

Treffpunkte

Frankfurter Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie

3 / 2007



- **»Wehrt euch — beschwert euch«**
Unabhängige Beschwerdestellen
in der Psychiatrie
- **Kompetenzen per Internet**
Online-Masterstudiengang
Gemeindepsychiatrie
- **Forum**
Neustart für die Selbsthilfegruppe
»Der nächste Schritt«
- **Fragebogen**
Sieben Fragen an Torsten Neubacher
- **19. Frankfurter Psychiatriewoche**
Programminweise zu Veranstaltungen
vom 20. bis 28. September 2007

Suizid

Prävention ist möglich



Bürgerhilfe
Sozialpsychiatrie
Frankfurt am Main e.V.

HERAUSGEGEBEN VON DER BÜRGERHILFE SOZIALPSYCHIATRIE FRANKFURT AM MAIN E. V.

Die Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V.

hat sich zur Aufgabe gemacht, die Situation psychisch kranker Menschen zu verbessern. Hierzu hat der Verein im Laufe der Jahre viele Projekte initiiert, deren vorrangiges Ziel die Verbesserung der außerklinischen Versorgung ist.

Angebote der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V. sind beispielsweise das Betreute Wohnen, die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Süd, die Tagesstätte Teplitz-Pavillon und der offene Treffpunkt Süd. Die Einrichtungen bieten psychisch kranken Menschen Unterkunft und Beratung sowie die Möglichkeit, ihren Tag zu strukturieren und mit anderen Menschen ins Gespräch zu kommen. Der Psychosoziale Krisendienst sichert außerhalb der allgemeinen Dienstzeiten der Beratungsstellen und sonstigen Dienste in Notlagen psychosoziale und ärztliche Hilfe. Er wendet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, die an einer akuten ernsthaften Störung ihrer seelischen Gesundheit leiden, sowie deren Angehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn.

Die von der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V. herausgegebene Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie »Treffpunkte« dient der Vermittlung von Fachinformationen und der Unterrichtung der Öffentlichkeit über die Situation psychisch kranker Menschen. Sie soll damit helfen, Vorurteile gegenüber diesem Personenkreis abzubauen.

Der Vorstand der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V. setzt sich zusammen aus Stephan von Nessen (1. Vorsitzender), Kirstin von Witzleben-Strohmeyer (2. Vorsitzende), Regina Stappelton (Schatzmeisterin), Gabriele Schlembach (Schriftführerin) sowie als Beisitzer Wolfgang Schrank, Bernhard Moch und Valentin Thoma. Geschäftsführer ist Gerhard Seitz-Cyhy.

Die Arbeit des Vereins wird finanziert durch Leistungsentgelte für die erbrachten Einzelangebote, durch Zuschüsse der Stadt Frankfurt am Main und des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen sowie durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Internet <http://www.bsf-frankfurt.de>

IMPRESSUM

Treffpunkte
Frankfurter Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie

KONZEPT

Die Zeitschrift ist ein Forum für alle Beteiligten in der ambulanten, teilstationären und stationären Psychiatrie sowie in der Sozialpsychiatrie. Die Zeitschrift berichtet über allgemeine Entwicklungen; das besondere Gewicht liegt auf regionalen Aspekten der Rhein-Main-Region.

GRÜNDER

Christof Streidl (1939 - 1992)

HERAUSGEBER

Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V.
Holbeinstraße 25 - 27
60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 96201869, Fax 069 627705
E-Mail gst@bsf-frankfurt.de
Internet <http://www.bsf-frankfurt.de>

CHEFREDAKTION

Gerhard Pfannendörfer, Heidestraße 70
60385 Frankfurt am Main
Telefon 069 447401
E-Mail Gerhard.Pfannendoerfer@t-online.de
<http://www.gerhard-pfannendoerfer.de>

REDAKTIONSTEAM

Gisela Faißt, Waltraud Gehrman, Oliver Glaubrecht,
Christel Gilcher, Stephan von Nessen, Gerhard Pfannendörfer

DRUCK UND VERTRIEB

Reha-Werkstatt Rödelheim, Biedenkopfer Weg 40a
60489 Frankfurt am Main, Telefon
069 907498-0, Fax 069 90749825
E-Mail rwr@frankfurter-verein.de
Internet <http://www.frankfurter-verein.de/frankfurter-verein/rwr/rwr.html>

LAYOUT, SATZ UND GESTALTUNG

Zehn44 Beate Wurzdiner
E-Mail info@zehn44.de
Internet <http://www.zehn44.de>

TITELFOTO

Gerhard Pfannendörfer

ERSCHEINUNGSWEISE

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

AUFLAGE

1.700 Exemplare

EINZELPREIS

Die Zeitschrift kostet 5,- Euro einschließlich
Versandpauschale.

ABONNEMENT

Das Jahresabonnement kostet 12,- Euro, zuzüglich 5,-
Euro Versandpauschale jährlich. Das Abonnement kann
bis zum 31. Dezember jeden Jahres gekündigt werden.
Bestellungen bitte an den Herausgeber.

FÖRDERABONNEMENT

Mit einem Förderabonnement ab 20,- Euro jährlich
kann die Zeitschrift unterstützt werden.

ANZEIGEN

Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V.
Holbeinstraße 25 - 27, 60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 96201869, Fax 069 627705
E-Mail gst@bsf-frankfurt.de
Internet <http://www.bsf-frankfurt.de>



**Bürgerhilfe
Sozialpsychiatrie
Frankfurt am Main e.V.**

»Hört auf, euch das Leben zu nehmen, bald werdet ihr es wieder brauchen. Hört auf, keine Hoffnung zu haben, die Tage unseres Jammers sind gezählt. Strengt euch an zu überleben, ihr habt doch Übung darin, ihr kennt doch all die tausend Tricks, mit denen man den Tod ins Leere schlagen lässt, ihr habt es doch bis heute geschafft.«

Jurek Becker, Jakob der Lügner (1968)

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

in diesem Heft erwartet Sie keine leichte Kost. Der Suizid eines Menschen stürzt Angehörige und Nachbarn, Freunde und Helfer in eine Krise. Warum hat er das getan? Was haben wir falsch gemacht? Hätte ich es kommen sehen müssen?

Die Beiträge in dieser Ausgabe der »Treffpunkte« versuchen darauf Antworten zu geben. Ein Fazit der Ausführungen: Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse, die der Vorbeugung dienlich sein können; letztlich aber gibt es keine absolute Sicherheit im Erkennen von Selbstmordabsichten. Denn Suizidalität hat nie nur einen Grund, heißt es in einer Buchbesprechung von Waltraud Gehrman.

Im Jahre 2005 haben sich in Deutschland 10.260 Menschen das Leben genommen. Bereits seit mehreren Jahren ist bei der Zahl der Suizide glücklicherweise ein Rückgang zu verzeichnen. Doch bei einigen Personengruppen ist die Zahl der Suizide immer noch hoch. Jeder zehnte Schizophreniekranke, jeder zehnte klinisch depressive Mensch stirbt durch Suizid. Bei jungen Menschen im Alter von 15 bis 30 Jahren ist Suizid nach Unfällen die häufigste Todesursache. Auch bei Menschen über 60 Jahren ist die Suizidgefahr groß: 40 Prozent aller Selbsttötungen werden von alten Menschen begangen.

*

Vom 21. bis 28. September 2007 findet die diesjährige Frankfurter Psychiatriewoche statt. Eine Übersicht der geplanten Veranstaltungen finden Sie in der Heftmitte. Die Eröffnungsveranstaltung ist bereits am 20. September 2007 im Sendesaal des Hessischen Rundfunks; in deren Mittelpunkt steht das Schwerpunktthema Arbeit. Doch auch ans Feiern ist in diesem Jahr wieder gedacht, wie die angekündigten Feste und Tage der offenen Tür zeigen: Sie sind eingeladen!

Gerhard Pfannendörfer
Redaktion »Treffpunkte«

Inhalt

Editorial

- 1 Von Gerhard Pfannendörfer

Magazin

- 3 **»Wehrt euch - beschwert euch«**
Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie fördert die Gründung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie
Von Gudrun Uebele
- 5 **Kompetenzen per Internet**
Die Fachhochschulen in Wiesbaden und Fulda bieten einen Online-Masterstudiengang mit Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie an
Von Jessica Odenwald

Thema

- 7 **Prävention ist möglich**
Suizid und psychische Krankheit
Von Manfred Wolfersdorf
- 12 **Die ersparte Zukunft**
Gedanken zum Umgang mit Suizid und dessen Auslöser

Heftmitte

- 15 **19. Frankfurter Psychiatriewoche**
Programmhinweise zu Veranstaltungen vom 20. bis 28. September 2007

19 Jeden Hinweis ernst nehmen

Viele Risikofaktoren für Suizid sind bekannt
Von Barbara Schneider

22 Zur Hilfe verpflichtet

Suizidprävention zwischen Strafrecht und Eigenverantwortung
Von Friedrich Barabas

25 Drei Bücher zum Thema Suizid

Von Waltraud Gehrmann

Forum

- 27 **Neustart für die Selbsthilfegruppe DNS**
Von Magdalena Röschlau

Informationen

- 28 Notizen und Literatur

Fragebogen

- 32 Sieben Fragen an Torsten Neubacher

»Wehrt euch — beschwert euch«

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie fördert die Gründung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie

VON GUDRUN UEBELE

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind in Konflikten in der Regel stärker benachteiligt als seelisch gesunde Menschen. In Kliniken und Heimen besteht oft eine Abhängigkeit der Bewohner vom Wohlwollen des Personals und auch in ambulanten Betreuungsformen erlebt sich der Mensch mit Psychiatrie-Erfahrung oft als abhängig und unterlegen. Krankheitsbedingte Überforderung in Konflikten, mangelnde Rechtskenntnisse und die Erwartung, dass ihnen sowieso keiner glaubt, erschweren es Psychiatrie-Erfahrenen zusätzlich, selbst die Initiative zu ergreifen, wenn sie sich schlecht behandelt fühlen. Eine Unterstützung durch unabhängige Personen oder Institutionen würde zu größerem Selbstvertrauen beitragen. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. hat deshalb ein Projekt gestartet, mit dem unabhängige Beratungsstellen für psychiatrienerfahrene Menschen geschaffen werden sollen.

In Deutschland gibt es seit Beginn der 1990er Jahre Initiativen, die Unterstützung bei Beschwerden durch multiprofessionell besetzte unabhängige Beschwerdestellen anbieten. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen und andere interessierte Bürger beraten gemeinsam und gleichberechtigt über den richtigen Umgang mit Beschwerden und begleiten den Beschwerdeführer bis zur zufriedenstellenden Klärung. Oft geht die Initiative zur Gründung von unabhängigen Beschwerdestellen von engagierten Psychiatrie-Erfahrenen, Psychiatrie-Mitarbeitern oder auch Angehörigen aus. Manchmal stoßen auch die mit der Psychiatrie-Planung befassten kommunalen Mitarbeiter eine Beschwerdestelle an.

Die Akzeptanz und Inanspruchnahme der unabhängigen Beschwerdestellen ist deutlich größer als bei Beschwerdemöglichkeiten, die inner-

halb des Qualitätsmanagements einer Einrichtung vorgehalten werden, da hier eine größere Unabhängigkeit vorausgesetzt wird. Dies wird aus Befragungen unterschiedlicher Vertreter von Beschwerdemöglichkeiten deutlich und derzeit von einer Doktorarbeit der TU München in Kooperation mit dem Projekt »Förde-

mit Zahlen unterlegt. Durch die gemeinsame, dialogische Beratung wird eine einseitige Sicht- und Bearbeitungsweise des vorgetragenen Beschwerdefalles vermieden.

In den meisten Fällen werden die ehrenamtlich tätigen, unabhängigen Beschwerdestellen auch von den psy-

»Die Beratungsstelle versteht sich als Auftragnehmer des Beschwerdeführers«

rung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

chiatrischen Einrichtungen als Vermittler geschätzt. Von der Kommune werden die Jahresberichte zur Psy- ▶

chiatrie-Berichterstattung herangezogen. In einigen Bundesländern sind Beschwerdestellen bereits gesetzlich festgeschrieben, nicht aber deren inhaltliche Umsetzung.

In der Regel gibt es feste Sprechzeiten, möglichst an einem psychiatrieunabhängigen Ort, einen Telefonanschluss mit Anrufbeantworter und regelmäßige Teamtreffen, bei denen die eingegangenen Beschwerden besprochen werden. Grundsätzlich gilt, dass Beschwerden nur auf Wunsch und in Absprache mit dem Betroffenen bearbeitet werden. Die Beschwerdestelle sieht sich als Auftragnehmer des Beschwerdeführers oder der Beschwerdeführerin und handelt in dessen Interesse. Nach Möglichkeit kümmern sich auch immer mindestens Zweier-Teams um die Beschwerdebearbeitung.

Das Projekt der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie läuft seit Mai 2005; es wird von Aktion Mensch gefördert und ist auf drei Jahre befristet (vgl. Treffpunkte 3/2006, Seite 26 f.).

Die Arbeit wird durch einen Projektbeirat unterstützt, der aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Psychiatrie-Mitarbeitern und Bürgerhelfern zusammengesetzt ist, die meist selbst in Beschwerdestellen tätig sind.

Die Projektstelle baut ein Netzwerk zwischen den vorhandenen Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie auf, bietet Beratung beim Aufbau von unabhängigen Beschwerdestellen und macht Öffentlichkeitsarbeit für die Idee der Bearbeitung von Beschwerden aus der Psychiatrie durch unabhängige, multiprofessionell besetzte Beschwerdestellen. Außerdem werden hier eingehende Beschwerden aus der ganzen Bundesrepublik bearbeitet.

Auf einer Website (www.beschwerdepsychiatrie.de) sind die Adressen von unabhängigen Beschwerdestellen und die Kontaktdaten von Patientenfürsprechern und Besuchskommissionen abrufbar. Ein öffentlich zugängliches Internetforum soll dazu dienen, dass sich Interessierte gegenseitig über Erfahrungen mit Beschwerden austauschen und beraten können. ■

DIE SITUATION IN HESSEN

In Hessen werden im »Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- und alkoholsüchtiger Personen« (FreiheitEntzG) spezielle Regelungen zur Unterbringung psychisch kranker Menschen festgeschrieben. Im § 63 des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG) wird die Ausübung unmittelbaren Zwanges durch Vollzugsbedienstete geregelt. Das Hessische Krankenhausgesetz (HKHG) regelt in § 7 den Einsatz von Patientenfürsprechern für alle Krankenhäuser, also auch für psychiatrische. Sie werden von den Stadtverordnetenversammlungen der kreisfreien Städte und den Kreistagen gewählt. Die Krankenhäuser sind zur Zusammenarbeit mit den Patientenfürsprechern verpflichtet. Spezielle Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie sind in Hessen gesetzlich nicht vorgesehen. Aber auch hier entstehen nach und nach unabhängige Beschwerdestellen für Psychiatrie nach den Vorbildern in Stuttgart, Bielefeld und Herford. Im Main-Kinzig-Kreis ist Psychiatriekoordinator Bernd Kaltschnee guter Hoffnung, dass die erste unabhängige Beschwerdestelle in Hessen bald mit der Arbeit beginnen kann. Dass eine solche kurzfristig gegründet werden soll, ist ein Ziel, das im aktuellen Psychiatrieplan benannt ist.

