen. Dies kann ein PSZ, ein*e Psychotherapeut*in, ein*e Psychiater*in, eine psychiatrische Institutsambulanz oder der Krisendienst sein. Bis zum Eintreffen eines*r weiteren Helfenden bleibt der*die Ersthelfende jedoch als Erstkontakt weiterhin für die suizidale Person verantwortlich.



Videotipp: „Selbstfürsorge – Brenne für Deine Arbeit, ohne zu verbrennen.“ Erklärvideo zum Thema Selbstfürsorge von Psychotherapeut Stefan Junker:
<https://www.youtube.com/watch?v=GueGN3nRngg>.



Ein Wort zu Antisuiizidverträgen

Antisuiizidverträge sind Zusagen der betroffenen Personen (mündlich oder schriftlich), sich bis zum nächsten Kontakt nichts anzutun. Es kann sein, dass eine suizidale Person sich durch solch einen Vertrag ermutigt fühlt, über ihre Suizidalität zu sprechen. Ebenso kann aber die hilfreiche Beziehung beeinträchtigt werden, wenn die suizidale Person aufgrund eines Vertrages nicht mehr über ihre Suizidalität spricht, aus Angst den Vertrag zu verletzen (Gerstl 2019). So kann die hilfreiche Kommunikation abreißen und eine Gefahr für die Person darstellen.

Antisuiizidverträge können hilfreich sein bei Menschen, die sich in ihrer Selbstverantwortung gestärkt fühlen oder sich bereits deutlich stabilisiert haben. Sie sind nicht zu empfehlen bei akuter, drängender oder impulsiver Suizidalität. Und sie verbieten sich, wenn sie vorrangig der Beruhigung des*r Helfenden dienen – dies spüren die betroffenen Personen (Eink/ Haltenhof 2017).

Grundsätzlich ist ein Antisuiizidvertrag, schriftlich oder mündlich, nur so verlässlich, wie die bestehende therapeutische Beziehung (Gerstl 2019). D.h. eine mündliche Selbstverpflichtung im Rahmen eines guten Reports – bei guter Bündnisfähigkeit des betroffenen Menschen – ist „mehr wert“, als ein unterschriebener Vertrag, der v.a. der Beruhigung des*r

Helfenden dient. Antisuiizidverträge bieten also keine absolute Sicherheit. Sie entlassen die Helfenden auch nicht aus der Pflicht zu prüfen, ob die betroffene Person von so einem Vorschlag nicht überfordert oder befremdet ist. Vor einem unkritischen Umgang mit Antisuiizidverträgen sei gewarnt.

3. Die klinische Einweisung:

Absolute Indikation für eine sofortige stationäre Unterbringung besteht, wenn die betroffene Person:

- sich nicht glaubhaft von der Umsetzung ihrer Suizidpläne distanzieren kann (z.B. bis zu einem nächsten Gesprächstermin) und/oder;
- nicht absprachefähig erscheint und/oder;
- nicht steuerungs-fähig ist (z.B. weil die Person zu agitiert ist, zu impulsiven Reaktionen neigt, intoxikiert, psychotisch oder schwer depressiv ist) und/oder;
- die Etablierung einer tragfähigen hilfreichen Beziehung nicht gelingt und/oder;
- bei Fehlen von Schutzpersonen und/oder;
- bei Unfähigkeit Schutzpersonen um Hilfe zu bitten.

Notfalls kann eine solche Einweisung auch gegen den Willen der suizidalen Person umgesetzt werden, mithilfe der Unterbringungsgesetze. Es sollte ruhig, aber entschlossen gehandelt werden. Die Person muss informiert werden und darf nicht das Gefühl vermittelt bekommen, dass man sie „loswerden“ oder „abschieben“ oder gar ihre Autonomie untergraben wolle. Vielmehr muss ihr vermittelt werden, dass sie als Mensch so wertvoll und ihr Leben so schützenswert ist, dass die Helfenden ihren Suizid nicht hinzunehmen bereit sind.

Rechtlich gesehen haben die Helfer*innen eine Verhinderungs- und Rettungspflicht, insbesondere wenn die freie Verantwortlichkeit der suizidalen Person eingeschränkt ist (z.B. aufgrund einer psychischen Krankheit) oder wenn diese nicht eindeutig beurteilbar ist. Eine Missachtung dieser Verhinderungs- und Rettungspflicht kann als unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) bestraft werden.

Merke: Lieber zu früh Hilfe in die Wege leiten als einmal zu spät!

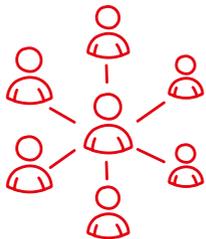


Mögliche externe Anlaufstellen sind:

- Psychiatrische Ambulanz der nächsten Psychiatrie (Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf: o.A.)
- Psychiatrische Praxen;
- Krisendienst/ Sozialpsychiatrischer Dienst;
- Psychotherapeut*in oder Psychosoziales Zentrum (falls die Person sich in Therapie befindet) (ebd.).

In der Unterkunft sollte eine Notfallliste mit Namen, Kontaktdaten und Öffnungszeiten von möglichen Anlaufstellen erstellt werden und griffbereit sein. Nach Möglichkeit sollte bei den Diensten angerufen werden, bevor die Betroffenen dort eintreffen bzw. dorthin begleitet werden, bis der Kontakt zu einer*m zuständigen Klinikärzt*in erfolgt ist. Eine suizidgefährdete Person sollte nicht an der Krankenhausporte „abgeliefert“ werden.

Wenn möglich, sollte eine **sprachliche Verständigung**, z.B. durch die Anwesenheit eines*r Dolmetscher*in ermöglicht werden. Viele Kliniken haben die Möglichkeit, Dolmetscher*innen einzusetzen und zu bezahlen. Es sollte auch daran gedacht werden, die **Versichertenkarte** oder den Krankenschein mitzunehmen. Grundsätzlich aber gilt: Jede Person muss eine Notfallbehandlung bekommen, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus¹.



Praxisbericht zum Umgang mit suizidalen Absichten einer geflüchteten Frau

Andreas Schmitt, Sozialberater in einer Gemeinschaftsunterkunft für geflüchtete Menschen

Im Jahr 2019 habe ich eine etwa 30 Jahre alte Frau beraten, die in Saudi-Arabien aufwuchs und die eritreische Nationalität besaß. Sie studierte Politik in Ägypten, sprach fließend Englisch und war weltoffen. Da ich auch Politik studiert habe und wir im selben Alter waren, hatten wir einige Gemeinsamkeiten. Wir haben uns gut verstanden und sie kam regelmäßig in die Beratung.

Bei Einzug drohte ihr eine Dublin-Abschiebung nach Österreich. Davor hatte sie große Angst, denn Österreich hatte ihren Asylantrag bereits abgelehnt und sie war überzeugt, dass Österreich sie nach Eritrea abschieben werde. Da sie schwer belastet war, habe ich ihr wöchentlich Beratungstermine angeboten und sie zusätzlich an die Organisation Frauenrecht ist Menschenrecht angebunden. Dort sprach sie mit einer Beraterin über ihre Zwangsbeschneidung. FIM hatte eine rekonstruierende Operation vorgeschlagen. Die Auseinandersetzung mit diesem sensiblen und intimen Thema hatte sie aufgewühlt und ihr psychischer Zustand verschlechterte sich rapide.

Erschwerend kam hinzu, dass sie einen Konflikt mit ihrer Mutter (u. a. wegen der brutalen Zwangsbeschneidung) hatte und diese in Saudi-Arabien im Sterben lag. Ich bot ihr an, ein Gespräch mit einer Psychologin in die Wege zu leiten, was sie jedoch ablehnte. Ihre Probleme wuchsen ihr über den Kopf. Eines Nachmittags zeigte sie mir in meinem Büro ein Stück eines zerbrochenen Spiegels und sagte, dass sie sich damit umbringen werde. In der Kenntnis, dass man in solchen Situationen einen Anti-Suizid-Vertrag abschließen kann, sagte ich ihr, dass es nun zwei Möglichkeiten gebe:

- Sie distanziert sich glaubhaft vom Suizid und verspricht mir, sich bis zu unserem nächsten Beratungsgespräch nicht umzubringen, damit ich sie dann an eine Psychologin anbinden kann.
- Ich muss eine Zwangseinweisung in die Wege leiten.

Daraufhin versprach sie mir glaubhaft, sich bis zu unserem nächsten Beratungsgespräch am nächsten Tag nichts anzutun und mit einer Psychologin zu sprechen. Aber Sie bat mich, meinen Kolleg*innen nicht zu erzählen, dass sie sich umbringen wollte. Denn sie

¹ Zum Thema der Einweisung siehe Flory (2017) aus der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF.

wollte nicht, dass andere in der Notunterkunft mitbekommen, dass sie psychisch instabil war. Auf diese Forderung war ich nicht vorbereitet. Ich war aber erleichtert, dass sie sich glaubhaft vom Suizid distanzierte und nahm den „Deal“ an.

Da ich an diesem Tag keine Psychologin mehr erreichte, konnte ich mit niemandem über den Vorfall sprechen.

Abends machte ich mir große Sorgen um sie und bereute, auf den Deal eingegangen zu sein, nicht mit meinen Kolleg*innen über den Fall zu sprechen. Die Stelle meines*r direkten Dienstvorgesetzten war derzeit vakant, sodass ich mich im Rahmen eines Workshops einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Suizid, die glücklicherweise genau in dieser Woche stattfand, hierzu kollegial beraten konnte und der Empfehlung folgte, mit meinen Kolleg*innen über den angedrohten Suizid zu sprechen, selbst wenn ich dafür den „Deal“ brechen müsse.

Dies brachte mich in einen inneren Konflikt, wollte ich mein Versprechen der Klientin gegenüber doch halten. Ich entschloss mich also den „Deal“ nicht zu brechen, sondern im Gespräch mit ihr aufzulösen. Vor dem Gespräch war ich sehr aufgeregt, weil ich unsicher war, wie sie reagieren würde.

Ich sagte der Bewohnerin, dass mich unsere Absprache belastet und ich meine Kolleg*innen darüber informieren wollte, dass sie Selbstmordgedanken hatte auch damit diese ihr helfen könnten, falls ich nicht vor Ort wäre. Sie sagte, dass dies in Ordnung für sie sei und entschuldigte sich mehrfach, mich in eine solche Situation gebracht zu haben.

Kurz nach dem angedrohten Suizid begab sie sich in psychologische Behandlung. Die Dublin-Überstellungsfrist ist mittlerweile abgelaufen, sodass sich ihre aufenthaltsrechtliche Situation verbessert hat. Sie konnte aus dem 8-Bett-Zimmer einer Notunterkunft in ein Einzelzimmer in einer Gemeinschaftsunterkunft ziehen. All diese Veränderungen haben dazu beigetragen, dass sie heute keine Selbstmordgedanken mehr hegt. Dies beschrieb sie mir ca. ein Jahr nach dem Auszug in einer langen E-Mail, in der sie mir auch dafür dankte, dass ich ihr zur Seite stand, als sie verloren war („when I lost myself“).

Trotz des positiven Ausgangs würde ich heute einen solchen „Deal“ nicht mehr annehmen, sondern **von Anfang an klar kommunizieren**, dass es mein professionelles und **verantwortliches Handeln** als Sozialberater erfordert, in derart existenziell bedrohlichen Situationen die Gesundheit und den Schutz der Ratsuchenden sicherzustellen und meine Kolleg*innen bzw. Vorgesetzte über einen solchen Vorfall zu informieren. Ein solches Geheimnis – mit der damit verbundenen persönlichen Belastung – ist für mich keine Option mehr.

Praxisbericht zum Umgang mit einem Suizidversuch einer geflüchteten Frau

Antonia Müller, Sozialdienstleitung in einer Erstaufnahmeeinrichtung

Mein Name ist Antonia Müller, ich bin Sozialarbeiterin und seit mittlerweile 5 Jahren als Sozialdienstleitung in einer Aufnahmeeinrichtung für aktuell 550 asylsuchende Menschen beschäftigt. Das Thema Suizidalität hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung zugenommen, da unter anderem in meiner Einrichtung die Anzahl der Bewohner*innen gestiegen ist, die Aufenthaltsdauer aufgrund des 2019 eingeführten Geordneten-Rückkehr-Gesetzes sich gerade bei allein reisenden Bewohner*innen verlängert hat und gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit eines Bleiberechtes in Deutschland aufgrund der Belegungsstruktur stark gesunken ist. Dies spiegelt sich in Perspektivlosigkeit, in sehr großen Zukunftsängsten, in hoher psychischer Belastung und in einigen Fällen auch in suizidalen Gedanken beziehungsweise suizidalen Handlungen wider, da bei den Betroffenen keinerlei Perspektive mehr gesehen wird; es gibt aus ihrem Sichtpunkt kein vor und kein zurück.

Es gibt kein „vorwärts“, wenn sie in Deutschland einen negativen Bescheid oder einen Dublin-Bescheid erhalten haben. Gleichzeitig gibt es kein „zurück“, da die ursprünglichen Fluchtgründe oder die Angst davor, nach einer Rückkehr vor Ort als „Verlierer“ abgestempelt zu werden, überwiegen. Auch eine Rückführung ins Erstaufnahmeland basierend auf dem Dublin-Abkommen löst bei vielen Bewohner*innen große Angst aus, da diese Lebensphase oft mit sehr schlechten Erfahrungen (z.B. Leben auf der Straße, fehlende staatliche Unterstützung oder mangelnde Zukunftsperspektive) verbunden ist. In der Vergangenheit kam es zu mehreren suizidalen Äußerungen aber auch Handlungen innerhalb der Unterkunft. Von einem Fall möchte ich beispielhaft genauer berichten und dabei auf die Notwendigkeit eines Notfall- beziehungsweise Ablaufplans für solche Situationen hinweisen. Es handelte sich bei dem Fall um eine allein reisende Frau, welche mit ihrem 3-jährigen Kind zusammen in der Einrichtung lebte und demnach alleine für die Erziehung und Betreuung des Kindes verantwortlich war. Bei der Bewohnerin war eine hohe psychische Belastung bekannt. Es stand unter anderem auch der Verdacht einer Anorexie im Raum. Durch Gespräche mit der zuständigen Sozialarbeiterin war bekannt, dass die Bewohnerin kurz vorher einen Schwangerschaftsabbruch vollzogen hatte, da ihr Freund, welcher außerhalb der Einrichtung lebte, sich mit Bekanntgabe der Schwangerschaft von ihr trennte und jeden Kontakt abwies. Darüber hinaus kam hinzu, dass die Bewohnerin an dem Tag der Handlung ihren negativen Asylbescheid erhalten hatte; hierüber hatten wir von Seiten des Sozialdienstes keine Kenntnis.