GUDRUN UEBELE



GUDRUN UEBELE

ist Sozialpädagogin und hat zehn Jahre im ambulant betreuten Wohnen des Psychosozialen Trägervereins in Dresden gearbeitet. Im August 2005 übernahm sie die Leitung des Projekts »Förderstelle unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. E-Mail gudrun.uebele@dgsp-ev.de

Kompetenzen per Internet

Die Fachhochschulen in Wiesbaden und Fulda bieten einen Online-Masterstudiengang mit Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie an

VON JESSICA ODENWALD

Seit über einem Jahr studieren zweiundzwanzig erfahrene Praktikerinnen und Praktiker der Sozialen Arbeit im Masterstudiengang »maps« (Master of Advanced Professional Studies of Social Work) mit dem Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie an der Fachhochschule Wiesbaden und der Hochschule Fulda, die miteinander kooperieren.

Die Gruppe der Studentinnen und Studenten setzt sich nicht nur hinsichtlich ihres Alters, Arbeitsgebietes und ihrer beruflichen Erfahrungen ganz unterschiedlich zusammen, sondern sie wohnt auch über das ganze Land verstreut.

Das gut organisierte Fernstudium wird in erster Linie online durchgeführt. Auf einer Internet-Plattform findet der inhaltliche Austausch zwischen den Studierenden statt, werden Alltagsgespräche über Foren geführt, Mails versendet oder sich zum Chat getroffen. Dort finden sich auch alle Materialien zum Studium und die monatlich fälligen Aufgaben werden ebenfalls dort bearbeitet und eingereicht. So kann jeder der Beteiligten von jedem beliebigen Ort — zur Not auch aus dem Urlaub in Thailand — auf das Studiengeschehen Einfluss nehmen.

In erster Linie sind die Professoren Dr. Petra Gromann von der Hochschule Fulda und Dr. Reinhard Peukert von der Fachhochschule Wiesbaden für den Studiengang zuständig. Beide zeichnen sich neben ihrer Kompetenzen als Lehrende durch ihre langjährigen Tätigkeiten auf dem Feld der Gemeindepsychiatrie aus, sodass die individuell auf die Studierenden zugeschnittenen Inhalte sich durch

eine aktuelle Praxisorientierung auszeichnen. Zusätzlich werden für das wissenschaftliche Studium weitere Lehrende hinzugezogen, allesamt Profis auf ihren Gebieten, die das Lehrangebot sinnvoll ergänzen. Die

enorten statt, bei denen sich die Studentinnen und Studenten mit den Lehrenden persönlich treffen. Diese Begegnungen sind sowohl für das Zusammengehörigkeitsgefühl der Studierenden untereinander als auch

»Ganz schön auf Draht — das Online-Studium ermöglicht die Weiterbildung während der Berufsarbeit«

technische Betreuung wird durch die Diplompädagogin Irmgard Sahler kontinuierlich sichergestellt.

Einmal im Monat finden Präsenzveranstaltungen in den jeweiligen Studi-

für die Einschätzung der Professoren bezüglich des Stands der Gruppe wichtig — ein Fernstudium kann nur so Gesicht und Kontur bekommen. Neben den Lehrveranstaltungen findet an diesen Tagen auch das normale ▶

studentische Leben statt, bei dem bei einem guten Essen oder dem ein oder anderen Gläschen Wein auch der private Austausch gepflegt wird.

Die unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten der Studierenden erstrecken sich über die ganze Bandbreite des Arbeitsfeldes: niedrigschwellige Angebote wie Tagesstätte oder Kontakt- und Beratungsstelle, ambulante Dienste wie das Betreute Wohnen, Klinische Sozialarbeit, Suchthilfe oder Arbeit mit Missbrauchsoffern, um nur einige zu nennen. Dieses Spektrum hat den positiven Nebeneffekt, dass ein kompetentes, tragfähiges

Netzwerk entsteht und ein Austausch über vielfältige Themen ermöglicht wird.

Der Studiengang ist so konzipiert ist, dass individuelle Lernvereinbarungen abgeschlossen werden, die sich an den Ressourcen der Studierenden orientieren, daher wird auf vorhandenes Wissen aufgebaut und ein starker Praxisbezug erreicht, was ein berufsbegleitendes Studium deutlich einfacher macht.

Die Studentinnen und Studenten selbst schätzen an dem Studium insbesondere die gute Vereinbarkeit mit

dem Beruf, den sinnvollen Aufbau auf die frühere Ausbildung und die Vermittlung von gegenwärtig wichtigen Erkenntnissen und Methoden. Eine Betonung auf Forschung und Leitung im gemeindepsychiatrischen Feld macht fit für zukünftige Aufgaben. Ein weiteres Plus dieses neuen Studiengangs sind die gut zu finanzierenden Studienkosten. Die Dauer von zweieinhalb Jahren (mit der Masterthesis) ist darüber hinaus überschaubar und gut in die Lebensplanung einzubeziehen.

Informationen zum Studiengang gibt es im Internet: <http://www.social-maps.de>. ■



JESSICA ODENWALD ist Diplom-Sozialpädagogin (FH), seit 2003 bei der Aktion Psychisch Kranke e.V. tätig und studiert seit 2006 berufsbegleitend im Studiengang »maps«. E-Mail weiterbildung@sozialwesen.fh-wiesbaden.de

Prävention ist möglich

Suizid und psychische Krankheit

VON MANFRED WOLFERSDORF

Vor zwei Jahren hat die Europäische Kommission in ihrem Grünbuch zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung die Suizidvorbeugung zu einem der drei wichtigsten Themen - neben Depressions- und Drogenbekämpfung — für die Prävention psychischer Erkrankungen in den nächsten Jahren erklärt (vgl. Treffpunkte 1/2006).

Dabei ist Suizidalität grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf. Suizidprävention bedeutet deshalb vor allem einen Zeitgewinn für Fürsorge und optimale Therapie. Suizidprävention sollte den aktuellen Leidensdruck mildern und helfen, die Hoffnungslosigkeit zu überwinden.

ABB. 1:
SUIZIDZAHLEN UND SUIZIDRATEN
1990-2005 IN DEUTSCHLAND

[NACH STATISTISCHES BUNDESAMT, TODESURSACHENSTATISTIK. (ZWEIGSTELLE BONN), 2006]

Jahr	Anzahl			Raten auf 100 000 EW		
	gesamt	m	w	gesamt	m	w
1990	13 924	9 534	4 390	17,5	24,9	10,7
1991	14 011	9 656	4 355	17,5	25,0	10,5
1992	13 458	9 326	4 132	16,7	23,9	9,9
1993	12 690	8 960	3 730	15,6	22,7	8,9
1994	12 718	9 130	3 588	15,6	23,1	8,6
1995	12 888	9 222	3 666	15,7	23,0	8,7
1996	12 225	8 782	3 497	15,0	21,9	8,3
1997	12 265	8 841	3 424	14,9	22,1	8,1
1998	11 644	8 575	3 069	14,2	21,4	7,3
1999	11 157	8 080	3 077	13,6	20,2	7,3
2000	11 065	8 131	2 934	13,5	20,3	7,0
2001	11 156	8 188	2 968	13,5	20,4	7,0
2002	11 163	8 106	3 057	13,5	20,1	7,2
2003	11 150	8 179	2 971	13,5	20,3	7,0
2004	10 733	7 939	2 794	13,0		
2005	10 260	7 523	2 737	12,4		

[bis einschließlich 1997 nach ICD-9 (E 950 - 959), ab 1998 nach ICD-10 (X60 - X84)]

Vor wenigen Jahren wurde in Deutschland das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NASPRO) eingerichtet, welches die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich der Suizidprävention in verschiedenen Organisationen und Institutionen zusammenfassen soll.

Die Suizidzahlen (vgl. Abb. 1) in Deutschland sind seit Mitte der 1980er Jahre deutlich gefallen; im Jahre 2005 haben sich 10.260 Menschen in Deutschland suizidiert, was einer Suizidrate von 12,4 entspricht. Gerne würde man die Reduktion der Suizidmortalität in Deutschland, die immerhin noch um ein Drittel höher als die Kfz-Mortalität liegt, in Zusammenhang mit einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland sehen, mit einem Zuwachs der Beratungsstellen und Kriseninterventions-einrichtungen, insgesamt mit einem Zuwachs der Kompetenz durch Fort- und Weiterbildung in suizidologischen Fragen. Letztlich geht es dann um die in den letzten Jahrzehnten deutliche Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, welche unter Gesichtspunkten der Suizidprävention vor allem auf die Depressionsbehandlung und die Behandlung junger schizophrener Patienten, vorwiegend männlichen Geschlechtes als Hauptrisikogruppen im psychiatrischen Bereich abzielt. ▶

ABB. 2 :
SUIZIDALITÄT ALS MENSCHLICHE MÖGLICHKEIT

- Suizidalität ist ureigene menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit und per se keine Krankheit.
- Suizidalität ist stets nur eine Verhaltensmöglichkeit im Leben, in Krisen- und Krankheitssituationen. Suizid ist endgültig und nicht wiederholbar.
- Suizidalität erfährt durch psychische Erkrankung, psychosoziale Krisen und weitere lebensbeeinträchtigende Faktoren Verstärkung und Einengung.
- Psychische Störung und psychosoziale Krisen führen aufgrund veränderten und eingeengten Erlebens und Wahrnehmens näher an Suizidalität heran.

SUIZIDALITÄT - EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG

Suizidalität ist definiert als die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, durch Handelnlassen oder passives Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen den eigenen Tod anstreben oder als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen (vgl. Abb. 2). Dabei ist Suizidalität grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma) (Wolfersdorf 2000).

Wenn Suizidalität eine ureigene menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit ist, dann stellt sich die Frage, was an Suizidalität näher heranzuführt; eine der Antworten darauf ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Bei der Beschreibung von Suizidalität unterscheidet man heute, vor dem Hintergrund einer Kontinuitätsannahme mit zunehmender Handlungskonsequenz bei Handlungsdruck, eine eher passive Suizidalität, die sich in Gedanken abspielt, von einer eher aktiven Suizidalität, bei der der Handlungsaspekt im Vordergrund steht (vgl. Abb. 3).

Unter Suizidversuch wird dabei eine selbst verursachte oder selbst veranlasste schädigende Handlung verstanden, die mit dem Ziel durchgeführt wird, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch) etwas verändern zu wollen. Dies betont die hohe kommunikative (»appellative«) Bedeutung dieses Verhaltens. Ausgang der Handlung ist immer, der suizidal Handelnde überlebt. Dabei gibt es wahrscheinlich zwei Subgruppen bei Menschen mit Suizidversuchen, nämlich eine Gruppe, bei der eher die Veränderung im Leben im Sinne eines »Cry for help«, eines

ABB. 3 :
BESCHREIBUNG VON SUIZIDALITÄT.
KONTINUITÄTSANNAHME MIT HANDLUNGSKONSEQUENZEN:
ZUNEHMENDE „SICHERNDE FÜRSORGE“
EIGENVERANTWORTUNG



appellativen Verhaltens, Hilfe für das Leben zu brauchen, im Vordergrund steht, während eine andere Gruppe eher diejenigen umfasst, die eine mit hohem Todeswunsch angestrebte Selbsttötung durch Zufall überlebt haben. Unter Suizid versteht man dann eine entsprechend selbst verursachte oder selbst veranlasste Handlung, die mit dem Ziel, tot sein zu wollen (hoher Todeswunsch) durchgeführt wird und in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen; Ausgang der Handlung ist der Tod des Handelnden.

Als »Handlungsdruck« ist die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung einer aktuellen Suizididee in eine suizidale Handlung definiert. Dabei handelt es sich stets um eine Kurzzeitprognose, abhängig vom Wissen des Beurteilers über Suizidalität, über den Suizidenten, abhängig von der Offenheit des Suizidenten bezüglich seiner suizidalen Gefährdung und auch abhängig vom Vorliegen von Psychopathologie, insbesondere von Antriebthematik, von wahnhaftem Erleben, von impulshafter Durchbrüchen, die mit einer erhöhten Suizidgefahr einhergehen. Ein

ABB. 4 :
SUIZIDE
BEI AUSGEWÄHLTEN PATIENTENGRUPPEN UND BEHANDLUNGS-
SETTINGS NACH HARRIS AND BARRACLOUGH (1998)
(SMR = STANDARDIZED MORTALITY RATIO, CI = CONFIDENCE INTERVALL)

Risikofaktoren	SMR	95% CI
Alkoholabhängigkeit und -missbrauch	5.5	10.7 - 15.9
Polytoxikomanie	13.1	10.7 - 15.9
Schizophrenie	9.0	8.4 - 9.6
Depressive Episode	21.2	17.9 - 15.0
Bipolare affektive Erkrankung	11.7	6.1 - 20.6
Dysthymia	11.9	11.3 - 12.6
Panikstörung	7.5	2.8 - 16.3
Neurose	2.5	1.8 - 3.4
Stationäre psychiatrische Patienten	11.2	9.9 - 12.5
Ambulante psychiatrische Patienten	23.0	13.4 - 36.8
Psychiatrische Patienten in »community care«	14.0	10.3 - 19.6

[nach: Harris E. C., Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 11 - 53]

hoher Handlungsdruck im Sinne eines hohen Suizidrisikos liegt vor bei erklärter Suizidabsicht, bei Vorliegen von Risikopsychopathologie, bei psychotisch mitbedingter und nicht kontrollierbarer, impulsiver Suizidalität, bei früheren Suizidversuchen, bei ausgeprägter Hoffnungslosigkeit und Verlust sämtlicher protektiver Faktoren.

SUIZIDALITÄT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG

In Abbildung 4 ist eine Übersicht zu Suiziden bei ausgewählten Patientengruppen aus der klassischen Arbeit von Harris und Barraclough (1998) aus dem britischen Raum vorgestellt. Deutlich wird dabei, dass die Suizidmortalität bei depressiven Erkrankungen um das 21-fache über der zu erwartenden Häufigkeit liegt, gefolgt von der Suizidmortalität bei Polytoxikomanie, die um das 13-fache erhöht ist. Danach folgen erneut eine depressive Störung, nämlich die Dysthymia, mit nahezu 12-facher Erhöhung sowie die bipolare affektive Störung in gleicher Höhe; schizophrene Patienten weisen ein 9-fach erhöhtes Suizidrisiko auf.