In vergangenen Gesprächen mit den zuständigen Sozialarbeiter*innen hatte die Bewohnerin bisher keine suizidalen Gedanken geäußert, das Thema Suizid beziehungsweise lebensmüde Gedanken waren vorher kein Thema. Gegen 11.00 Uhr rief eine Zimmernachbarin der Bewohnerin die Sozialarbeiterin, welche sich im Unterbringungsgebäude der Bewohnerin befand und gab an, dass ihre Freundin nicht ansprechbar war. Die Sozialarbeiterin informierte, wie im Notfallplan (auf welchen ich später noch genauer eingehe) vorgesehen, ihre Kollegin sowie die Krankenstation über Funk und suchte das Zimmer auf. Ich als Leitung wartete auf konkretere Informationen, um weitere notwendige Schritte und Maßnahmen einzuleiten. Nachdem ich durch die Kollegin erfuhr, dass die Bewohnerin zwar ansprechbar, aber völlig neben sich stehend im Bett saß und vor ihr zahlreiche Medikamentenpackungen und der Negativbescheid lagen, wies ich zunächst an, das Kind aus der Situation zu nehmen und zu betreuen und informierte dann sofort die Polizei. **Unser Notfallplan sieht vor, dass bei allen suizidalen Handlungen immer die Polizei zu informieren ist, da es sich um eine Ausnahmesituation handelt und nicht abzusehen ist, wie die betroffene Person weiter agiert.** Die Krankenstation übernahm die erste medizinische Versorgung und alarmierte den Rettungsdienst. Auch diese Schritte sind im Notfallplan entsprechend festgehalten. Darüber hinaus informierte ich den Sicherheitsdienst, um mögliche Schaulustige fern zu halten und den Bereich um das Zimmer frei zu halten. **Ich habe in meinem Büro sowie in der Jackentasche meiner Arbeitsjacke den Ablaufplan für solche Fälle immer direkt greifbar, sodass ich, gerade in schwierigen Situationen, in denen das Herz schneller schlägt und Unmengen an Adrenalin im Körper sind, alle Handlungsschritte nachlesen kann und nichts vergesse.** Aus meiner Erfahrung heraus ist es sehr wichtig, dass es eine Person gibt, die alle Handlungen koordiniert. Außerdem ist es essenziell vor allem auch das restliche Team, welche die Erstmeldung einer nicht ansprechbaren Person auch mitbekommen hat, entsprechend zu informieren, damit diese mit Fakten und nicht mit wagen Vermutungen und eigenen Bildern alleine gelassen werden. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass nur die Kolleg*innen, welche in dem Moment für den Fall gebraucht werden, vor Ort sind und nicht alle Kolleg*innen dazu eilen. Auch die Beendigung des Falls in der Einrichtung, sprich der Abtransport mit dem Rettungsdienst, muss allen Kolleg*innen mitgeteilt werden.

Erst als alle Handlungsschritte eingeleitet wurden, verließ ich mit einem mulmigen Gefühl mein Büro, um mir vor Ort ein Bild der Lage zu machen und die Kolleg*innen zu unterstützen. Die Zeit bis der Rettungsdienst



eintraf, schien schier endlos, da stets die Gefahr drohte, dass die Bewohnerin ihr Bewusstsein verlieren könnte. Dementsprechend war bei allen Kolleg*innen eine Erleichterung zu spüren als der Notarzt kam und die weitere Versorgung übernahm. Die Bewohnerin wurde ins Krankenhaus überführt, dort zunächst medizinisch aufgrund ihrer Tablettenintoxikation versorgt und danach für eine Woche in der Psychiatrie untergebracht. Das Kind wurde für diese Zeit durch das Jugendamt in Obhut genommen und entsprechend betreut.

Nach dem Vorfall haben wir uns mit allen beteiligten Kolleg*innen zusammengesetzt und uns über den Fall ausgetauscht. Alle Kolleg*innen hatten so die Möglichkeit über die eigenen Gefühle zu sprechen und sich gegenseitig kollegial zu unterstützen. Wichtig war hier vor allem, die Schuldfrage „**hätte ich es früher mitbekommen müssen und dadurch ihr Handeln verhindern können?**“ von allen abzuweisen, da suizidale Handlungen in erster Linie in der Verantwortung der handelnden Person und nicht in der von Mitarbeiter*innen stehen. Je nach Fall sind zudem Supervisionen oder auch der psychosoziale Notfalldienst – zum Beispiel vom Deutschen Roten Kreuz – sinnvoll, um sich von dem Fall professionell distanzieren zu können. Bereits im Vorfeld müssen solche Angebote etabliert sein, um im Notfall auf sie zurückgreifen zu können. **Die Kontaktdaten sind in unserem Ablaufplan niedergeschrieben.**

Aufgrund meiner Erfahrungen kann ich noch weitergeben, dass an erster Stelle immer die Eigensicherung der Mitarbeiter*innen stehen sollte, da der*die Bewohner*in sich in einem völligen Ausnahmezustand befindet und seine*ihre Reaktion auf Interventionen durch die Mitarbeiter*innen nicht abzuschätzen ist. Hier ist besondere Vorsicht geboten.



Praxisbericht zum Umgang mit Suizidalität einer geflüchteten Frau

Roxana Kolb, Psychosoziale Beraterin

Durch eine Anmerkung, eine Äußerung oder verändertes Verhalten kann sich, so meine Erfahrung, die alltägliche Beratung von geflüchteten Menschen, die ich als vornehmlich begleitenden Prozess verstehe, binnen Sekunden komplett verändern. Weg von der Begleitung, hin zur Abklärung der potentiellen Suizidalität. So erging es mir mit einer Klientin, die über mehrere Monate die psychosoziale Beratung aufsuchte. Sie äußerte häufiger, dass sie des Lebens müde sei. Dieses Mal zeigte sich jedoch ein qualitativer Unterschied, da sie in den Beratungssitzungen zuvor auf Rückfragen hin noch Schutzfaktoren nennen konnte, die sie von Handlungen mit Suizidabsicht abhielten. Das Fehlen dieser während dieser Sitzung war der erste Hinweis für mich weiter abzuklären, wie hoch die Gefahr war, dass sich die Klientin suizidiert bzw. ob ich, falls ich zu dem Ergebnis käme, dass es ein erhöhtes Potential gab, einen Rettungswagen rufen musste.

Als die Klientin äußerte, dass sie nicht mehr leben wolle und ihre vorherigen Schutzfaktoren nicht mehr gegeben seien, spürte ich eine Unruhe in mir. Diese Unruhe verstehe ich rückblickend als eindeutiges Zeichen, dass eine akute Gefährdung nicht auszuschließen war und ich die Klientin nicht ohne weiteres aus der Beratung gehen lassen konnte. Etwaige Panik kam nicht auf, da dies einerseits nicht die erste Situation war, in der ich mit dem Thema konfrontiert wurde. Andererseits hatte ich Handlungssicherheit durch das Wissen um die Fragen, die ich zur Abklärung stellen konnte sowie den Ablaufplan der Dienstverrichtung für solche Situation. Hierbei war es wichtig für mich, dass der Ablaufplan im Büro aushing, sodass ich während des Gesprächs immer wieder auf diesen blicken und mich rückversichern konnte.

Da die Beratung durch eine Kollegin begleitet wurde, die sprachmittelte, hatte ich während der Übersetzung ein wenig Zeit, mir relevante Fragen ins Gedächtnis zu rufen. Dies empfand ich als Vorteil, da ich dadurch nach außen ruhig auftreten konnte, wohingegen ich innerlich angespannt war, da ich die Situation nicht fehldeuten wollte.