Auffällig ist dabei, dass die Suizidmortalität bei psychischen Erkrankungen im ambulanten psychiatrischen Setting deutlich höher ist, nämlich 23-mal gegenüber dem Erwartungswert, wie bei stationären psychiatrischen

ABB. 5 :
RISIKOGRUPPEN FÜR SUIZIDALITÄT

Menschen mit

depressiven Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hoffnungslosigkeit • seelischer Schmerz
psychotischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Halluzinationen • Depression
Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom emotional instabilen Typus	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungssicherung
nicht behandelte/ behandelbare schmerzvolle Qual	<ul style="list-style-type: none"> • Beendigung des Leidens bei körperlicher Krankheit • Perspektivlosigkeit/- Hoffnungslosigkeit
innerer/äußerer Vereinsamung	<ul style="list-style-type: none"> • Sinnlosigkeit der Existenz • Verlust von Autonomie • Perspektivlosigkeit • Schmerz

Patienten, die sich beispielsweise wegen ihrer psychischen Erkrankung mit Suizidalität in stationärer Behandlung befinden. Damit wird deutlich, dass Suizidprävention ein Thema der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung ist, während der stationäre psychiatrische Versorgungsbereich doch mit einem hohen Ausmaß an Suizidprävention einhergeht.

Was sind nun Risikogruppen für Suizidalität aus psychiatrischer Sicht? Abbildung 5 gibt dazu einen Überblick und zählt eine Reihe so genannter »Risikopsychopathologie« auf, die das Basisrisiko für Suizidalität bei psychischer Erkrankung erhöhen. Das gilt vor allem für die ausgeprägte Hoffnungslosigkeit, für das Empfinden eines tiefen seelischen Schmerzes, für Halluzinationen, insbesondere akustische, die zum Suizid auffordern, oder auch für Menschen, die bereits Suizidversuche in der Vorgeschichte haben. Neben den klassischen Risikogruppen — psychisch Kranke, vor allem depressiv kranke Menschen, Menschen mit suizidalem Verhalten in der Vorgeschichte, Menschen in besonderen Lebenssituationen mit erhöhtem Suizidrisiko, beispielsweise im höheren Lebensalter, junge Menschen, Menschen mit körperlichen Erkrankungen, Menschen nach Traumata — beschreibt die Risikopsychopathologie diejenigen Menschen, die eben durch diese Symptomatik ein erhöhtes suizidales Risiko einbringen.

Am Beispiel eines depressiven Zustandsbildes (Abb. 8) wird noch einmal die symptomnahe Suizidalität bei der Depression verdeutlicht, die insbesondere bei der Kombi ▶

Abb. 6 :
ASPEKTE DER SUIZIDALITÄT
BEI SCHIZOPHREN KRANKEN PATIENTEN

**Suizidalität
bei schizophrenen kranken Patienten hat zu tun**

- 1) im Wesentlichen mit »Leidensdruck«, der sich aus Wissen um Krankheit und deren Verlauf ergibt (Patientensuizid-Daten!)
- 2) mit »narzisstischer Kränkung« durch krankheitsbedingte Einschränkungen (Selbstwertproblematik)
- 3) mit »Depressivität« und »Hoffnungslosigkeit« (postremissiv, reaktiv)
- 4) mit spezifischem psychotischen Erleben und Wahrnehmen (akustische Halluzinationen, paranoides Bedrohtheitserleben)
- 5) mit unerträglichen Nebenwirkungen (Akathisie)

nation der hier angeführten Symptomatik auftritt. Daraus leitet sich auch die Empfehlung ab, bei depressiv kranken Menschen mit Suizidalität immer den Antriebsaspekt Unruhe und Getriebenheit zu bedenken, auch dass depressiv Kranke mit Suizidalität auf jeden Fall schlafen müssen, insgesamt dass es zu einer Entspannung von Leidensdruck kommen muss. Abbildung 6 stellt dann die Aspekte der Suizidalität bei schizophrenen kranken Menschen zusammen und verweist darauf, dass es einerseits um eine Suizidalität in Zusammenhang mit Symptomatik geht, andererseits dass Konfliktsituationen, Nebenwirkungen und insgesamt auch das Wissen um die Krankheit und den Krankheitsverlauf suizidfördernd wirken. Man kann sagen, dass die Suizidalität bei der Depression in engem Zusammenhang mit dem depressiven Erleben von Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit steht, während die Suizidalität schizophrener Patienten sehr eng in Zusammenhang mit dem antizipierten Verlauf der Erkrankung steht.

SUIZIDPRÄVENTION — DIE GRUNDPRINZIPIEN

Unter Suizidprävention verstehen wir die Verhütung der Umsetzung von Suizidideen und Suizidabsichten und Suizidhandlungen. Insofern ist Suizidprävention Zeitgewinn für Fürsorge und optimale Therapie. Des Weiteren strebt Suizidprävention die Minderung des aktuellen Leidensdruckes und der Hoffnungslosigkeit einschließlich der Behandlung akuter suizidfördernder Risikosymptomatik an. Ziel ist, dass die so genannte Lösung eines suizidalen Problems durch Suizid überflüssig wird und der Patient sich in seiner depressiven oder paranoiden Not eher therapeutisch-pflegerische Hilfe holt.

Voraussetzung für Suizidprävention ist einmal das Wissen

Abb. 7 :
GRUNDZÜGE DER SUIZIDPRÄVENTION

Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit, Raum • Akzeptanz, Verständnis als Notsignal • »Sicherung durch Beziehung«
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • Art von Suizidalität, Handlungsdruck • psychische Störung/Krise • Psychopathologie • Belastungs-, Konfliktfaktoren
Fürsorge	<ul style="list-style-type: none"> • ambulant, stationär • Notfall, längerfristige Therapieplanung • Angehörige • »Kommunikation und Kontrolle«
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutische Krisenintervention • Psychopharmaka (+ Anxiolytikum und/oder Hypnotikum) • Psychotherapie • Soziotherapie • Behandlung der Grundkrankheit

und die Möglichkeit einer Suizidgefahr, dann das Erkennen von Risikopsychopathologie und Suizidrisiko, als theoretischer Hintergrund die Kenntnis von Modellen der Suizidalität und als therapeutische Orientierung die Sorge um den suizidgefährdeten Menschen und der Wunsch, einen Betroffenen am Leben zu erhalten. Dies setzt therapeutische Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Kontinuität und auch die Kenntnis und den Einsatz therapeutischer Möglichkeiten von Versorgungsstrukturen voraus.

Die Grundprinzipien der Suizidprävention sind in Abbildung 7 zusammengefasst und lassen sich unter den Stichworten »Herstellung einer hilfreichen Beziehung«, »Diagnostik von Suizidalität und psychischer Störung«, »fürsorgliches Management der akuten Situation« und Aspekten der Kommunikation, der engmaschigen Betreuung und der Kontrolle sowie »Therapie/Krisenintervention« formulieren. Dass es dabei eine individuelle Suizidprävention auf der Ebene der Patient-Therapeut-Kommunikation gibt und eine nationale oder internationale Suizidprävention, ist offensichtlich. Diese beiden Ebenen müssen unter suizidpräventiven Gesichtspunkten im Auge behalten werden. Die überindividuelle Ebene zielt auf Verbesserung von Versorgungsstrukturen, gesetzliche Maßnahmen, beispielsweise zur Waffenkontrolle, Sicherung suizidpräventiver Methodik (z. B. Apotheke, dann Sicherung von Orten mit erhöhtem Suizidrisiko, z. B. Brücken, Hochhäuser)

ABB. 8 :
SUIZIDAL-DEPRESSIVES SYNDROM
- HÄUFIGES KLINISCHES SYMPTOMBILD

Angst/Panik Verzweiflung/Gereiztheit	affektive Symptome
Schuldgefühl Wertlosigkeitsideen Wahnhafte Überzeugungen Hoffnungslosigkeit	kognitive Symptome
Unruhe/Getriebenheit	Antriebssymptom
Schlaflosigkeit	psychovegetatives Symptom

sowie auf die Erhöhung der Kompetenz der zuständigen Berufsgruppen ab. Die individuelle Suizidprävention meint den einzelnen Patienten, seine ganz persönliche psychische Belastungssituation, sein aktuelles Erleben und seine Perspektive bezüglich seiner persönlichen Zukunft. ■

LITERATUR

Harris, E. C., Barraclough, B., Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 11-53.

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



PROF. DR. MED. DR. H. C. MANFRED WOLFERSDORF (59) ist Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Bayreuth. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen u. a. in der Depressions- und Suizidforschung. Er ist Leiter des Referates Suizidologie und Suizidprävention in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). E-Mail manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Die ersparte Zukunft

Gedanken zum Umgang mit Suizid und dessen Auslöser

Man will oder kann es erst gar nicht glauben, wenn man selbst mit einem Selbstmord, Freitod oder neutraler ausgedrückt mit einem Suizid in seiner engsten Umgebung konfrontiert wird.

Wenn der Tod als Schritt in eine andere Welt angesehen werden kann, könnte man den Suizid eines Mensch folgerichtig als einen bewussten Abschied von seinem bisherigen Dasein und damit auch als den bewussten Schritt in eine andere unbekanntere Welt ansehen. Der einst sehr berühmte Sänger Falco titelte so einen seiner Songs: »Muss ich sterben um zu leben?«

Man kann wohl ohne weiteres davon ausgehen, dass der überwiegende Teil der Menschheit — zumal im christlichen Abendland — dem Tod sehr furchtsam begegnet. Insofern liegt es nahe, dass die Umwelt mit Menschen, die sich freiwillig das Leben nehmen ein Akzeptanz- und erst recht ein Toleranzproblem haben, wie es sich dann in einem Abwehrverhalten niederschlägt.

Als ich vor zwei Jahren vom Suizid meines Bruders erfuhr, war ich vollkommen fassungslos — neben meiner tiefen Trauer. Uns beide hatte früher eine besondere Seelenverwandtschaft verbunden und es war für mich unendlich schwierig, diese Entscheidung meines Bruders zu akzeptieren. Er hatte an der Stelle, an der er tot aufgefunden wurde, einen Zettel hinterlassen mit den Worten: »Wer müde ist, muss schlafen.«

Ein toter Mensch hinterlässt viele todtraurige Menschen zumal, wenn dieser freiwillig aus dem Leben geschieden ist. Ein paar Wochen — oder waren es schon ein paar Monate — nach dem schmerzlichen Verlust las ich dann in einem ansonsten eher weniger interessanten Zeitschriftenartikel diesen Satz: »Die Toten sind nicht von uns, sondern nur vor uns gegangen.« Es waren diese Worte, die in mir eine wahrhaftig Trost schöpfende Wirkung auslösten.

Beim Thema Suizid war ich selbst nicht ganz »unbefleckt«. Vor zwanzig Jahren war ich erstmals von einer lang anhaltenden tiefen Depression heimgesucht worden, während der ich mich gleichzeitig mit einer ebenso plötzlich auftauchenden Todessehnsucht konfrontiert sah. Von dieser Todessehnsucht war ich dann fast zwei Jahre wie besessen, sie hatte sich meiner seelisch-geistig quasi wie bemächtigt. Gott sei Dank — so kann ich heute sagen — sind meine diversen Selbsttötungsversuche alle gescheitert. Seit dieser Zeit habe ich aber eine Art »solidarisches« Verständnis für die Menschen, die den Zeitpunkt, an dem sie aus dem Leben scheiden wollen, selbst wählen.

Suizidgefährdet sind im wesentlichen depressive Menschen. Und die Angehörigen, Freunde, Kollegen kommen ab einem bestimmten Stadium nicht mehr an die unter starker Depression Leidenden heran — sie fühlen sich dann wie abgeschnitten.

Und die Suizidgefährdeten selbst erleben sich von ihrer Familie, ihren Freunden oder auch Kollegen unverstanden oder gar verstoßen. Sie fühlen sich subjektiv ungerecht behandelt, erfahren beispielsweise Undankbarkeit bis hin zu völlig fehlendem Vertrauen, was sie in eine äußere und gar in eine innere Isolation treibt, am Ende haben sie niemanden mehr, dem sie sich anvertrauen können.

Es ist durchaus so, dass sich auch Menschen das Leben nehmen, die nicht an einer starken Depression leiden. Dennoch wage ich die hypothetische Aussage, dass Depression und Suizid wie Zwillingsgeschwister sind. Und der Suizid aus der Sehnsucht entspricht, dass die (kranke) Seele den Körper verlässt.

Depressive sind von Selbstzweifeln und Selbstanklagen, Perspektivlosigkeit, Zukunfts- und Existenzängsten so beherrscht, dass der gesteigerte Todeswunsch eine Kompensationsfunktion einnimmt und sogar eine Zeitlang

überlebensrettend ist, bis es dann (etwa durch einen äußeren Anlass) umkippt zur Tat, die wiederum einen selbstverherrlichenden Charakter annimmt.

Charakteristisch für die Depression ist, dass die davon Betroffenen alle Aggressionen gegen sich und das eigene Selbst wenden. Und irgendwann ist der Punkt erreicht, an dem die Seele nicht mehr kann. Spätestens ab diesem Stadium lässt sich Depression als »Krebs« der Seele bezeichnen. Geplagt von völliger Verzweiflung, extremer Existenzängsten und in einer Situation, in der sie sich niemandem mehr anvertrauen können, verfallen sie in eine Art Gefühlsverstummung. Ihr Rückzug von Kollegen, Freunden und Angehörigen führt Depressive in eine nach außen »selbst gewählt« erscheinende Vereinsamung; das Umkippen in die geplante Selbstzerstörung ist nun vorprogrammiert.

In einem Dasein, das subjektiv als sinnentleert empfunden wird, verliert das eigene Leben zunehmend an Bedeutung während die Bedeutung des Todes wächst bis schließlich die Idee vom »schönen Tod« alles andere verdrängt. Der Tod erhält schließlich einen selbstverherrli-

chenden Charakter. Für die Person, die sich selbst tötet macht am Ende nicht nur der Tod einen Sinn, sie erlebt dann eine Art Euphorie — die ihr Herz mit Freude über den bevorstehenden Selbsttot erfüllt.

Man muss wohl davon ausgehen, dass jemand, der sich aus diesem Leben freiwillig verabschiedet, sich kaum — wenn überhaupt — Gedanken über die Misere macht, in die er seine Angehörigen und Freunde durch diese seine Tat stößt. Hoffnungsloses Nichtverstehen und Hilflosigkeit bei den Eltern, Geschwistern und Freunden - der Suizid eines nahestehenden Menschen versetzt sie erst einmal in ein Nichts ... Die Hinterbliebenen werden von einer eigenartigen Mischung aus Trauergefühlen und (unbewussten) Schuldgefühlen, Scham und quälenden Selbstvorwürfen bis hin zu heftigen Selbstanklagen heimgesucht. So erfordert es enorme Courage von den Angehörigen, die Entscheidung des toten Kindes, Bruders zu akzeptieren. In ländlichen Regionen wird das Thema »Suizid« tabuisiert, betroffene Familien werden gar in eine Art Schande-Schema gepresst. Gerüchte kursieren und Nachbarn ziehen sich von den betroffenen Angehörigen zurück. ▶

Ein Traum, ein Traum ist unser Leben

Auf Erden hier.

Wie Schatten auf den Wolken schweben

Und schwinden wir.

Und messen unsre trägen Tritte

Nach Raum und Zeit;

Und sind (und wissen's nicht) in Mitte

Der Ewigkeit ...

Johann Gottfried Herder

Manche Eltern können viele Jahre nach dem Suizid eines Kindes noch nicht darüber sprechen. Bei einigen führt das soweit, dass sie sich beispielsweise aus unbewussten Schuldgefühlen heraus selbst nichts mehr genießen und nichts mehr gönnen können, weil ja das tote Kind auch nichts mehr genießen kann.

Die persönlichen Leidenserfahrungen von schwer depressiven Menschen, die den Freitod wählen, können von seelisch gesunden Menschen nicht nachvollzogen werden, diese sind nicht vermittelbar und von daher nicht fassbar.

An dieser Stelle möchte ich Annemarie Jost zitieren: »Die Zukunft verengt sich bei depressiven Störungen auf eine dunkle am anderen Ende geschlossenen Röhre, sodass pla-

nendes Handeln bei einem solchen Verlust der eigenen Zukunft sinnlos erscheint. Die Hoffnung wird verschüttet...« (in Treffpunkte 1/2007).

Auch wenn ich der Meinung bin, man sollte den freien Willen und die daraus resultierenden Entscheidungen des Menschen möglichst auch bei dem hier angesprochenen Thema akzeptieren, wenn man dazu in der Lage ist, hoffe ich, dass es mir einigermaßen gelungen ist, mich zuvor verständlich genug ausgedrückt zu haben, um abschließend sagen zu können: Für ihre Angehörigen und andere ihnen nahestehenden Menschen haben Leute, die sich selbst das Leben nehmen sowohl die gemeinsame Vergangenheit in Frage gestellt und ihnen auch die gemeinsame Zukunft genommen. ■



19. Frankfurter Psychiatriewoche

Alle Veranstaltungen im Überblick — zum Heraustrennen

»Ohne Arbeit komme ich mir so sinnlos vor — Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit seelischer Erkrankung und Behinderung«

Donnerstag, den 20. September 2007, 13.00 — 17.00 Uhr

Hessischer Rundfunk, Bertramstraße 8, 60320 Frankfurt am Main, Goldhalle und Foyer

Arbeit ist für jeden Menschen ein wichtiges Gut, denn neben der materiellen Sicherung des Lebensunterhaltes stiftet Arbeit Identität. Arbeit ermöglicht soziale Erfahrungen und schafft zeitliche Struktur. Diese strukturierende und stabilisierende Funktion von Arbeit ist besonders für Menschen mit einer seelischen Erkrankung | Behinderung von besonderer Bedeutung

13.00 Uhr Begrüßung und Eröffnung

Angepasste Arbeit für Menschen mit seelischer Erkrankung und Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Zwei Arbeitgeber, die behinderte Menschen in ihr Unternehmen integrieren, sowie ein Träger von Integrationsbetrieben diskutieren mit Vertretern von Arbeitsagentur Rhein-Main Jobcenter GmbH, dem Integrationsamt Wiesbaden, der Knappschaft-Bahn-See (Reha-Träger) sowie dem Integrationsfachdienst, mit welchen Unterstützungsmöglichkeiten Menschen mit seelischer Erkrankung und Behinderung dauerhaft in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden können.

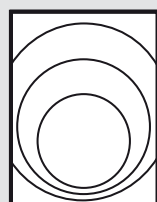
15.00 — 16.00 Uhr Forum 2

Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit seelischer Erkrankung und Behinderung im Vorfeld des allgemeinen Arbeitsmarktes

Viele Menschen mit einer seelischen Erkrankung und Behinderung haben ein Arbeitsvermögen, das den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes (noch) nicht genügt. Mit Vertretern von Tagesstätten, Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Fachdiensten zur beruflichen Integration (FBI) wird auf dem Forum erörtert, welche Arbeitsmöglichkeiten diese Institutionen bereit halten und wie diese miteinander verzahnt sind.

Flankiert werden diese beiden Foren von einer Messe, auf der Integrationsbetriebe, Werkstätten und Tagesstätten ihr Dienstleistungsangebot vorstellen. Ferner stehen die Teilnehmer der beiden Diskussionsforen zum Gespräch zur Verfügung.

Veranstalter der Eröffnungsveranstaltung der diesjährigen Frankfurter Psychiatriewoche ist der Integrationsfachdienst Rhein-Main Frankfurt. Integrationsfachdienste sind Vermittlungs- und Fachberatungsstellen zur beruflichen Integration behinderter Menschen. Sie unterstützen bei der Suche nach einem Ausbildungs- und Arbeitsplatz und beraten in bestehenden Beschäftigungsverhältnissen



Treffpunkte
Frankfurter Zeitschrift für
Gemeindepsychiatrie

Donnerstag, den 20. September 2007

13.00 — 17.00 Uhr

Auftaktveranstaltung der 19. Frankfurter Psychiatriewoche

»OHNE ARBEIT KOMME ICH MIR SO SINNLOS VOR«

Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit seelischer Erkrankung und Behinderung (vgl. Kasten links)

Hessischer Rundfunk, Bertramstraße 8, 60320 Frankfurt am Main, Goldhalle und Foyer

Freitag, den 21. September 2007

10.00—12.00 Uhr

NEUE WEGE GEHEN?

Funktion und Stellenwert der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II

Informationsveranstaltung des Jobcenters Süd und der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V.

Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V., Darmstädter Landstraße 104-106, 60598 Frankfurt am Main

10.00—12.00 Uhr

GEMEINDENAHE WIEDEREINGLIEDERUNGSMÖGLICHKEITEN

FORENSISCHER PATIENTEN

Referent: Hartmut Molling, Meta-Quarck-Haus

Meta-Quarck-Haus, Strubbergstraße 45, 60489 Frankfurt am Main, Gruppenraum

11.00—19.00 Uhr

MEMORY-MOBIL: INFORMATION UND BERATUNG RUND UM DAS THEMA DEMENZ

Hauptwache Frankfurt am Main

12.30—16.00 Uhr

Tag der offenen Tür:

die neuen Räume des Betreuten Wohnens und der Psychosozialen Beratungsstelle der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen für Informationen zur Verfügung - für das leibliche Wohl ist gesorgt.

Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V., Darmstädter Landstraße 104-106, 60528 Frankfurt am Main

14.00—16.00 Uhr

INFORMATIONSTAND DER

PSYCHOSOZIALEN DIENSTE BOCKENHEIM

Leipziger Straße/Markgrafenstraße, 60487 Frankfurt am Main

Samstag, den 22. September 2007

14.00—17.00 Uhr

WAS IST GESUND, WAS IST KRANK?

Impulsreferate, Erfahrungsaustausch und Diskussion zur Trennlinie zwischen (seelischer) Gesundheit und Erkrankung — Beispiel Stimmenhören

Psychosoziales Zentrum Gallus, Speyerer Straße 3,
60327 Frankfurt am Main

Montag, den 24. September 2007

24. bis 28. September 2007, 16.00—18.00 Uhr

KUNST AUS GEORGIEN — BILDER UND ANDERE ARBEITEN AUS DER KUNSTTHERAPEUTISCHEN ABTEILUNG DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK TIFLIS

Ein Blick auf das Land Georgien, in dem psychisch kranke Menschen auf eine adäquate Gesundheitsversorgung hoffen. Ein Silberstreif für die Patienten der psychiatrischen Klinik in Tiflis ist die kunsttherapeutische Abteilung, in der Bilder und andere Objekte entstehen. Ein Künstler bestickt fantasievoll Kleidung. Die Erlöse aus dem Verkauf der Ausstellung gehen an die georgischen Künstler und Patienten.

Klinik Bamberger Hof, Oeder Weg 46,
60318 Frankfurt am Main, 4. Obergeschoss

10.00—12.00 Uhr

GEDICHTE, MUSIK UND MALEREI — BERUF ODER BERUFUNG?

Lesung, musikalische Unterhaltung und Ausstellung Vielfalt der Kreativität innerhalb der Gemeindepsychiatrie: Trotz — oder gerade wegen — der psychischen Erkrankung

Wege aus der Sucht

Dienstag, den 25. September 2007, 19.30-21.00 Uhr

Stadtbücherei Frankfurt am Main, Bibliothekszentrum Sachsenhausen, Dreieichstraße 59, 60594 Frankfurt am Main

Die Journalistin Brigitte Roth, Redakteurin bei der »Frankfurter Allgemeinen Zeitung« hat Schicksale von Süchtigen aufgeschrieben. Schicksale von Menschen, deren Leben nicht in einer Bahnhofstollette endete, sondern die den Ausstieg geschafft haben. Geschichten über Abhängigkeit, die Eltern und Angehörigen viel Mut machen. Sucht setzt sich in der Tiefe der Seele fest. Deshalb ist es so schwer, sich aus einer Abhängigkeit zu befreien. Aber es geht! Das zeigen die authentischen Geschichten von Menschen, die es geschafft haben, beispielsweise der Arzt, der sich vom Alkohol verabschiedete, die ehemalige Fixerin mit dem Doppelleben als Prostituierte und Krankenschwester. Sucht hat viele Gesichter. Die Gründe, warum jemand abhängig wird, sind so verschieden wie die Wege aus der Sucht. Die Erfolgsgeschichten in diesem Buch machen Betroffenen, Angehörigen und Eltern viel Mut.

Brigitte Roth: »Jeder kriegt die Kurve anders. Lebenswege von Süchtigen mit Happy End«. Ueberreuther Verlag, Wien 2007. 192 Seiten. 19,95 Euro. ISBN: 3-8000-7227-0.

Veranstalter: Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main

haben viele Menschen eine Möglichkeit gefunden, sich und ihre Gefühle durch Gedichte, Musik und Malerei auszudrücken. Die Spannweite reicht von einem Hobby, einer Passion bis hin zu einer Profession

Internationales Familienzentrum e. V., Gusti-Gebhardt-Haus, Ostendstraße 70, 60314 Frankfurt am Main, 1. Obergeschoss

14.30 — 17.00 Uhr

DIE INTEGRATION UND PSYCHOSOZIALE BETREUUNG VON MENSCHEN MIT BORDERLINE-PROBLEMATIK — CHANCEN UND GRENZEN

Referenten: Hartmut Molling, Petra Berg, Michael Volk
Meta-Quarck-Haus, Strubbergstrasse 45,
60489 Frankfurt am Main, Gruppenraum

16.30—18.30 Uhr

»1 + 1 = EINS«

Vorstellung der beiden Schulprojekte
»Verrückt, Na und!« und »PsychMobil«

Schillerschule, Morgensternstraße 3,
60596 Frankfurt am Main, Aula

Dienstag, den 25. September 2007

11.00—17.00 Uhr

FU-BALLTURNIER DES PSYCHOSOZIALEN ZENTRUMS DES INTERNATIONALEN FAMILIENZENTRUMS E. V.

Veranstaltungsort: Sportplatz Viktoria Preußen,
Hügelstraße, 60435 Frankfurt am Main

14.00—7.00 Uhr

GESTALTEN UND KENNENLERNEN

Kreativer Nachmittag im Psychosozialen Dienst des Sozialwerks Main Taunus am neuen Standort

Psychosoziale Dienste des Sozialwerk Main-Taunus e. V.,
Eschersheimer Landstraße 295, 60320 Frankfurt am Main

15.00—16.30 Uhr

AKUTE TRAUMATISIERUNG - FOLGEN UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Vortrag von Dr. Franz Ebner, Klinik Hohe Mark

Psychosoziales Rehasentrum Oase, Eckenheimer Landstraße 172,
60318 Frankfurt am Main

15.00—17.00 Uhr

ÖFFENTLICHE REDAKTIONSSITZUNG DER ZEITSCHRIFT

»TREFFPUNKTE«

Herausgeber und Redaktion stellen sich vor und diskutieren mit Besucherinnen und Besuchern

Evangelisches Zentrum für Beratung und Therapie, Haus am weißen Stein, Beratung und Therapie für Flüchtlinge, Eschersheimer Landstraße 567, 60431 Frankfurt am Main

16.00—17.30 Uhr

EINBLICKE UND AUSBLICKE - ASPEKTE DER MEHRDIMENSIONALEN THERAPIE BEI DEPRESSIVEN STÖRUNGEN

Referenten: Prof. Dr. med. S. Schlegel, Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Markus-Kran-

Psychisch krank im Job. Was tun?

Donnerstag, den 27. September 2007, 18.00-20.00 Uhr

Saal der Domgemeinde, Domplatz 14,
60311 Frankfurt am Main

Psychische Erkrankungen nehmen dramatisch zu. Immer mehr Menschen auch im Arbeitsprozess sind betroffen. Die Unsicherheit und Hilflosigkeit im Umgang mit psychischen Erkrankungen sind groß. Wie gehen Kollegen, wie Vorgesetzte mit Betroffenen um? Welche Möglichkeiten der Unterstützung gibt es? Mit diesen Fragen ist die betriebliche Gesundheitsfürsorge heute zunehmend konfrontiert. Die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Frankfurt am Main e. V. stellt ein Projekt des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker und der Betriebskrankenkassen vor, das Unternehmen bei dieser Thematik unterstützt. Referentin ist Marlies Hommlen.

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Frankfurt am Main e. V.

kenhauses und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik Markus-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Wilhelm-Epstein-Straße 2, 60431 Frankfurt am Main

16.15—18.15 Uhr

PERSÖNLICHES BUDGET - NEUE MÖGLICHKEITEN FÜR ARBEIT UND BESCHÄFTIGUNG?

Referent: Joachim Storck, Geschäftsführer der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen in Mainz

Die Reha Werkstatt Oberrad ist den ganzen Tag für Besucherinnen und Besucher geöffnet.

Reha Werkstatt Oberrad, Buchrainstraße 18, 60599 Frankfurt am Main

16.30—18.30 Uhr

BARRIEREFREIES WOHNUNG UND LEBEN VON ÄLTEREN MENSCHEN MIT CHRONISCHEN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Frankfurter Werkgemeinschaft e. V., Lenastraße 24,
60316 Frankfurt am Main, Baustelle Erdgeschoss

19.30—21.00 Uhr

WEGE AUS DER SUCHT

Lesung aus dem Buch »Jeder kriegt die Kurve anders« von Brigitte Roth (vgl. Kasten links)

Stadtbücherei Frankfurt am Main, Bibliothekszentrum Sachsenhausen, Dreieichstraße 59, 60594 Frankfurt am Main

Mittwoch, den 26. September 2007

10.00—17.00 Uhr

INFORMATIONSTAND DER BÜRGERHILFE SOZIALPSYCHIATRIE E. V. der psychiatrischen Institutsambulanz der Universitäts-Klinik Frankfurt am Main und des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Sektor Süd des Stadtgesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main Informationen für Bürgerinnen und Bürger der südlichen Stadtteile über die Arbeit und Angebote der Veranstalter. Außerdem: »Keramisches« und »Kulinarisches«. Vorplatz Südbahnhof, Diesterwegplatz, 60598 Frankfurt am Main

13.00—15.00 Uhr

EXPERIMENTIERFELD FARBE

Kunsttherapie mit psychisch kranken Flüchtlingen und Migranten

Im Anschluss an die Fachveranstaltung gibt es Kaffee und Kuchen im Garten des Martinushauses des Diakonischen Werkes für Frankfurt am Main im Evangelischen Regionalverband

Martinushaus, Martinskirchstraße 52, 60529 Frankfurt am Main

14.00—16.00 Uhr

FÖRDERUNG DURCH ARBEIT

Teilhabe am Arbeitsleben und Entwicklung der Persönlichkeit - Wie findet das konkret im Alltag einer Werkstatt für behinderte Menschen statt?