Die Antworten auf die Fragen nach Häufigkeit und Intensität der Suizidgedanken, Maßnahmen zur Vorbereitung sowie vergangene Suizidversuche fielen derart aus, dass ich eine mangelnde Distanzierungsfähigkeit von den Suizidgedanken empfand. Ich teilte meine Empfindung mit der Klientin und erklärte ihr, welche Handlungskonsequenzen sich für mich daraus ergeben. Mit dem Vorhaben, einen Krankenwagen rufen zu wollen, stieß ich auf Widerstand bei der Klientin. In diesem Moment ging meine Unruhe in Nervosität über, da ich unschlüssig war, wie ich weiter verfahren sollte. Grund für meine Ambivalenz war der Umstand, dass ich einerseits der Klientin glaubte, dass sie sich wegen einer Verpflichtung im sozialen Umfeld bis zum morgigen Tage nichts antun werde. Diese Praxis von „Verträgen“ mit Klient*innen bzw. vielmehr Patient*innen sollte jedoch meiner Auffassung nach für das Therapiesetting vorbehalten sein. Andererseits ist meine Arbeit von dem Verständnis geprägt, die Autonomie von Klient*innen zu erweitern und nicht in diese einzugreifen. Der Gedanke, den Rettungsdienst gegen den Willen der Klientin zu rufen, löste bei mir die Sorge aus, übergriffig zu sein. Darüber hinaus war ich mir sicher, dass es von Seiten der Klientin zu keiner Kooperation mit dem Rettungsdienst kommen würde. Ich erklärte der Klientin, dass ich aufgrund meiner Ambivalenz noch einmal mit einer Kollegin sprechen wolle. Die Klientin stimmte zu und ich bat meine Kollegin – nach vorheriger Einholung ihres Einverständnisses – bei der Klientin zu bleiben.

Nach einem kurzen Austausch mit den Kolleg*innen wurde mir klar, dass ein „Vertrag“ keine Lösung war und die Einschätzung einer akuten Suizidalität von dafür vorgesehenen Fachkräften vorgenommen werden musste: dem Rettungsdienst. Das Ziel für den weiteren Beratungsverlauf war es, diesbezüglich ein Einverständnis bei der Klientin zu generieren. Im Gespräch lag der Fokus auf meiner Sorge um sie sowie der Tatsache, dass sie und ihre Gesundheit nun die Prioritäten waren. Nach dem gemeinsamen Suchen einer Lösung für die Absage der vorgenannten Verpflichtung, gab sie ihr ein Einverständnis, den Rettungsdienst zu rufen, welcher sie in eine Klinik einwies ließ. Das Einverständnis der Klientin in Bezug auf den Austausch mit den Kolleg*innen und das Hinzuziehen des Rettungsdienstes war für mich eine günstige Ausgangslage, um mich im Handeln kongruent zu fühlen. Sie ist aber nicht notwendige Bedingung, um tätig zu werden. Dies ist im Einzelfall abzuwägen.



Die Familienangehörigen nach versuchtem Suizid

Selim Thabti, psychologischer Psychotherapeut, Psychosoziales Zentrum Saarbrücken, DRK Landesverband Saarland

Der Suizid(-Versuch) eines nahen Angehörigen ist als Trauma zu betrachten, weil er nach außen meist plötzlich und unerwartet auftritt. Vor allem, wenn Angehörige die Person tot aufgefunden haben. Wenn Familienangehörige oder der*in Suizidant*in nahestehende Personen vom Suizid erfahren, ist es für diese ein Schock. Die Situation ruft Schuldgefühle bei den Betroffenen hervor, die oft über lange Zeit bestehen bleiben.

Für Angehörige steht immer die Frage im Raum, ob der Suizid hätte vorhergesehen oder verhindert werden können. Dadurch kommt es oft zu Selbstvorwürfen oder Schuldzuweisungen. Besonders, wenn der/die Verstorbene Suizidgedanken vorab geäußert hatte und nichts dagegen unternommen wurde. Hinterbliebene zweifeln z. B. daran, ob der Mensch, der sich das Leben nahm, jemals glücklich in der gemeinsamen Beziehung war; oder sie sind damit beschäftigt, warum sie, z. B. als Mutter, Bruder, Kind, Ehefrau, Freund durch die Entscheidung für den Suizid mit allen Konsequenzen alleine zurückgelassen wurden.

Im Vorfeld wird der Suizid von den Betroffenen häufig mit entsprechenden Äußerungen angekündigt. Hier gilt die Regel, dass **Suiziddrohungen ernst genommen, angesprochen und nicht tabuisiert werden dürfen**. Es ist ein Irrtum von vielen Angehörigen zu meinen, dass ein Gespräch über Suizidalität die Suizidgedanken nur verstärkt oder sogar auslöst. Suiziddrohungen müssen umso mehr ernst genommen werden, wenn in früheren Zeiten schon Suizidversuche stattgefunden haben.

Nach einem Suizidversuch ist es wichtig, dass Angehörige die suizidgefährdete Person unterstützen und für sie da sind. Besonders relevant ist es dabei, einen geschützten Rahmen für das Gespräch mit den Betroffenen zu finden, um ihnen zu zeigen, dass sie geschätzt, umsorgt und akzeptiert werden: **“Es tut mir leid, dass es Dir so schlecht geht. Ich bin froh, dass Du noch da bist”. Oder: “Ich bin für Dich da. Denk daran, dass Du immer mit mir reden kannst, falls Du das möchtest”**. Angehörige müssen versuchen, die Gefühle und Perspektiven der suizidalen Person zu verstehen, bevor sie gemeinsam Lösungen erarbeiten.



Gegenstände, mit denen sich Suizidgefährdete verletzen könnten, sollten aus der Umgebung entfernt werden.

Sie sollten Hilfe von Anderen, z. B. Freund*innen und Familienmitgliedern, in Anspruch nehmen, um die suizidale Person so gut es geht zu unterstützen. Sie sollten ebenfalls darauf achten, nicht die Rolle von Ärztin/Arzt oder Psychotherapeut*in zu übernehmen. Vielmehr geht es darum, dass die Person professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Auch Angehörige können sich selbst professionelle Unterstützung suchen, wenn sie mit der Situation überfordert sind.

Angehörige sollten sich über ihre Gefühle im Klaren sein und nicht auf eine Art und Weise reagieren, welche die Kommunikation erschweren könnte. Folgende Reaktionen führen z. B. zu keiner Verbesserung der Situation: Panikreaktion, Beschimpfungen, Kritik, “Predigten halten”, die suizidale Person zu ignorieren oder allein zu lassen, mit einem schlechten Gewissen zu bestrafen und die Situation zu dramatisieren oder übertrieben zu vereinfachen.



Sozialpsychologische Unterstützung von den Mitarbeiter*innen

Selim Thabti, psychologischer Psychotherapeut, Psychosoziales Zentrum Saarbrücken, DRK Landesverband Saarland

Schilderungen von Traumatisierungen sowie von Suizidversuchen können für die Mitarbeiter*innen sehr belastend sein. In der Arbeit mit traumatisierten und suizidalen Menschen besteht daher das Risiko, dass sich bei Helfer*innen (auch ohne direkten Kontakt mit einer Suizid-Situation) sehr plötzlich Symptome des Wiedererlebens, der Übererregung und der Vermeidung zeigen, die der Reaktion auf ein Trauma ähnlich sind. Somit können dadurch bei Mitarbeiter*innen auch sekundäre Traumatisierungen auftreten, welche ernsthaft behandelt werden sollten.

Selbstfürsorge schützt in diesen Fällen vor schneller emotionaler Überflutung und sekundärer Traumatisierung. Die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu reflektieren ist sehr wichtig. In der Arbeit mit suizidalen oder traumatisierten Personen können private Belastungen (wieder) aufkommen. Diese sollten bewusst gemacht und separat oder situativ (durch Supervision, Beratung, Therapie) versorgt werden.

Um sich vor Überlastung zu schützen ist es unabdingbar, auf die eigenen Grenzen zu achten. Die Gefahr besteht in der Überidentifizierung mit der suizidalen oder traumatisierten Person und somit darin, nicht mehr in der Lage zu sein, adäquat zu helfen. In manchen Situationen tendieren die Mitarbeiter*innen dazu, schnell den Überblick zu verlieren und identifizieren sich emotional zu sehr mit der Person, was zu Erschöpfung und emotionaler Überforderung führen kann. In diesem Fall kann es sein, dass nur durch professionelle Hilfe (Supervision, Intervision) die nötige Distanz zur Lebenssituation der suizidalen Person wiederhergestellt werden kann.

Damit die Mitarbeiter*innen im Umkehrschluss durch zu viel Distanz nicht eine rigide oder verschlossene Haltung einnehmen, ist es wichtig, eine Balance zwischen Distanz und Nähe sowie zwischen Macht und Ohnmacht zu finden. Für die Arbeit mit traumatisierten und suizidalen geflüchteten Menschen ist es daher wichtig zu wissen, an welcher Stelle an andere Behandlungs- und Beratungsstellen weitervermittelt werden sollte. Bei Suizidalität sollte früh an Psychotherapeut*innen, psychosoziale Zentren oder psychiatrische Institutsambulanzen weitervermittelt werden.

Neben der persönlichen Selbstfürsorge ist die Unterstützung innerhalb des Teams von großer Bedeutung. **Regelmäßige Supervision** kann dabei helfen, Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schuld und Schwäche sowie Zweifeln einen Raum zu geben, diese zu verarbeiten und gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Einrichtungsspezifische Vorbereitung und Notfallpläne für den Umgang mit Suizidalität und Suizid (versuchen)

Florian Töpfer, Multiplikator für Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen in Schleswig-Holstein und Hamburg/ DeBUG-Projekt, DRK Landesverbands Schleswig-Holstein.

*„Grau ist im Leben alle Theorie – aber entscheidend ist auf’m Platz.“
(Alfred „Adi“ Preißler (*1921-†2003) – deutscher Fußballspieler und Trainer)*

Was hat das Zitat eines ehemaligen Fußballers und Trainers über einem Beitrag zu suchen, der sich mit den Themen Suizidalität und Gewaltschutz beschäftigt? Die Frage ist berechtigt. Wenn man sich diesen Satz aber genauer anschaut, sowie auch andere, aus sportlichen Kontexten entlehnte Motive, Merksätze und Herangehensweisen, stellt man fest, dass man sehr viele hilfreiche Vergleiche aus dem Sport heranziehen kann, um einmal unter einem leicht anderen Licht auf einige Gelingensbedingungen für einen funktionierenden und strukturierten Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen blicken zu können. Insbesondere beim Zusammenspiel von Theorie und Praxis, bzw. Vorbereitung und Umsetzung, kann der Blick auf den Sport auch für die Umsetzung und Praxis von Gewaltschutz einiges verdeutlichen, auf das es beim Umgang mit Suizidalität in der Arbeitspraxis in einer Unterkunft ankommt.

Be prepared!

Erfolg im Sport geschieht nicht zufällig. Gute und erfolgreiche Teams und Sportler*innen zeichnen sich in der Regel durch einige Merkmale aus:

- Sie verfolgen ein durchdachtes und erfolgversprechendes Spielkonzept und verstehen die Theorie dahinter;
- Sie nehmen Gegner*innen nie auf die leichte Schulter, studieren sie gründlich und bereiten sich konzentriert im Training auf sie vor;
- Sie stellen sich auf alle Eventualitäten ein, um von keiner Entwicklung im Match (z.B. früher Rückstand; Verletzung von Spieler*innen; widrige Platzverhältnisse) und von keiner Spielweise der Gegner*innen aus dem Konzept gebracht zu werden;
- Sie lernen aus Niederlagen und Fehlern und wollen sich stetig verbessern;
- Der Coach achtet auf die Gesundheit und Belastung seiner Spieler*innen, damit sie dauerhaft leistungsfähig bleiben können;

- Alle Akteure im Umfeld des Teams ziehen an einem Strang (Management, Werbepartner*innen, Ärzt*innen, Fans, usw.), um die Rahmenbedingungen für den Erfolg zu schaffen.

Diese Art der Vorbereitung und Umsetzung, die im Sport Grundlage – jedoch keine Garantie – für Erfolg darstellt, kann einige wertvolle Vorlagen dafür liefern, wie auch mit dem Thema Suizidalität in der Arbeitspraxis in einer Unterkunft erfolgreich umgegangen werden kann. Ein guter und verantwortungsvoller Umgang mit dieser schwierigen Thematik setzt, wie auch im Sport, einige Dinge voraus:

- Alle Mitarbeiter*innen einer Unterkunft besitzen grundlegendes Wissen über Ursachen und Anzeichen von Suizidalität;
- Anzeichen von Suizidalität werden immer ernst genommen und verantwortungsvoll bearbeitet, beraten und dokumentiert;
- Werden Anzeichen einer suizidalen Krise erkannt bzw. kommt es zu einem Suizidversuch, wissen alle Mitarbeiter*innen was zu tun ist, wer zu informieren ist und welche nächsten Schritte eingeleitet werden müssen (z.B. Eigenschutz, direktes Ansprechen der Bewohnerin bzw. des Bewohners, Vermittlung externer Beratung, Hinzuziehen von Polizei oder ärztlichem Dienst, usw.);
- Kommt es zu einem Suizidversuch oder werden die festgelegten Handlungsschritte beim Umgang mit Suizidalität nicht eingehalten, wird der Fall besprochen und reflektiert, um daraus zu lernen und ggf. Maßnahmen zu ergreifen (z.B. Anpassung der Handlungsschritte, Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter*innen, Änderungen in der Arbeits- und/oder Personalstruktur, usw.);
- Die Einrichtungsleitung/Teamleitung achtet auf ausreichende Unterstützung für ihre Mitarbeiter*innen, damit sie beim Umgang mit suizidalen Fällen nicht ihre eigene Gesundheit aufs Spiel setzen (z.B. Supervision, Schulungen zu Nähe und Distanz, Abziehen von Mitarbeiter*innen von belastenden Fällen, Übernahme der Koordinierung der Maßnahmen, usw.);
- Die Mitarbeiter*innen der Unterkunft können bei Suizidalität bzw. suizidalen Versuchen auf ein Netzwerk im Umfeld der Einrichtung zurückgreifen, damit eine möglichst professionelle und erfolgreiche Behandlung des Falls gewährleistet werden kann (z.B. Verweis an Psychosoziale Beratungszentren, Stationäre Behandlung, andere stabilisierende und therapeutische Angebote, usw.).

Welche Erkenntnisse kann man nun aus dem Sportvergleich für einen guten und verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema Suizidalität gewinnen?

Sprach- und Handlungsfähigkeit sichern und stärken

Um sowohl im Sport als auch beim Umgang mit Suizidalität erfolgreich und angemessen agieren zu können, sollte so wenig wie möglich dem Zufall überlassen werden. **Vorbereitung und Struktur** sind die halbe Miete – sowohl im Sport, wenn man wichtige Spiele oder Turniere gewinnen will, als auch im Gewaltschutz, wenn man in kritischen Situationen vor der Herausforderung steht, angemessen und verantwortungsvoll zu handeln.

Um Bewohner*innen, die sich in einer suizidalen und potentiell lebensbedrohlichen Krise befinden, möglichst gut und wirksam unterstützen und beraten zu können, müssen die Mitarbeiter*innen einer Unterkunft in Bezug zum Thema Suizidalität stets vorbereitet und damit sprach- und handlungsfähig sein. Dies ist ungemein wichtig, da die betroffene Person in der Regel nicht selbst die Kraft und den Mut aufbringen kann, die eigene Situation zur Sprache zu bringen, um Unterstützung und Hilfe zu erhalten.

Ein wichtiges und wirksames Tool, um diese Sprach- und Handlungsfähigkeit in Bezug auf den **Umgang mit Suizidalität zu stärken und sicherzustellen, sind klar strukturierte, praxistaugliche und mit den nötigen Schritten und Informationen ausgestattete Handlungsketten**. Sie sind die Matchpläne, die möglichst alle Eventualitäten beim Umgang mit Suizidalität berücksichtigen und den Mitarbeiter*innen einer Unterkunft, auch in kritischen und stressigen Situationen, als Handlungsleitfäden dienen, damit der herausfordernde Umgang mit dem Thema Suizidalität in der Arbeitspraxis, zum Wohle und Schutz der Betroffenen und auch der Mitarbeiter*innen, erfolgreich gemeistert werden kann.