Reha-Werkstatt Rödelheim, Biedenkopfer Weg 40a,
60489 Frankfurt am Main

14.00—16.00 Uhr

WOHN- UND BETREUUNGSKONZEPT DES SIMON-BENDER-HAUSES, RUNDGANG DURCH DAS HAUS, DISKUSSION

Im Simon-Bender-Haus wohnen Frauen und Männer aus Frankfurt am Main, die sich in besonderen sozialen Schwierigkeiten befinden; auch Menschen mit seelischen Behinderungen oder mit Suchtproblemen werden aufgenommen. Das Haus verfügt über 35 Plätze.

Simon-Bender-Haus, Radilostraße 37, 60489 Frankfurt am Main

14.00—16.00 Uhr

RECHTLICHE VORSORGE FÜR PSYCHISCH KRANKE: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung

Öko-Haus, Kasseler Straße 1 A, 60486 Frankfurt am Main,
Tagungsraum Erdgeschoss

14.00—16.00 Uhr

BORDERLINE-STÖRUNG: PSYCHOANALYTISCHE ASPEKTE AUS HEUTIGER SICHT

Vortrag von Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser

Sozialrathaus Bornheim, Berliner Straße 33-35,
60311 Frankfurt am Main, Raum 111

14.00—16.00 Uhr

KULTURELLER TANZ-UND MUSIKWORKSHOP

Internationales Familienzentrum e. V., Ostendstraße 70,
60314 Frankfurt am Main, 1. Stock, Cafeteria

16.00—17.00 Uhr

UMGANG MIT AGGRESSIVER PROBLEMATIK AUS SICHT DER PFLEGE Fokus der Veranstaltung ist der professionelle Umgang von Pflegekräften mit Problemen im Zusammenhang mit Aggressivität, wie sie im psychiatrischen Klinikalltag immer wieder auftauchen. Vorgesehen sind ein Vortrag und eine anschließende Diskussion.

Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, Gotenstraße 6-8,
65929 Frankfurt am Main, Gruppenraum der Institutsambulanz

16.00—18.00 Uhr

IST DER PSYCHIATRIE IN RUMÄNIEN NOCH ZU HELFEN?

In einigen psychiatrischen Anstalten Rumäniens leben Patienten völlig verwahrlost in erbärmlichen Umständen. Der Verein »Beclean e. V.« arbeitet seit 2003 vor Ort, um eine menschenwürdige und angemessene Behandlung der vorwiegend chronisch Kranken zu ermöglichen. Dr. Ralf-Peter-Gebhardt, Koordinator von Beclean, berichtet von seinen Erfahrungen.

Klinik Bamberger Hof, Oeder Weg 46, 60318 Frankfurt am Main, 4. Obergeschoss

16.00—18.00 Uhr

EMPATHIE OHNE AUSBRENNEN?

Gesundheitliche Risiken sozialer Berufe in psychotherapeutischen und psychiatrischen Einrichtungen

Referent: Dr. phil. Christoph Schmidt-Lellek

Tagesklinik der Klinik Hohe Mark, Friedberger Landstraße 52, 60316 Frankfurt am Main

Donnerstag, den 27. September 2007

10.00—16.00 Uhr

DIE SOZIALPSYCHIATRIE DES ZENTRUMS DER PSYCHIATRIE LÄDT EIN
Geplante Vorträge:

»Wenn das Gedächtnis streikt — diagnostische und therapeutische Möglichkeiten in der Gedächtnisambulanz« (Prof. Pantel)
»Die Idee der Psychoedukation — psychoedukative Gruppen in der Institutsambulanz« (Dipl.-Psychologin Fr. Wenke)
Nach Abschluss des offiziellen Teils ist ein gemeinsames Grillen geplant. Die Kunstaussstellung der »Wunderbar« ist für Besucher geöffnet.

Zentrum der Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main, Haus 93, Vorträge: Hörsaal im Erdgeschoss und Garten am Grillhaus (nachmittags)

10.00—18.00 Uhr

FACHVORTRAG UND TAG DER OFFENEN TÜR DES PSYCHOSOZIALEN ZENTRUMS NORD DES SOZIALWERKES MAIN-TAUNUS

Der Einfluss von Psychopharmaka-Einnahme auf den Ernährungsstoffwechsel (Jocelyne Reich-Soufflet, Ernährungspsychologin und staatlich geprüfte Diätassistentin)

Sozialwerk Main-Taunus, Psychosoziales Zentrum Nord, Oberschelder Weg 23 und Hedderheimer Landstraße 144, 60439 Frankfurt am Main

15.00—19.00 Uhr

AMBULANT — BRISANT: VORTRÄGE UND DISKUSSION

15.00—16.30 Uhr: Psychotrauma - und was dann? (Dr. Franz Ebner, Dr. Marc ten Busch)

16.30—17.30 Uhr: ADHS im Erwachsenenalter — und was jetzt? (Dipl.-Psych. Stephan Plass)

17.30—18.00 Uhr: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (Dr. med. Anja Lemke)

18.00—19.00 Uhr: Internet-, Sexsucht — und was nun? (Dr. med. Dietmar Seehuber)

Evangelische Luthergemeinde, Martin Luther Platz 1, 60316 Frankfurt am Main

16.00—18.00 Uhr

DIE ROLLE DER BEGEGNUNGSSTÄTTEN IN DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG IN FRANKFURT AM MAIN

Informationsveranstaltung
Café ZeitRaum Bockenheim, Homburger Straße 36, 60486 Frankfurt am Main

18.00—20.00 Uhr

PSYCHISCH KRANK IM JOB. WAS TUN?

Vortrag und Diskussion (vgl. Kasten Seite 17)
Saal der Domgemeinde, Domplatz 14, 60311 Frankfurt am Main

19.30—21.30 Uhr

FRAGE NACH DEM SINN DES MENSCHEN: ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHEN SCHAFFENS IM THERAPIEPROZESS GEISTIG BEHINDERTER MENSCHEN

Ein Gespräch mit dem Maler Axel Willems und der Heilpädagogin Heidelise Rapp
Haus am Dom, Domplatz 3, 60311 Frankfurt am Main

Freitag, den 28. September 2007

16.00—22.00 Uhr

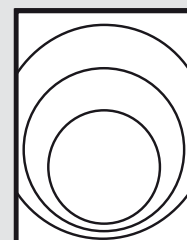
»CHILL OUT LOS WOCHOS«

Open Air Party auf dem Heideplatz
Schopenhauerstraße/Heideplatz, 60316 Frankfurt am Main

Das vollständige Programmheft

...mit Hinweisen zu allen Veranstaltungen der 19. Frankfurter Psychiatriewoche liegt an zahlreichen Einrichtungen und öffentlichen Stellen aus. Es ist auch im Internet als PDF-Datei zum Herunterladen verfügbar:

<http://www.psychiatrie-frankfurt.de>



Treffpunkte
Frankfurter Zeitschrift für
Gemeindepsychiatrie

Jeden Hinweis ernst nehmen

Viele Risikofaktoren für Suizid sind bekannt

VON BARBARA SCHNEIDER

Psychische und körperliche Erkrankungen, manche sozialen Bedingungen und negativen Lebensereignisse können Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko geben. In solchen Situationen ist die Reaktion der Umwelt wichtig, um einen Suizid zu verhindern. Jeder Hinweis auf Lebensüberdross oder eine Selbsttötungsabsicht muss ernst genommen werden.

Suizidandeutungen können indirekt ausgesprochen werden — »Ich sehe in allem keinen Sinn mehr« — oder auch nicht verbaler Art sein, beispielsweise das sich selbst isolieren.

Risikofaktoren sind definiert als »pathogene Bedingungen, die in Bevölkerungsstudien bei der Untersuchung der Entstehungsbedingungen bestimmter Krankheiten statistisch gesichert wurden«. Das wichtige Merkmal des Vorausgehens unterscheidet Risikofaktoren von anderen Faktoren wie Begleiterscheinungen oder Folgen des beobachteten »Outcomes« (wie eine Erkrankung oder eine Selbsttötung).

Risikofaktoren für Suizid bestimmt man durch bevölkerungsbezogene Verlaufsstudien sowie durch kontrollierte Untersuchungen mit lebenden Kontrollpersonen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Bei Suizidopfern kann man Informationen über den Verstorbenen aus allen vorhandenen Informationsquellen gewinnen, einschließlich der Befragung von Angehörigen (»Methode der psychologischen Autopsie«). Im Folgenden wird der derzeitige Stand der Forschungsergebnisse zu Risikofaktoren für Suizid in der Allgemeinbevölkerung in einer kurzen Übersicht dargestellt.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Der wichtigste einzelne Risikofaktor für eine Selbsttötung ist das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung: Bei allen psychischen Erkrankungen ist das Suizidrisiko erhöht, insbesondere bei Depression, Alkoholismus und Schizophrenie. Verschiedene soziale Bedingungen sind ebenfalls Risikofaktoren für Suizid (siehe Schneider 2003).

In neueren, sehr umfangreichen Untersuchungen aus Dänemark, ist das Suizidrisiko bei Demenz etwa viermal höher als das Suizidrisiko von Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung. Zusammengefasste Daten aus vielen Studien (so genannte Metaanalysen) zeigten bei Personen mit Alkohol-

missbrauch und -abhängigkeit ein fast sechsfach erhöhtes Suizidrisiko, wobei das Suizidrisiko bei Frauen sogar 17-fach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist. Besonders erwähnenswert ist, dass bei Alkoholismus das Suizidrisiko während des gesamten Krankheitsverlaufs gleichmäßig erhöht bleibt. Folgende Faktoren sind bei Alkoholkrankungen mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert: gegenwärtig schweres Trinken, affektive Störungen, insbesondere in höherem Lebensalter, Nikotinkonsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag, Arbeitslosigkeit, Alleinleben, geringe soziale Unterstützung, zwischenmenschliche Ereignisse, Partnerschaftsprobleme und -trennungen, geringe Schulbildung und männliches Geschlecht. Auch Cannabisgebrauch steigert das Suizidrisiko. Ob Nikotinkonsum selbst oder als Ausdruck anderer Faktoren das Suizidrisiko erhöht, ist umstritten.

An Schizophrenie Erkrankte nehmen sich ungefähr zehnmal häufiger als andere Menschen das Leben. Besonders hoch ist das Suizidrisiko in den ersten Jahren der Erkrankung und bei Menschen, die im Alter von unter 30 Jahren an Schizophrenie erkrankt sind. Als psychopathologische Risikofaktoren für Suizid bei Schizophrenie wurden unter anderem Hoffnungslosigkeit, Suizidabsichten in letzter Zeit und Furcht vor geistigem Verfall identifiziert.

Affektive Störungen (unipolare Depressionen und bipolare Psychosen) haben ein etwa 20-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, wobei bei Patienten, die schon einmal stationär behandelt wurden, bei Frauen und bei an unipolaren Störungen Leidenden das Suizidrisiko stärker erhöht ist. Suizidversuche und Suizidgedanken in der Vorgeschichte, psychische Angst, Konzentrationsstörungen, ▶

TABELLE 1 KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN MIT SIGNIFIKANT ERHÖHTEM SUIZIDRISIKO (HARRIS UND BARRACLOUGH 1994, 1997, METAANALYSEN)	
	SMR
Dialysepflichtige Niereninsuffizienz	14,49
Bösartige Tumore im Kopf-Hals-Bereich	11,39
HIV/AIDS	6,65
Krampfanfallsleiden	5,11
Systematischer Lupus erythematodes	4,35
Nierentransplantation	3,83
Rückenmarksverletzungen	3,82
Hirnverletzungen	3,50
Chorea Huntington	2,90
Multiple Sklerose	2,36
Magen- und Dünndarmgeschwüre	2,10
Bösartige Erkrankungen allgemein	1,80

SMR (Standard mortality ratio = beobachtete Suizide/erwartete Suizide bei gleichem Alter und Geschlecht)

Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, hypochondrische Ideen, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen steigern das Suizidrisiko bei Depressionen. Bei bipolaren Psychosen wurden männliches Geschlecht, Hoffnungslosigkeit bei Aufnahme und Suizidversuch als Risikofaktoren für Suizid identifiziert.

Bei Anpassungsstörungen (z. B. depressive Reaktionen) sowie bei Angst- und Zwangsstörungen ist das Suizidrisiko ungefähr sechs- bis 12-mal höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Während für Anorexia nervosa das Suizidrisiko stark erhöht ist, ist es bei Bulimie vermindert. Nach neueren Untersuchungen ist bei Persönlichkeitsstörungen das Suizidrisiko um das 12-fache bei Männern und das 16-fache bei Frauen gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht.

Besonders hoch ist das Suizidrisiko bei Vorliegen mehrerer psychischer Erkrankungen gleichzeitig: Bei mindestens zwei psychischen Erkrankungen ist es viermal höher als bei nur einer psychischen Erkrankung. Das gemeinsame Auftreten von Depression und Suchterkrankung weist das höchste Suizidrisiko unter allen Diagnosenkombinationen auf. Bei Depressionen steigt durch Borderline-Persönlichkeitsstörungen das Suizidrisiko stark.

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Schwere körperliche Erkrankungen und chronische Schmerzen sind wichtige Risikofaktoren für Suizid, wobei körperliche Erkrankungen ein stärkerer Risikofaktor bei Männern als bei Frauen sind. In der Tabelle 1 sind alle körperlichen Erkrankungen mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko aufgeführt. Zudem ist bei unter 60 Jahre alten Menschen für Schlaganfall ein erhöhtes Suizidrisiko belegt (Frauen: 14-

fach, Männer: 6-fach). Bei Krebserkrankungen ist das Suizidrisiko besonders im ersten Jahr nach der Diagnosestellung und bei Metastasierung hoch. Die Mehrzahl der Suizidopfer mit einer Krebserkrankung leiden jedoch unter Depression.

SOZIALE BEDINGUNGEN

Unverheiratete haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Bei Frauen nimmt mit steigender Kinderzahl das Suizidrisiko ab; auch Kleinkinder sind für Frauen ein protektiver Faktor gegen Suizid. Arbeitslosigkeit wurde als Risikofaktor für Suizid identifiziert; auch unter Berücksichtigung von anderen Faktoren, insbesondere von psychischen Erkrankungen bleibt Arbeitslosigkeit weiterhin ein Risikofaktor für Suizid. Verschiedene Berufsgruppen wie weibliches Flugbegleitpersonal, Bergwerksarbeiter, Geschäftsleute, Berufssoldaten, im Verkauf Tätige, Bauern und Angehörige medizinischer Berufe weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf.

Immigranten haben höhere Suizidraten als in den Herkunftsländern, selbst oft noch Jahrzehnte nach der Einwanderung. In der zweiten Einwanderergeneration ist das Suizidrisiko noch weiter erhöht. Dies kann einerseits durch geringe soziale Integration und die psychosozialen Risiken, die Immigration zur Folge hat, erklärt werden; andererseits wandern in der Regel diejenigen aus, die in ihrem Heimatland am wenigsten zu verlieren haben.

Die Unterschiede bezüglich der Suizidraten zwischen einzelnen Gebieten und Ländern blieben über Jahrzehnte stabil. Angehörige der islamischen Religion haben besonders niedrige Suizidraten.

NEGATIVE LEBENSEREIGNISSE UND TRAUMEN

Lebensereignisse im letzten Monat, in den letzten drei Monaten und auch im letzten Jahr vor dem Suizid sind Risikofaktoren mit einem bis zu 29-fach erhöhtem Suizidrisiko bei Lebensereignissen im Monat vor dem Suizid, auch nach Einbeziehen von psychischen Erkrankungen. Solche Lebensereignisse sind der Tod von Angehörigen, zwischenmenschliche Konflikte, Zerschlagen einer Partnerschaft und finanzielle Verluste. Suizidopfer haben häufiger ein oder beide Elternteile bis zum Jugendalter durch Tod oder Trennung verloren.

Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus, insbesondere die ersten Tage nach Aufnahme im Krankenhaus sowie der Zeitraum der ersten acht Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert.

Bei jungen Erwachsenen sind Konflikte mit Disziplin und dem Gesetz sowie Gefängnisaufenthalte mit einem etwa fünffach erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Bei Gefängnisinsassen wird das Suizidrisiko bei Verurteilung wegen Mord oder Totschlag, frühere Suizidversuche, frühere psychiatri-

sche Behandlungen, Alter über 40 Jahre, frühere Gefängnis-aufenthalte und Obdachlosigkeit weiter gesteigert.

Traumatische Erlebnisse wie körperlicher und emotionaler Missbrauch, frühe Vernachlässigung und sexueller Missbrauch waren mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Kriegsveteranen hatten in den USA gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko an Suizid zu versterben. Nach Naturkatastrophen wie Wirbelstürmen und Erdbeben waren die Suizidraten in den betroffenen Gebieten erhöht.

TABELLE 2
ERHÖHTES SUIZIDRISIKO NACH EINEM SUIZIDVERSUCH
DURCH (HAWTON ET AL. 2006):

- männliches Geschlecht,
neuerer Untersuchungen: weibliches Geschlecht
- Lebensalter älter als 45 Jahre
- Alleineleben
- Arbeitslosigkeit
- chronische körperliche Erkrankung
- psychiatrische Achse I-Störung
- Persönlichkeitsstörung
- »harte« Suizidmethode
- wiederholte Suizidversuche

FRÜHERE SUIZIDVERSUCHE

Ein früherer Suizidversuch ist ein signifikanter Risikofaktor für Suizid, auch bei Berücksichtigung von psychischen Erkrankungen. Patienten, die nach einem Suizidversuch in psychiatrische Behandlung kommen, zeigen im Verlauf ein 40-fach höheres Suizidrisiko als die Allgemeinbevölkerung. Besonders hoch ist das Suizidrisiko im ersten Jahr nach dem Suizidversuch. Tabelle 2 führt die Merkmale auf, die ein erhöhtes Suizidrisiko nach einem Suizidversuch präzisieren.

ANDERE FAKTOREN

Männliches Geschlecht, Zugehörigkeit zur weißen Rasse, höheres Lebensalter und eine Waffe im Haushalt sind weitere Risikofaktoren für Suizid. Suizid und Suizidversuche bei Freunden oder Angehörigen oder Berichte darüber in den Medien (»Werther-Effekt«) können zu suizidalem Verhalten führen, besonders bei jungen Menschen unter 20 Jahren. Suizid und Suizidversuch sowie psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, in der Familienanamnese sind Risikofaktoren für Suizid.

WAS TUN? EMPFEHLUNGEN FÜR BETROFFENE, IHRE ANGEHÖRIGEN UND FREUNDE SOWIE FACHKRÄFTE

Obwohl viele Untersuchungen über die aufgeführten Risikofaktoren für Suizid durchgeführt wurden, ist es nahezu unmöglich, das individuelle Suizidrisiko vorherzusagen. Zudem gibt es keine statistischen Modelle, die im individuellen Fall einen Suizid akkurat vorhersagen können. Jedoch

kommt eine Selbsttötung selten bei Menschen ohne psychische Erkrankung vor. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, Bertolote et al. 2006) berechnete, dass eine adäquate Behandlung von schizophrenen Psychosen, Alkoholismus und Depression, die Zahl der Suizide um 20 Prozent reduzieren würde.

Die Reaktion der Angehörigen auf die »suizidale Kommunikation« ist wichtig, um einen Suizid zu verhindern. Jeder Hinweis auf Lebensüberdross oder eine Selbsttötungsabsicht muss ernst genommen werden. Suizidandeutungen können auch die indirekter verbaler Art (»Ich sehe keinen Sinn darin, so weiter zu machen«) oder auch nicht verbaler Art (z. B. Sammeln von Medikamenten, sich isolieren) sein.

Nahestehende Personen sollten sich in den Betroffenen einfüllen, ihn unterstützen und eine adäquate Behandlung sicherstellen. Häufig sind Angehörige Suizidalen gegenüber ambivalent oder sogar aggressiv, was zu einem tückischen Kreislauf führt: Suizidale Menschen sehen die dunkle Seite des Lebens, setzen sich selbst herab und sehen ihre Schwierigkeiten als unüberwindbar an. Ambivalenz oder Aggression anderer nehmen Suizidgefährdete oft als Zurückweisung oder Liebesentzug wahr und fühlen sich selbst überlassen. ■

LITERATUR

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wasserman, D. (2006). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25, 147-155.

Harris, E. C., Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 11-53.

Harris, E. C., Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 205-228.

Hawton, K., Harriss, L., Zahl, D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med* 2006; 36: 397-405.

Schneider, B. Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer Verlag, 2003.

PRIV. DOZ. DR. BARBARA SCHNEIDER ist Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie arbeitet als Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Seit Jahren ist sie aktiv in der Suizidprävention tätig, unter anderem als Koordinatorin der Arbeitsgruppe »Sucht und Suizid« sowie Mitglied der Arbeitsgruppen »Alte Menschen« und »Primärprävention« des Nationalen Suizidpräventionsprogramms Deutschland. Internet <http://www.kgu.de/zpsy/psychiatrie/home>

Zur Hilfe verpflichtet

Suizidprävention zwischen Strafrecht und Eigenverantwortung

VON FRIEDRICH BARABAS

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen Diensten haben gelegentlich mit suizidgefährdeten Klienten zu tun. Die ethische und professionelle Pflicht zur Hilfe für Menschen in existenziellen Krisen steht außer Frage. Differenzierter stellt sich die strafrechtliche Betrachtung solcher Situationen dar.

Die beratenden und psychotherapeutischen Systeme in der Bundesrepublik Deutschland werden zunehmend juristischen Regelungen unterworfen. Neben Haftungsfragen spielen der Vertrauensschutz und die Qualität von Psychotherapie und Beratung eine immer größere Rolle (Barabas, 2003). Darüber hinaus sehen sich Beraterinnen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen auch mit dem Problem konfrontiert, wie sie in einer Krisensituation mit suizidgefährdeten Menschen umzugehen haben, ohne dass sie sich strafbar machen oder zivilrechtlich auf Schadensersatz haften müssen. Es fragt sich, welche Anforderungen das Recht an die Sorgfaltspflichten der Psychotherapeutinnen und Berater in diesen spezifischen Fallkonstellationen stellt.

- Eine unheilbar an Krebs erkrankte Klientin ruft spät abends ihre Psychotherapeutin an und teilt mit, dass sie 60 Schlaftabletten geschluckt habe. Die Psychotherapeutin solle weder Notdienst, Polizei noch Ärzte einschalten. Sie habe abgeschlossen und werde ihr Leben beenden.
- In einer Krisenintervention bemerkt die Eheberaterin, dass ihre Klientin mit den Nerven am Ende ist und ernsthaft Angst vor einer Selbsttötung hat, weil sich ihre Lebenssituation durch den Tod ihres Ehemannes dramatisch verschlechtert hat. Die Klientin ist nicht mehr in der Lage, eigenverantwortlich zu entscheiden. Ein Freitod ist nicht auszuschließen. Die Eheberaterin unternimmt noch nichts, weil sie der Auffassung ist, sie werde die »Angelegenheit« in den Griff bekommen. Die Klientin nimmt sich das Leben.

Die Bedeutung derartiger Krisen in Psychotherapie und Beratung darf keineswegs unterschätzt werden. In einer an der Fachhochschule Frankfurt am Main im Jahre 2006 vorgelegten Master-Thesis zu dem Problemkreis »Beratung bei Suizid« kommt die Verfasserin nach einer Befragung von Mitarbeiterinnen des Jugend- und Sozialamtes Frankfurt am Main

zum Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten bereits ein- bis dreimal oder häufiger mit suizidgefährdeten Klienten konfrontiert waren (Bender, 2006, 62).

Die juristischen Kontroversen um die Sorgfaltspflichten bei einer suizidalen Gefahr sind in schwer lösbare Probleme menschlicher Existenz eingebettet. Es geht um die Selbstverfügbarkeit des Lebens. Unbezweifelbar steht der sanfte, schmerzlose, humane Tod auf der Wunschliste der meisten Menschen weit oben. Die Forderung nach Selbstbestimmung auch und gerade über das eigene Leben widerspricht indessen der christlich-abendländischen Auffassung über die Unverfügbarkeit des eigenen Lebens. Dementsprechend prallen fast unversöhnlich weltanschauliche, aber auch juristische Meinungen aufeinander.

DIE STRAFLOSIGKEIT DER TEILNAHME AN EINEM SUIZID BEI EINER FREIVERANTWORTLICHEN WILLENSENTSCHEIDUNG DES LEBENSMÜDEN

Die Selbsttötung ist nach dem Strafrecht prinzipiell nicht unter Strafe gestellt. Dem deutschen Strafrecht ist daher — teilweise im Gegensatz zu ausländischen Rechtssystemen — weder die Strafbarkeit des Selbsttötungsversuches noch die Strafbarkeit der Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung bekannt (Tröndle/Fischer 2007, Anm. 10 Vor § 211 StGB; BGH, NJW 2001, 1802). Wer einem anderen rät, sein Leben zu beenden oder ihm ein tödliches Gift beschafft, kann nach deutschem Recht nicht bestraft werden. Auch eine sittliche Missbilligung des Freitodes, wie sie früher von der Rechtsprechung noch vertreten wurde, ist überholt. Das hat der Bundesgerichtshof wiederholt betont. Nach der Urteilspraxis der deutschen Gerichte und der einheitlichen Auffassung in der Lehre ist die Teilnahme an der Selbsttötung eines vollverantwortlich Handelnden straflos.

Auch die fahrlässige Mitverursachung einer freiverantwortlichen Selbsttötung — beispielsweise durch das Herumlie-

genlassen einer schussbereiten Waffe — ist nicht strafbar. Aus diesem Grunde können auch Verfasser von Anleitungsbüchern zum Suizid nicht strafrechtlich belangt werden. Dies ergibt sich schon daraus, dass es inkonsequent wäre, die vorsätzliche Hilfe zur Selbsttötung nicht zu bestrafen, einen fahrlässigen Tatbeitrag indessen strafrechtlich zu verfolgen.

Ein frei verantworteter Freitötungsversuch ist nach der ganz herrschenden juristischen Meinung schließlich kein Unglücksfall im Sinne des § 323c StGB und kann daher nicht als unterlassene Hilfeleistung bestraft werden. Wenn klar ist, dass der Suizident aus dem Leben scheiden will und keinerlei Rettungsversuche wünscht, dann sind weder professionelle Helfer noch andere Personen zu einer Hilfeleistung verpflichtet (BGH, NStZ 1983, 117). Die Respektierung des Willens des Suizidenten bleibt straflos (Schönke/Schröder 2006, Anm. 7 zu § 323c StGB). Ein Unglücksfall ist jedoch bei einem Sinneswandel des Lebensmüden anzunehmen. Demjenigen, der ohne Einschränkung des freien Willens ins Wasser gegangen ist und dann jedoch um Hilfe ruft, muss jedermann helfen.

GRUNDVORAUSSETZUNG FÜR DIE STRAFLOSIGKEIT: DIE FREI VERANTWORTLICHE ENTSCHEIDUNG DES SUIZIDENTEN

Alle Teilnahmeformen an einer Selbsttötung sind indessen nach allgemeiner Meinung nur straflos, wenn die Selbsttötung auf einer frei verantwortlichen Willensentschließung beruht. Die Abgrenzung im Einzelnen ist schwierig.

Nach einem Standardkommentar zum Strafgesetzbuch liegt die freie Verantwortlichkeit dann vor, wenn »keinerlei Anzeichen für psychische Störungen oder Zwangsvorstellungen erkennbar sind, aufgrund derer die natürliche Einsichts- oder Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Tragweite und Unwiderruflichkeit dieses Schrittes ausgeschlossen oder wesentlich beeinträchtigt sein könnte« (Schönke/Schröder 2006, Vorbem. 36 zu § 211 StGB).

STRAFBARE TEILNAHME AN EINEM SUIZID

Bei beraterischen oder psychotherapeutischen Tätigkeiten geht es nun im Allgemeinen nicht darum, dass dem Lebensmüden aktiv geholfen wird, sein Leben zu beenden. Mir ist kein Fall bekannt, bei dem in einer Beratung oder Psychotherapie ein Klient aufgefordert wurde, sein Leben zu beenden. Es handelt sich vielmehr in aller Regel um den Vorwurf, dass nichts oder nicht genügend getan wurde, um die Selbsttötung eines Klienten zu verhindern. Es geht also um einen Unterlassungs- und Fahrlässigkeitsvorwurf.

In den Fällen des nicht frei verantwortlichen Freitodes ist es möglich, dass derjenige, der den Suizid nur geschehen lässt, strafrechtlich zur Rechenschaft gezogen werden kann, wenn der Unterlassende eine Garantenstellung besitzt. Das

bedeutet, die Beraterin oder der Psychotherapeut muss rechtlich verpflichtet sein, den Suizid zu verhindern.

Bloße Beratung begründet nach Ansicht des Bundesgerichtshofes keine Garantenstellung (BGH, NJW 1983, 350). In dieser Entscheidung ging es um eine ärztliche Beratung im Rahmen einer Schwangerschaftskonfliktberatung. Die Beratung beschränkte sich in der Aufklärung der Schwangeren über alle Gesichtspunkte, die aus ärztlicher Sicht für das Austragen oder den Abbruch der Schwangerschaft von Bedeutung sind. Eine derartige einmalige Beratung begründet keine Garantenstellung. Eine Garantenstellung aus der vertraglichen Übernahme besonderer Schutzpflichten haben dagegen Psychotherapeuten und Beraterinnen im psychosozialen Bereich, wenn es sich nicht um eine einmalige, kurzfristige Intervention handelt.

Ob sich der Garant jedoch wegen eines vorsätzlichen oder fahrlässigen Unterlassens strafbar macht, hängt noch von weiteren Faktoren ab.

VORSÄZLICHES UNTERLASSEN

Fest steht jedoch, dass diejenigen, die eine Garantenstellung für das Leben des Gefährdeten innehaben, sich des Totschlags durch Unterlassen schuldig machen können, wenn sie den unfreien Suizid vorsätzlich geschehen lassen (Schönke/Schröder 2006, Anm. 40, Vorbem. zu §§ 211 StGB). Das ist der Fall, wenn man in der Gewissheit, ein Klient werde sich umbringen, nichts unternimmt.