Exemplarische Beispiele für Handlungsketten bei Suizidalität und Suizidversuchen

1. Verdacht auf Suizidalität - eine exemplarische Handlungskette

Handlungsschritt	Handlungsaufgabe	Verantwortlich/ Ansprechpartner	Hinweis
1	Anzeichen für Suizidalität wird durch das Einrichtungsteam beobachtet bzw. die Information wird an das Einrichtungsteam herangetragen (z.B. durch die Schule oder den Sicherheitsdienst).	Alle Personen in der Einrichtung sind dazu angehalten, Anzeichen für Suizidalität an die entsprechenden Verantwortlichen zu kommunizieren.	<ul style="list-style-type: none"> - Schritte 1 bis 4 sollten sofort erfolgen. - Achtung: Alle Mitarbeiter*innen, die in der Unterkunft agieren, müssen über die Anzeichen für eine potentielle Suizidalität geschult sein!
2	Die Information wird umgehend an die Sozialberatung (kurz SB) und die Einrichtungleitung weitergeleitet.	Leitung (Leitungsvertretung) SB	
3	Das Einrichtungsteam bespricht die Information und beginnt die Dokumentation.	Leitung (Leitungsvertretung) SB	
4	Einschätzung der Gefahrenlage: Die betroffene Person wird in einem Beratungstermin direkt und offen auf eine mögliche suizidale Krise angesprochen.	Verantwortliche Person, die für solche Gespräche geschult ist, übernimmt hier die Verantwortung. Geschulte Person (+Vertretungskontakte)	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräch in möglichst vertraulicher und geschützter Atmosphäre. - Wichtig: Im Erstgespräch primär zuhören und ernstnehmen. - Keine Ad-hoc Lösungen anbieten. Die betroffene Person könnte sich und ihre Probleme nicht ernst genommen fühlen.
5	Die/der beratende Mitarbeiter*in reflektiert und bespricht die Informationen aus dem Erstgespräch im Team oder/und zieht eine geeignete externe Fachberatung hinzu. Es müssen Schritte beschlossen werden, um die betroffene Person zeitnah in ihrer Situation zu entlasten.	Team Leitung (Leitungsvertretung) Externe Fachberatung (+Vertretungskontakte)	<ul style="list-style-type: none"> - Wichtig: Auf Einhaltung des Datenschutzes achten! Anonyme Fallschilderung mit den externen Fachberater*innen ist notwendig, wenn keine Schweigepflichtentbindung vorliegt. - Kontakt zur externen Fachberatung muss allgemein, unabhängig von einem konkreten Fall, bereits abgeklärt sein. - Eine Liste mit möglichen externen Fachberatern muss angelegt sein.

Handlungsschritt	Handlungsaufgabe	Verantwortlich/ Ansprechpartner	Hinweis
6	Weitere Beratungs- und Unterstützungsschritte werden im Team oder/und mit der externen Fachberatung besprochen und in Absprache mit der betroffenen Person vereinbart, wenn die Fallsituation eine langfristige Unterstützung erforderlich macht.	Team Externe Fachberatung (+Vertretungskontakte)	- Achtung: Deuten die gesammelten Informationen auf eine akute Suizidgefahr hin, greift Handlungskette 2.



2. Suizidale Äußerungen oder suizidale Absichten - eine exemplarische Handlungskette

Handlungsschritt	Handlungsaufgabe	Verantwortlich/ Ansprechpartner	Hinweis
1	Anzeichen für akute Suizidgefahr wird durch das Einrichtungsteam beobachtet bzw. Informationen werden an das Team herangetragen bzw. die betroffene Person äußert selbst konkrete Suizidabsichten.	Alle Personen in der Einrichtung sind dazu angehalten, Anzeichen für Suizidalität an die entsprechenden Verantwortlichen zu kommunizieren.	- Schritte 1 bis 4 sollten sofort stattfinden. - Achtung: Alle Mitarbeiter*innen, die in der Unterkunft agieren, müssen über die Anzeichen für akute Suizidalität geschult sein!
	Die Information wird umgehend an die Sozialberatung (SB) und die Einrichtungsleitung weitergeleitet.	SB Leitung (Leitungsververtretung)	- Die Einrichtungsleitung koordiniert das Vorgehen. Ist sie nicht erreichbar oder nicht im Dienst, muss eine Bereitschaftsnummer hinterlegt sein.
3	Die SB nimmt umgehend Kontakt mit der betroffenen Person auf und führt ein Beratungsgespräch und eine Risikoeinschätzung durch.	SB	- Achtung: Auf Eigenschutz achten! Die akut suizidgefährdete Person könnte aggressiv reagieren bzw. hat evtl. Suizidwerkzeuge (Messer etc.) bei sich.
4	Akute Suizidgefahr bestätigt sich: Umgehend schützende/therapeutische Maßnahmen organisieren und ärztlichen Dienst und Polizei informieren.	Leitung (Leitungsververtretung) Klinik Polizei Ärztlicher Dienst (+Vertretungskontakte)	- Die Einrichtungsleitung koordiniert das Vorgehen. - Die betroffene Person muss über die eingeleiteten Schritte informiert werden. Transparenz ist wichtig! Die akut suizidgefährdete Person sollte nicht lange allein gelassen werden. Achtung: Dabei Eigenschutz beachten! - Kontakt zu externen Kooperationspartnern muss allgemein, unabhängig von einem konkreten Fall, bereits abgeklärt sein.
5	Akute Suizidgefahr bestätigt sich nicht: Weiter wie in Handlungskette 1 + Dokumentation des Fallgeschehens muss angelegt werden.	Kontakt Einrichtungsleitung Kontakte aller in der Einrichtung tätigen Akteure (+Vertretungskontakte)	- Alle vorher informierten Parteien werden über die aktualisierte Gefahreneinschätzung informiert. - Die Einrichtungsleitung koordiniert das Vorgehen.

3. Suizidversuch - eine exemplarische Handlungskette

Handlungsschritt	Handlungsaufgabe	Verantwortlich/ Ansprechpartner	Hinweis
1	Mitarbeiter*innen der Einrichtung finden eine Person vor, die einen Suizidversuch vollzogen hat oder sich im unmittelbaren Vollzug befindet bzw. Mitarbeiter*innen des Einrichtungsteams werden über eine solche Situation durch Dritte informiert.	Alle Personen in der Einrichtung sind dazu angehalten, Anzeichen für Suizidalität an die entsprechenden Verantwortlichen zu kommunizieren.	- Gefahr im Verzug! - Alle Mitarbeiter*innen des Einrichtungsteams müssen in Erste-Hilfe-Maßnahmen geschult sein.
2	Der/die Mitarbeiter*in informiert sofort den ärztlichen Dienst und die Einrichtungsleitung.	Ärztlicher Dienst Notarzt Leitung (Leitungsververtretung)	- Achtung: Eigenschutz hat oberste Priorität! Möglichst nicht alleine in die kritische Situation gehen. - Die Einrichtungsleitung koordiniert das Vorgehen.
3	Die Einrichtungsleitung alarmiert den Sicherheitsdienst und die Polizei.	Leitung (Leitungsververtretung)	- Möglichst keine Gegenstehensbewegungen (evtl. wichtig für Spurensicherung).
4	Das Einrichtungsteam sorgt bis zum Eintreffen des Sicherheitsdienstes/der Polizei dafür, dass sich keine Bewohner*innen vor Ort sammeln.	Leitung (Leitungsververtretung)	- Achtung: Möglichst zusammen mit Kolleg*innen oder direkt mit dem Sicherheitsdienst agieren. Eigenschutz geht vor!
5	Sobald die Einrichtungsleitung die Polizei und den Sicherheitsdienst informiert hat, begibt sie sich zum Ort des Geschehens, um ihre Mitarbeiter*innen zu unterstützen und zu schützen.	Leitung (Leitungsververtretung)	- Wichtig: Die Einrichtungsleitung muss erreichbar sein. Ansonsten muss ein Vertretungskontakt erreichbar sein.
6	Sobald der/die Notarzt/Notärztin die medizinische Versorgung übernommen hat und Sicherheitsdienst/Polizei die Lage absichern, ziehen sich die beteiligten Mitarbeiter*innen zurück.		- Die beteiligten Mitarbeiter*innen waren einer hoch belastenden Situation ausgesetzt.