Allerdings muss der Lebensschutzgarant überhaupt die tatsächliche Möglichkeit besitzen, den Freitod zu verhindern. Unmögliches kann nicht eingefordert werden. Darüber hinaus muss dem Lebensschutzgaranten eine Rettungshandlung auch zumutbar sein. Das hängt von der Schwere der Gefahr und der Bedeutung des Rechtsgutes einerseits und von den Fähigkeiten des Lebensschutzgaranten ab. Es ist ihm nicht zuzumuten, eigene billigenswerte Interessen in erheblichem Umfange zu gefährden (Tröndle/Fischer 2007, Anm. 16 zu § 13 StGB).

Dieses vorsätzliche Unterlassen einer Rettungshandlung ist eher im privaten oder medizinischen Bereich zu finden. Man lässt einen Lebensmüden »gehen«, auch wenn er nicht frei verantwortlich handeln kann. Allerdings kann es in der Alten-, in der Drogenarbeit, der psychosozialen Beratung oder in therapeutischen Situationen durchaus vorkommen, dass ein Mitarbeiter einen Suizid vorsätzlich geschehen lässt. Das ist strafbar, wenn der Suizident, um es noch einmal zu wiederholen, nicht frei verantwortlich handeln kann.

Für diejenigen, die keine Garantenstellung besitzen, kommt in derartigen Fällen eine Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB in Betracht. Nach dieser Vorschrift wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner

Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist, insbesondere, wenn es ihm ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist.

FAHRLÄSSIGES UNTERLASSEN

Tötungs- oder Körperverletzungen können indessen auch durch fahrlässiges Unterlassen verwirklicht werden. Sie können dann als fahrlässige Tötung nach § 222 StGB oder als fahrlässige Körperverletzung nach § 229 StGB bestraft werden.

Eine zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist, ob einer Beraterin, die eine Garantenstellung innehat und es mit einem nicht verantwortlichen Suizidgefährdeten zu tun hat, der Vorwurf gemacht werden kann, nicht mit den fachlich anerkannten Sorgfaltspflichten auf einen drohenden Suizid reagiert zu haben (König-Ouvrier 2003). Welche Sorgfaltspflichten haben Psychotherapeuten, Beraterinnen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiterinnen, wenn sie feststellen, dass beispielsweise in einer Erziehungsberatung ein Kind oder Jugendlicher akut suizidgefährdet ist oder wenn ein Klient in einer therapeutischen Sitzung den Freitod ankündigt? Das hängt weitgehend vom Einzelfall ab.

Zu den Sorgfaltspflichten kann es gehören, Supervision durch erfahrene Supervisorinnen in Anspruch zu nehmen, gegebenenfalls auch einen Rechtsrat einzuholen.

Eine Sorgfaltspflichtverletzung für sich genommen, führt aber noch nicht zur Strafbarkeit. Um jemand in diesem Zusammenhang bestrafen zu können ist die Kausalität des Unterlassens erforderlich. Die unterlassene Rettungshandlung müsste den Freitod mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verhindert haben. Wenn die unterlassene Handlung die Gefahr des Freitodes nur vermindert hätte, ist die Kausalität nicht gegeben (OLG Düsseldorf, ZfJ 2000, 309, 311). Mit anderen Worten: Um in einer derartigen Fallkonstellation zu einer Strafbarkeit zu gelangen, muss die Fachkraft ihre Sorgfaltspflichten verletzt haben und die Verletzung kausal für den Erfolg gewesen sein.

Darüber hinaus muss die Psychotherapeutin oder der Berater die Selbsttötung vorhersehen können. Das Strafgericht muss zu der Überzeugung gelangen, dass die Beraterin den Freitod voraussehen und hätte vermeiden können. Jeder vernünftige Zweifel an dieser Voraussetzung muss zu einem Freispruch führen. Das OLG Naumburg weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nach neuesten psychologischen Erkenntnissen ein Suizid nicht absolut vorhersehbar ist. Bei suizidgefährdeten Personen bestehe das Problem, dass die Inkaufnahme von Risiken therapeutisch notwendig sein kann. Der Therapeut hat über die Gefahr einer schrittweise zu gewährenden Freiheit zu entscheiden. Gewährt er diese Freiheit nicht, wird er zwar eher vor dem größten therapeutischen Fehlschlag, dem Tod des Patienten, bewahrt, verhindert aber gleich-

zeitig die zur Lebensbejahung notwendige Verwirklichung von Autonomie (OLGR Naumburg 2000, 314).

FAZIT

Die Verhinderungspflicht eines Freitods besteht in all den Fällen nicht, in denen von einem frei verantworteten Handeln ausgegangen werden kann. Bei einem »Bilanzsuizid« oder einer Selbsttötung bei schwerer Erkrankung - der unheilbar Kranke bittet ausdrücklich darum, ihn nach der Einnahme einer Überdosis nicht in das Leben zurückzuholen - besteht keine strafrechtlich erzwingbare Pflicht, zu handeln. Soweit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit von einem frei verantwortlichen und bis zum tödlichen Ende durchgehaltenen Suizidwillen ausgegangen werden kann, lässt sich bei Respektierung dieses Entschlusses für die Nichtverhinderung des Suizides oder für den Verzicht auf Rettungsmaßnahmen eine strafrechtliche Konsequenz weder aus einer Garantenstellung noch wegen unterlassener Hilfeleistung begründen. Daher kann auch die Psychotherapeutin in dem Eingangsbeispiel, die nichts unternimmt, nachdem sie durch ihre krebserkrankte Patientin von deren Selbsttötungsabsicht unterrichtet worden ist, nicht bestraft werden.

Etwas anderes gilt, wenn der Lebensmüde - aus welchem Grunde auch immer - nicht oder nicht mehr in der Lage ist, frei zu entscheiden. In diesem Zusammenhang kann es bei einer entsprechenden Garantenstellung sowie der vorsätzlichen oder fahrlässigen kausalen Verletzung von Sorgfaltspflichten zu strafbarem Verhalten kommen. Die Eheberaterin, die nichts unternimmt, obwohl der Freitod einer Klientin nach dem Tode ihres Ehemannes vorhersehbar ist, weil sie nicht mehr ein noch aus weiß, verletzt ihre professionellen Sorgfaltspflichten und kann sich strafbar machen. ■



PROF. DR. JUR. FRIEDRICH BARABAS

ist seit 1974 Hochschullehrer für Recht am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Frankfurt am Main. Arbeitsschwerpunkte: Das Berufsrecht der Sozialen Arbeit, Familien- und Kinder- und Jugendhilferecht sowie das Recht der Sexualität. Veröffentlichungen u. a. zur Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, zum Familien- und Beratungsrecht sowie zum Recht der Sexualität.
E-Mail barabas@fb4.fh-frankfurt.de



BASISWISSEN

ZUM UMGANG MIT SUIZIDGEFÄHRDETEN MENSCHEN

Dieses Buch über Suizid aus der Reihe »Basiswissen« des Psychiatrie-Verlages ist vor allem an professionelle Helfer gerichtet. Der Umgang mit suizidalen Krisen gehört für Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen zur schwierigsten und belastenden Herausforderung ihrer Alltagspraxis. Wichtig ist daher, zunächst eine eigene Balance im Umgang mit Suizidalität zu finden. Dabei hilft dieses informative Buch.

Es fragt nach den jeweiligen Anteilen von krankheitsbedingter, beeinträchtigter Willensentscheidung, da es freie und souverän durchgeführte Selbsttötungen auch bei psychisch Kranken gibt. Der Suizid tritt bei psychisch Kranken häufiger auf als bei Gesunden. Er wird meistens im Vorfeld angekündigt, weshalb man entsprechende Signale immer ernst nehmen muss.

Dennoch gibt es keine absolute Sicherheit im Erkennen von Selbstmordabsichten. »Im Vorfeld suizidaler Handlungen finden sich häufig Beziehungsprobleme, Verlustereignisse, Kränkungen, Überforderungen privater oder beruflicher Natur sowie wirtschaftliche Schwierigkeiten«, heißt es im Text. Darüber hinaus sollte Suizidalität als Ausdruck massiver seelischer Not, als Hilfeschrei verstanden und akzeptiert werden.

Der Suizid muss deshalb mit den Patienten thematisiert werden. Im therapeutischen Gespräch muss ein Benennen von Schwierigkeiten und Konflikten erfolgen, die einen Suizid provozieren. Ein verlässlicher, vertrauensvoller Kontakt ist eine wichtige im Leben haltende Hilfe.

WALTRAUD GEHRMANN

Michael Eink, Horst Haltenhof:

Basiswissen:

Umgang mit suizidgefährdeten Menschen

Psychiatrie Verlag, Bonn 2006

144 Seiten

14,90 Euro

ISBN 978-3-88414-402-2



DAS TRAUMA DER HINTERBLIEBENEN

Viele Angehörige stehen nach dem Suizid eines nahen Menschen unter enormen seelischen Belastungen, so sehr, dass sie oft selbst stark suizidal gefährdet sind. Der Blick des Buches von Manfred Otzelberger richtet sich auf die, die übrig bleiben und zum Weiterleben verurteilt sind. Es zeigt Auswege aus dem Trauerlabyrinth.

Viele Suizidopfer stammen aus Helferberufen, oft sind es engagierte, intelligente Menschen. Zu den Risikogruppen gehören ferner Depressive, Schizophrene, Medikamenten- und Drogenabhängige sowie Schmerzpatienten.

Der Suizid eines nahe stehenden Menschen wird immer ein Geheimnis bleiben. Wegen dieser Rätselhaftigkeit taugen bequeme Erklärungen nicht. Denn Suizidalität hat nie nur einen Grund. »Man kann das Leid nicht aus der Welt schaffen, aber einander die Tränen trocknen«, heißt es im Text.

Dazu liefert das Buch eine Fülle von Erfahrungen. Menschen berichten über den Suizid des Partners, über Wut- und Schuldgefühle, den Suizid des Vaters, der Mutter, über Mehrfach-Suizid in der Familie, den Mitnahme-Suizid, über Selbsttötung im Freundeskreis und den Senioren-Suizid.

In einem weiteren Themenkreis bietet das Buch Hilfe für Angehörige, ruft auf zum Mut zur Trauer und ihren hilfreichen Ritualen. Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suizidopfern und Trauerseminare werden vorgestellt. Das Buch ist ein wichtiger Beitrag für alle, die die Wunde des Erfahrenen schließen wollen, um mit der Narbe weiterzuleben

WALTRAUD GEHRMANN

Manfred Otzelberger:

Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen.

Erfahrungen und Auswege.

Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2002

256 Seiten

10,- Euro

ISBN 978-3-423-36258-0



SUIZIDPROPHYLAXE BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Selbsttötung ist oft ein Zeichen psychischer Störung.

Jeder zehnte Schizophreniekranker, jeder zehnte klinisch depressive Mensch stirbt durch Suizid. Es herrscht Einverständnis darüber, dass der Suizidhandlung eine Phase der Suizidplanung vorausgeht. Diese Zeitspanne vor dem Suizid gibt Gelegenheit, die Gefährdung zu erkennen und zu intervenieren.

Man unterscheidet drei Phasen vor dem Suizid: die Erwägung, die Ambivalenz und der Entschluss. In der Phase der Ambivalenz kommt es häufig zur Suizidankündigung, der Gefährdete sucht vermehrt nach Kontakten. Ist er damit erfolgreich, kann die Suizidalität aufgehoben werden. Depressive erleben ihre Situation als ausweglos. Bei schizophrenen Kranken fehlt die Kraft zum Leben, die Lebensperspektive verengt sich.

Suizidprophylaxe muss früh einsetzen, bei der Behandlung der Grundkrankheit, um der Entwicklung von Krisen vorzubeugen. Eine große Gefährdung besteht bei der Klinikentlassung. Die Stationszeit mit ihrem entlastenden Milieu ist zu Ende. Der Patient wird mit einer Vielfalt von Belastungen konfrontiert.

Suizidgefährdung erkennt man am besten, indem man den Kranken danach fragt, selbst wenn es schwer fällt. Die Besserung der Krankheitssymptome bedeutet nicht immer Entwarnung. Sie zwingt zur Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit und den sozialen Konsequenzen der Krankheit. Zuverlässigkeit, Einfühlungsvermögen und innere Stabilität sind die Eigenschaften, die im Umgang mit dem Suizidgefährdeten hilfreich sind. Schwierig wird

es, wenn ein Patient emotional abgelehnt wird und auf der Station isoliert ist.

Das Suizidrisiko kann steigen, wenn der Zustand des Kranken sich bessert. Psychopharmaka können das Ausmaß an Suizidalität überdecken, maskieren, sodass es zu Fehlbeurteilungen kommt. Unter Medikamenten kann der Patienten ruhig, ausgeglichen und belastbar wirken, aber in Wirklichkeit ist er suizidgefährdet. Auch der Druck, den Therapie und Rehabilitation auf den Kranken ausüben, können das Suizidrisiko erhöhen. Suizide während der ambulanten Behandlung sind häufiger als in psychiatrischen Krankenhäusern.

In dem Buch von Prof. Dr. Asmus Finzen gibt es ein Kapitel über die Zeit nach dem Suizid. Was muss getan werden? Wie geht man mit Schuldgefühlen um? Des Weiteren wird das Thema »Begleiteter Suizid« gestreift. Der Anhang enthält eine Checkliste zur Suizidprophylaxe während der psychiatrisch-therapeutischen Behandlung in Form von Risikofaktoren.

Der Autor war lange stellvertretender ärztlicher Leiter der Universitätsklinik Basel. Er erteilt den Rat, man solle in jedem Fall nach Suizidgedanken fragen. Darüber zu sprechen und zuzuhören provoziert keine erhöhte Suizidgefährdung. Die Befürchtung, durch Nachfragen eine Krise auszulösen, ist nicht berechtigt. »Die meisten Kranken reagieren mit Erleichterung, wenn sie auf latente oder aktuelle Suizidgedanken oder Suizidfantasien angesprochen werden«, heißt es im Text.

Asmus Finzens Standardwerk über Suizidprophylaxe ist ein Buch für Fachleute, da Suizid nur allzu oft ein Symptom psychischer Krankheit ist. Der sachliche Tonfall des Buches ermöglicht eine ebenso sachliche Auseinandersetzung mit einem schwierigen, aber wichtigen Thema. Da die Suizidproblematik oft immer noch ein Tabuthema ist, ist dieses Buch ein wertvoller Beitrag, das Schweigen zu brechen.

WALTRAUD GEHRMANN

Asmus Finzen:
Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen.
Prävention — Behandlung — Bewältigung.
Psychiatrie Verlag/Thieme, Bonn 1997
220 Seiten
16,90 Euro
ISBN 978-3-88414-211-0

Neustart für die Selbsthilfegruppe DNS

»DER NÄCHSTE SCHRITT« (DNS) ist eine Selbsthilfegruppe für ansteckende seelische Gesundheit für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen.