3. Suizidversuch - eine exemplarische Handlungskette

Handlungsschritt	Handlungsaufgabe	Verantwortlich/ Ansprechpartner	Hinweis
7	Die beteiligten Mitarbeiter*innen besprechen den Fall und die Belastung durch den Fall mit der Einrichtungsleitung und/oder einer geeigneten Supervisorin bzw. einem geeigneten Supervisor.	Leitung (Leitungsververtretung) Supervisor*in	- Schutz der Gesundheit der Mitarbeiter*innen: Supervision, zeitlich begrenzte Freistellung, andere unterstützende Maßnahmen.
8	Wenn Familienangehörige zur Fallsituation gehören, berät die Sozialberatung mögliche unterstützende Schritte.	Leitung (Leitungsververtretung) Team	- Evtl. psychosoziale Unterstützung für die Angehörigen. - Evtl. Verlegung in eine andere Einrichtung.
9	Der Fall wird dokumentiert	Leitung (Leitungsververtretung) Team	
10	Im Nachgang wird die Situation mit allen Beteiligten besprochen und reflektiert, um die Wirksamkeit der Handlungsabläufe und evtl. Versäumnisse im Vorfeld des Suizidversuchs zu analysieren.	Leitung (Leitungsververtretung) Team Ärztlicher Dienst	- Die Einrichtungsleitung trägt für diesen Schritt die Verantwortung. Sie bezieht alle Akteure des Einrichtungsteams mit ein.

Rechtliche Auswirkungen von Krankheiten auf Asyl und Aufenthalt

Inga Matthes, Referentin Grundlagen Flucht – DRK Generalsekretariat

Bei einem Großteil von Suizidversuchen und Suiziden spielen psychische Krankheiten eine maßgebliche Rolle, etwa **Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)**. Das Vorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten kann rechtliche Auswirkungen auf das Asylverfahren und den Aufenthalt in Deutschland haben, jedoch sind die Hürden für die Geltendmachung von Krankheiten im Zuge der letzten Gesetzesänderungen angehoben worden. Umso wichtiger sind eine gute Beratung und Unterstützung der Betroffenen.

Aus einer Krankheit kann sich z.B. ein Abschiebungsverbot gem. § 60 Abs. 5 AufenthG oder § 60 Abs. 7 AufenthG ergeben. Wird ein solches zuerkannt, soll dem*r Betroffenen eine Aufenthaltserlaubnis gem. § 25 Abs. 3 AufenthG erteilt werden. In der Praxis am relevantesten ist das Abschiebungsverbot gem. § 60 Abs. 7 AufenthG, welches eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit im Zielstaat voraussetzt. § 60 Abs. 7 S. 3 AufenthG konkretisiert: eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Hierbei ist zu berücksichtigen, ob und wie die Krankheit im Zielstaat behandelt werden kann.

Daneben kann eine Krankheit auch ein Duldungsgrund¹ gem. § 60a AufenthG sein. Dies ist der Fall, wenn auf Grund der Krankheit eine Abschiebung aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht möglich ist. Durch das sogenannte „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ vom August 2019 wurden die Anforderungen an die Geltendmachung der Krankheit erhöht. Es besteht nunmehr die gesetzliche Vermutung, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen (§ 60a Abs. 2c S. 1 AufenthG). Diese gesetzliche Vermutung kann nur durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung widerlegt werden, welche unverzüglich nach dem Erstellen vorgelegt werden muss. Unverzüglich meint „ohne schuldhaftes Zögern“, was in der Praxis „innerhalb von zwei Wochen“ bedeutet. Die weiteren expliziten Anforderungen an die ärztliche Bescheinigung sind in § 60a Abs. 2c S. 3 – 4 AufenthG aufgelistet. Stellungnahmen psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten reichen damit grundsätzlich nicht mehr aus.

Für die Beratungspraxis gilt: aufgrund der hohen Anforderungen an die Darlegung der Krankheit und der engen Zeitvorgaben ist eine gute Beratung und enge Begleitung der Betroffenen elementar. Die Beratungsfachkraft kann die betroffene Person auf dem Weg zu einer ärztlichen oder therapeutischen Behandlung unterstützen und z.B. den Kontakt zu einem psychosozialen Zentrum herstellen. Die Mitarbeiter*innen hier sind entsprechend qualifiziert und geschult und kennen auch die hohen gesetzlichen Anforderungen an die Darlegung der Krankheit. Die Beratungsfachkraft kann die betroffene Person außerdem dabei unterstützen, eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt zu finden, die/der im Migrationsrecht spezialisiert ist!

Verwendete Literatur

„Wir müssen mit umfassender Suizidpräventionsstrategie reagieren“ - Faris Shehabi

Fiedler, Georg (2003): Suizidalität neue Medien. Gefahren und Möglichkeiten. In: Witte, Michael (Hrsg.): *Neue Medien und Suizidalität - Gefahren und Interventionsmöglichkeiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 99-55.

Gerngroß, Johanna: (2020): Einführung in die Suizidprävention. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Stuttgart: Schattauer 1-13.

Goosen, Simone/ Kunst, Anton/ Stronks, Karien/ Oostrum, Irene/ Uitenbroek, Daan/ Kerkhof, Ad. (2011): Suicide Death and Hospital-Treated Suicidal Behaviour in Asylum Seekers in the Netherlands: A National Registry-Based Study. *BMC Public Health*, 11(1), 1-8.

Staehr, Mia Antoni/ Munk-Andersen, Ebbe (2006): Suicide and Suicidal Behavior among Asylum Seekers in Denmark during the Period 2001-2003. A Retrospective Study. *Ugeskrift for laeger*, 168 (17), 1650-1653.

Vom Felde, Lisa/ Flory, Lea/ Baron, Jenny aus der Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF (2020): *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.

World Health Organization – WHO (2014): *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva: World Health Organization (WHO).

World Health Organization – WHO (2018): *Preventing Suicide a Community Engagement Toolkit*. Geneva: World Health Organization (WHO).

¹ Für die weitere Lektüre siehe Jentsch (2020).

„Vorurteile und Fakten über Suizidalität im allgemeinen Kontext und in Bezug auf Flucht und Asyl“ - Helay Safi

Gerngroß, Johanna: (2020): Einführung in die Suizidprävention. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Stuttgart: Schattauer, 1-13.

World Health Organization – WHO (2014): *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Millner, Alexander/ Lee, Michael / Nock, Matthew (2016): Describing and Measuring the Pathway to Suicide Attempts: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 47(3), 353–369.

„Persönliche Gefährdungs- und Schutzfaktoren“ - Helay Safi

Dixius, Andrea/ Möhler, Eva: (2017): Ein neues Therapie-Konzept validiert die besonderen Bedürfnisse geflüchteter Kinder und Jugendlicher: START. *Psychotherapie Forum*, 22(3), 76-85.

Gäbel, Ulrike/ Ruf, Martina/ Schauer, Maggie/ Odenwald, Michael/ Neuner, Frank (2006): Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.

Kienle, Rolf/ Knoll, Nina/ Renneberg, Babette (2006): Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In: Renneberg, Babette/ Hammelstein, Philipp (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie, Berlin*; Heidelberg: Springer, 107-122.

Küchenhoff, Bernhard (2013): Migration und Suizidalität. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 4, 12-15.

Mannhart, Adelina/ Freisleder, Franz Joseph (2017): *Traumatisierung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen*. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(1), 38-47.

Sukale, Thorsten/ Rassenhofer, Miriam/ Kirsch, Veronica/ Pfeiffer, Elisa (2020): Niedrigschwellige traumafokussierte Gruppeninterventionen für traumatisierte Jugendliche mit Fluchterfahrung: Der Einfluss von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68(1), 52-63.

Oulios, Miltiadis (2015): *Blackbox Abschiebung: Geschichte, Theorie und Praxis der deutschen Asylpolitik*. Berlin: Suhrkamp.

Walz, Marco/ Fink, Ewgeni/ Großmeier, Mark/ Temprano, Miguel/ Hapfelmeier, Gerhard (2016): Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland.

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45(1), 58-68. World Health Organization – WHO (2014): *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva: World Health Organization (WHO).

„Todessehnsucht nach dem Kampf ums Überleben? Zu strukturellen Schutz- und Risikofaktoren“ - Miriam Schwarz

Antirassistische Initiative Berlin (2021): *Bundesdeutsche Flüchtlingspolitik und ihre tödlichen Folgen*. Berlin: Antirassistische Initiative Berlin.

Baron, Jenny / Flory, Lea / Kerbs, Daniela aus der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF (2020): *Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder*. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.

Baron, Jenny/ Flory, Lea aus der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF (2020): *Versorgungsbericht- zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.

Flory, Lea/ Teigler, Leonie aus der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF (2017): *Was hilft? Wege aus der Isolation. Geflüchtete sprechen über ihre Erfahrungen mit Psychotherapie*. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.

Gerngroß, Johanna (2020): Grundlagen zu Suizidalität und Suizid. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Stuttgart: Schattauer, 14-60.

iFightDepression (o.A.): Suizidrisiko einschätzen. Online: <https://ifightdepression.com/de/feuer-multiplikatoren/pfarrer-seelsorger/suizidrisiko-einschaetzen>. Zuletzt eingesehen am 10.10.2021.

Menninger, Karl (1938): Man against himself. Zit. nach: Gerngroß, Johanna (2020): Grundlagen zu Suizidalität und Suizid. In Gerngroß, Johanna (Hrsg.) (2020): *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Stuttgart: Schattauer, 14-60.

Nesterko, Yuriy/ Jaeckle, David/ Friedrich, Michael/ Holzapfel, Laura/ Glaesmer, Heide (2019): Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder, Depression and Somatisation in Recently Arrived Refugees in Germany: An Epidemiological Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-11.

Oldenburg, Jörn (2007): Lebensstrategien. Ein Simulationsmodell zur Früherkennung von Suizidalität und Optionen zur Stärkung der Lebensfähigkeit. Wiesbaden: Springer.

„Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Menschen mit Fluchterfahrung“ - Thorsten Sukale

Baasher, Taha (2001): Islam and Mental Health. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 7 (3), 372-376.

Becker, Katja/ Plener, Paul et. al (2015): *Leitlinie Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter*. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/303675630_Guidelines_NSSV/citation/download. Zuletzt eingesehen am 11.10.2021.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016): *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter*. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-031L_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01-abgelaufen.pdf. Zuletzt eingesehen am 11.10.2021.

Klonsky, Elisha David (2007): The Functions of Deliberate Self-injury: a Review of the Evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-39.

Nock, Matthew (2010): Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363.

Nock, Matthew/ Favazza, Armando (2009): Nonsuicidal Self-injury: Definition and Classification. In: Nock, Matthew (Hrsg.): *Understanding Nonsuicidal Self-injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington: American Psychological Association, 9-18.

Nock, Matthew/ Green, Jennifer/ Hwang, Irving/ McLaughlin, Katie/ Sampson, Nancy/ Zaslavsky, Alan/ Kessler, Ronald (2013): Prevalence, Correlates and Treatment of Lifetime

Suicidal Behavior among Adolescents. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310.

Nock, Matthew/ Borges, Guilherme/ Bromet, Evelyn/ Cha, Christine/ Kessler, Ronald/ Lee, Sing (2008): Suicide and Suicidal Behaviour. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.

Plener, Paul (2015): *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen*. Berlin: Heidelberg: Springer.

Plener, Paul/ Kaess, Michael/ Schmahl, Christian/ Pollak, Stefan/ Fegert, Jörg/ Brow, Rebecca (2018): Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(3), 23-30.

Walsh, Barent (2007): Clinical Assessment of Self-Injury: a Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068.

„Erkennung, Einschätzung und eigene Handlungsmöglichkeiten bei Suizidalität unter geflüchteten Menschen“ - Dr. Katja Mériaux

Dorrmann, Wolfram (2009): *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. München: Klett-Cotta Verlag.

Ebner, Gerhard (2001): Suizidalität bei Asylsuchenden und Flüchtlingen: Hintergründe—Erkennung—Interventionsmöglichkeiten. In: Verwey, Martine (Hrsg.): *Trauma und Ressourcen*. Berlin: VWB, 75-88.

Eink, Michael/ Haltenhof, Horst (2017): *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Flory, Lea aus der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF (2017): Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten Ein Praxisleitfaden. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.

Gerstl, Lisa (2019): Der Non-Suizid-Vertrag auf dem Prüfstand. *Psychotherapie Forum*, 23, 87-94.

Gierlichs, Hans Wolfgang/ Wenk-Ansohn, Mechthild (2005): Behandlungsbedarf, Prognose und Suizidalität bei komplexen chronischen Traumafolgestörungen. *Zeitschrift für Ausländerrecht*, 25(12), 405-410.

Junker, Doktor (2017): Selbstfürsorge. Brenne für deine Arbeit - ohne zu verbrennen. YouTube/ Online: <https://www.youtube.com/watch?v=GueGN3nRn9g> Zuletzt am 10.09.2021 abgerufen.

Kraus, Michael (2006): Somatisierung im kulturellen Kontext. In: Wohlfahrt, Ernestine/ Zaumseil, Manfred (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie - Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer, 363-376.

Pöldinger, Walter (1968): *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern; Stuttgart: Huber.

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf e.V. (o.A.): Suizidprävention in der Unterstützung besonders vulnerabler Geflüchteter - Handreichung für Ehrenamtler*innen und Fachkräfte. Online: <https://psz-duesseldorf.de/wordpress/wp-content/uploads/2020/10/Suizidpraevention.pdf>. Zuletzt eingesehen am 10.10.2021.

Ringel, Erwin (2002): *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Magdeburg: Dietmar Klotz.

Schneider, Barbara/ Wolfersdorf, Manfred (2018): *SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität*. PSYCH update, 12(6), 439-442.

„Einrichtungsspezifische Vorbereitung und Notfallpläne für den Umgang mit Suizidalität und Suizid(versuchen)“ - Florian Töpfer:

Preißler, Alfred (o.A.): Zitate von Alfred Preißler. Online: <https://www.zitate.eu/autor/alfred-preissler-zitate/193458>. Zuletzt eingesehen am 09.09.2021.

„Rechtliche Auswirkungen von Krankheiten auf Asyl und Aufenthalt“ - Inga Matthes:

Jentsch, Oda (2020): Krankheit als Abschiebungshindernis. Anforderung an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht. Berlin: Informationsverbund Asyl und Migration e.V. und Deutsches Rotes Kreuz e.V. Online: <https://www.asyl.net/view/broschuere-krankheit-als-abschiebungshindernis-neuaufgabe-2020/>. Zuletzt eingesehen am 03.09.2021.

Denn jeder Suizidfall ist einer zu viel.



**Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.**

Mitternachtsgasse 4
55116 Mainz

E-Mail: info@lv-rlp.drk.de
Internet: www.drk-rlp.de

 DRKLVRLP

 drklvrlp