Die Tagesstätte Gallus, der an dieser Stelle herzlich gedankt wird, hatte uns im letzten Jahr Raum für unsere Treffen zur Verfügung gestellt. Die Meetings waren sehr bereichernd und von einer akzeptierenden, liebevollen Atmosphäre getragen. Leider wollte die Leiterin der Tagesstätte nicht, dass wir unsere Existenz allzu sehr publik machten, so dass bis auf wenige Ausnahmen nur Klienten der Tagesstätte teilnahmen. Als dann einer unserer treuesten Teilnehmer im letzten Jahr verstarb und ich, die Gründerin, ohnehin manchmal mit einer einzigen Person alleine war (es gibt keinerlei Verpflichtung oder Kontrolle bei uns), war erst einmal die Luft raus.

Wir hatten uns aus organisatorischen Gründen vonseiten des Tagesstätten- und Beratungsstellenpersonals zudem nur 14-tägig treffen können, was sich als zu selten erwies, um eine Kontinuität zu schaffen, und ich war auch enttäuscht darüber, dass sich niemand anderes bereit erklärt hatte, es auch einmal selber mit der Meeting-Leitung zu versuchen. Auch wollte niemand mit mir gemeinsam einen anderen Raum suchen. Da war ich beleidigt und legte die Gruppe erst einmal auf Eis.

Als ich dann vor ein paar Wochen einen Anruf bekam und eine Gruppenfreundin mich bat, die Sache wieder aufleben zu lassen, hörte ich mich um - und fand im Gebäude des Offenbacher Hauptbahnhofes über den Verein »Lebensräume« einen soooo schönen und für unsere Zwecke idealen Raum, sodass ich Euch, liebe Freunde und Interessierte, mitteilen kann, dass ab Anfang Juni bereits die D.N.S.-Treffen wieder stattfinden können, und zwar jeden Freitag von 19.30 bis 21.30 Uhr.

Wir werden die Treffen splitten in einen Arbeitsteil und eine rekreativen Teil. Eine Stunde werden wir auf das Besprechen und Mitteilen unserer

individuellen Belange verwenden. Deshalb wird während dieser Zeit nicht geraucht. Dies können wir dann in der zweiten Stunde tun, die wir in lockerer, geselliger Runde bei kalten und heißen Getränken verbringen wollen, und wo wir Gelegenheit haben, unsere Themen gegebenenfalls zu vertiefen, mit wem wir wollen.

Die einzige Voraussetzung für die Teilnahme an unserer Gruppe ist, Betroffene oder Betroffener zu sein, also in der Regel, Psychiatrieerfahrene oder Psychiatrieerfahrene zu sein und eigenverantwortlich dem Wunsch auf Besserung und Stabilisierung näher kommen zu wollen. Darüber hinaus gibt es ein paar Gruppenregeln, beispielsweise nicht alkoholisiert oder unter Drogen zu erscheinen oder Derartiges mitzubringen. Tabu ist selbstverständlich Gewalt oder die Androhung von Gewalt.

Ich hatte die Gruppe seinerzeit ins Leben gerufen, weil ich den Versuch wagen wollte, einerseits viel von der Art und Weise, wie in den »Anonymen Gruppen« (d. h. Gruppen, die das Programm der Anonymen Alkoholiker verwenden) gearbeitet wird, für mich retten zu wollen, mir aber andererseits dort der direkte Austausch, das Gespräch fehlte, was dort nur im »Nachmeeting« (dem anschließenden Besuch eines Lokals) stattgefunden hatte. Es konnten nur die mit, die Geld für ein Getränk ausgeben konnten, während es bei uns so sein wird, dass sowieso alles zum Selbstkostenpreis angeboten wird, und wenn jemand nichts geben kann, wird er eingeladen.

Auch möchten wir persönliche Glaubenshaltungen wirklich respektieren. Ich selbst bin ein religiöser Mensch, aber die Gruppe hat einzig und alleine Genesung für möglichst viele von uns im Sinn, und deswegen geht jeder den Weg, den er wählt - mit Gott, ohne religiösen Glauben oder mit egal welchem Glaubensbekenntnis. Wir haben das Programm der Anonymen Alkoholiker nicht übernommen.

Zum Gruppengeist: Es herrscht völlige Freiheit in Bezug auf das, was wir mitteilen wollen. Man darf, muss aber nichts sagen. Jede, jeder hat das Recht, innerhalb der Zeit zu kommen und zu gehen, wie er oder sie möchte. Wir sind alle gleich, keiner ist wichtiger als ein anderer, auch die Leiter nicht. Der Leiter muss an mindestens acht Treffen teilgenommen haben (bis dahin macht es die Gründerin). Wir lassen Entscheidungen bei demjenigen, der sie zu treffen hat und geben Ratschläge nur dann, wenn wir darum gebeten werden. Wir verstehen uns nicht als Ersatz für medizinische oder therapeutische Behandlungen. Wir lassen einander aussprechen, sogar - ja gerade dann -, wenn es Konflikte gibt, und wir bemühen uns, unsere Wahrheit ruhig und klar zu äußern. Wir diskutieren eher nicht über Religion oder politische Streitfragen, sondern bleiben bei uns selbst und unserem gemeinsamen Anliegen. Wir ermutigen und helfen einander, wo wir können, und unser einziges Ziel ist, größtmögliche Gesundheit und größtmögliches Lebensglück zu erlangen und zu erhalten. ■

Interessierte können unter folgender Adresse die Präambel und die Gruppenregeln beziehen (frankierten und adressierten Rückumschlag schicken!) oder telefonischen Kontakt aufnehmen: Magdalena Röschlau
Speckgasse 4
60599 Frankfurt am Main
Telefon (Mobil) 0176 29690336

Notizen

»Europa ver-rückt die Perspektiven«

Die nächste Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie findet vom 1. bis 3. November 2007 in der Fachhochschule München statt. Das diesjährige Schwerpunktthema lautet: »Europa ver-rückt die Perspektiven«. Mit dem Zusammenschluss der Binnen-

märkte und der Gemeinschaftswährung Euro sind die einzelnen Länder der Europäischen Union bereits eng miteinander verflochten. Auf der Tagung werden internationale Experten zu Wort kommen, die die Themen Gesundheit und Soziales auf europäischer Ebene maßgeblich begleitet haben. Sie werden mit Experten aus Deutschland und dem Publikum in Vorträgen und Workshops diskutieren. Darüber hinaus werden bereits existierende und gut funktionierende europäische Projekte vorgestellt. In Schwer-

punktforen werden Themen wie Arbeit und psychische Gesundheit, Gender, Dialog, Zwangsbehandlung, Migration, Versorgungsforschung, europäische Geschichte und psychische Gesundheit sowie die Auswirkungen der europäisierten Hochschullandschaft auf die einschlägigen Gesundheits- und Sozialberufe im europäischen Kontext beleuchtet.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
Zeltinger Straße 9
50969 Köln
Telefon 0221 511002

Fax 0221 529903
E-Mail dgsp@netcologne.de
Internet
<http://www.psychiatrie.de/dgsp>



Individuelle Wege ins Arbeitsleben

Bei der diesjährigen Tagung der Aktion Psychisch Kranke e. V. stehen die Entwicklungen und Ergebnisse eines For-

Die »Treffpunkte«

sind ein Forum für alle Beteiligten in der ambulanten, teilstationären und stationären Psychiatrie sowie in der Sozialpsychiatrie. Die Zeitschrift berichtet über allgemeine Entwicklungen; das besondere Gewicht liegt auf regionalen Aspekten der Rhein-Main-Region.

Der Jahresbezugspreis für ein Einzelabonnement der »Treffpunkte« beträgt 12,- Euro (zuzüglich 5 Euro Versandkostenpauschale). Wer die Zeitschrift besonders unterstützen möchte, kann sich zu einem Förderabonnement entschließen: ab 20,- Euro im Jahr wird dafür jede Ausgabe ins Haus geliefert. Die Ausgaben sind auch einzeln zum Heftpreis von 5,- Euro erhältlich.

Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e. V.
Holbeinstraße 25-27
60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 96201869
Fax 069 627705,
E-Mail gst@bsf-frankfurt.de
Internet
<http://www.bsf-frankfurt.de>

»Leben, wo man sich wohlfühlt«

Menschen im höheren Lebensalter mit einer psychischen Störung: eine Herausforderung für die Gemeindepsychiatrie

Gerne wird heute vom »demografischen Wandel« gesprochen und damit gemeint: Es gibt immer mehr alte Menschen. Diese wären auch an der Misere im Gesundheits- und Sozialwesen schuld. Unwörter wie »Rentnerschwemme«, »Altenrepublik« und »Überalterung der Gesellschaft« fördern diese Einstellung und führen teilweise zu einer Altersdiskriminierung mit verheerenden Folgen. Viele älter werdende Menschen mit einer psychischen Erkrankung fühlen sich deshalb oft doppelt benachteiligt.

Treffpunkte 3/2006



»Mensch-Sein mit allen Sinnen!«

Die Frankfurter Psychiatriewoche 2006

Im September 2006 hat in Frankfurt am Main die 18. Psychiatriewoche stattgefunden. Die in Deutschland einmalige Veranstaltungsreihe zog mit ihren rund 30 Angeboten verschiedene Träger wieder zahlreiche Besucher an – psychiatrienerfahrene Menschen, ihre Angehörigen, Fachkräfte der psychiatrischen Versorgung und viele interessierte Bürgerinnen und Bürger. Die Auftaktveranstaltung stand unter dem Motto »Mensch sein mit allen Sinnen«.

Treffpunkte 4/2006



schungsprojektes im Mittelpunkt: »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke - Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme«. Die Veranstaltung findet am 19. und 20. November 2007 in Kassel statt. Die regionale Realisierung des Projekts wurde bundesweit in sieben Referenzregionen begleitet, durch wissenschaftliche Beratung gefördert und soll mit der Abschlussstagung der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht werden. Projektkoordinator Dr. Niels Pörksen (Foto) wird die Ergebnisse vorstellen. Zen-

trale Aspekte sind neben den Ergebnissen der Projektregionen die Weiterentwicklung in den Bereichen Arbeitsmarktpolitik (sozialer Arbeitsmarkt mit langfristiger Förderung, Zuverdienst, angepasste Arbeitsplätze), sozialrechtliche Rahmenbedingungen (insbesondere in SGB II und SGB IX, einschließlich des Persönlichen Budgets für Arbeit), bedarfsbezogener Orientierung, Abklärung und Hilfeplanung (Assessment), Werkstätten für behinderte Menschen und der Alternativen, Erhalt des Arbeitsplatzes (z. B. durch Job-Coaching und Eingliede-

rungsmanagement), betriebsintegrierter Rehabilitation, Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer und Leistungsträger. Gelegenheiten zum fachlichen Austausch in Diskussionsforen, persönliche Begegnungen beim Markt der Möglichkeiten sowie Auftritte des Theaters Chaosum runden das Programm ab.

Aktion Psychisch Kranke e. V.
Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 676740
Fax 0228 676742
E-Mail apk@psychiatrie.de

Internet
<http://www.psychiatrie.de/apk>

Universität Mainz erforscht soziale Phobie

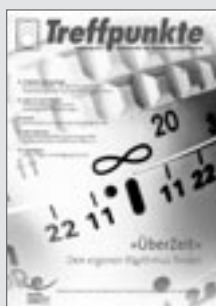
Die Johannes Gutenberg-Universität Mainz und das Universitätsklinikum Mainz nehmen an einem groß angelegten Forschungsprojekt zur Untersuchung und Therapie der sozialen Phobie teil. Bei ihr handelt es sich um eine Angststörung, die ungefähr 15 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens entwickeln. Ohne Behandlung ist der Verlauf oft chronisch. Durch Psychothe-

»ÜberZeit«

Den eigenen Rhythmus finden

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt die Zeit oft ein besonderes Problem dar. Denn: Zeitfragen sind Machtfragen, stellt die Ärztin Annemarie Jost von der Fachhochschule Lausitz fest. Autoritäre Menschen neigten dazu, mit ihrer Zeiteinteilung andere zu beherrschen. In unserer nachindustriellen Wissensgesellschaft ist die individuelle und kollektive Zeit nicht mehr einheitlich vorgegeben. Die Folge: Wir müssen unsere Zeit und ihre Nutzung mit anderen aushandeln. Dies müssen wir uns immer wieder ins Gedächtnis rufen – und danach handeln.

Treffpunkte 1/2007



»Dialog«

Miteinander reden - statt übereinander

Die Psychiatrie konnte lange nicht bis drei zählen. Im Blickpunkt standen die psychisch erkrankten Menschen; später rückten die Angehörigen in den Fokus von Wissenschaft und Praxis. Vielen professionellen Psychiatrieexperten fällt es bis heute schwer, sich auf ein gleichberechtigtes Gespräch mit psychiatrienerfahrenen Menschen und ihren Angehörigen einzulassen. Aber auch in der Psychiatrie gilt: Aller guten Dinge sind drei: Erkrankte, Angehörige, Helfer.

Treffpunkte 2/2007



Psychiatriewoche 2007
»Ohne Arbeit keinen Sinn?«

Vom 21. bis 28. September 2007 findet die diesjährige Frankfurter Psychiatriewoche statt. Die Eröffnungsveranstaltung ist bereits am 20. September 2007 im Sendesaal des Hessischen Rundfunks; in deren Mittelpunkt steht das Schwerpunktthema Arbeit. Die nächsten »Treffpunkte« berichten von den Informationsveranstaltungen, Vorträgen, Tagen der offenen Tür und Feiern in diesem Jahr.

Treffpunkte 4/2007

<http://www.bsf-frankfurt.de>

rapie ist die soziale Angst jedoch sehr gut behandelbar. Im Rahmen des Forschungsprojektes erhalten Betroffene, die an der Studie teilnehmen, die Möglichkeit einer qualifizierten Kurzzeitbehandlung im Rahmen von 25 Stunden. Die beiden Einrichtungen in Mainz versuchen, Termine für Erstgespräche mit möglichst kurzer Wartezeit zu vereinbaren.

Interessenten können sich wenden an die Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Telefon 06131 17-2999
oder an die Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz
Telefon 06131 39 24621



Kinder- und Jugendstudie: Verhaltensauffälligkeiten bleiben häufig unbehandelt

Nach dem Ergebnis einer neuen Studie zeigt beinahe jedes fünfte Kind in Deutschland Hinweise auf »psychische Auffälligkeiten«. Die von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zusammen mit dem Robert-Koch-Institut vorgestellte Untersuchung zeigt ergibt, dass bei 17,8 Prozent der Jungen und 11,5 Prozent der Mädchen Hinweise auf Verhaltensauf-

fälligkeiten zu verzeichnen sind. Zu den häufigsten Problemen zählen dabei emotionale Schwierigkeiten und Hyperaktivität. Zehn Prozent der Kinder leiden laut Robert-Koch-Institut unter Ängsten, 7,6 Prozent unter Störungen des Sozialverhaltens und 5,4 Prozent unter Depressionen. Die zentralen Risikofaktoren für die Verhaltensauffälligkeiten, die die Studie ermittelt, sind familiäre Schwierigkeiten und Armut. Häufig bleiben die Verhaltensauffälligkeiten jedoch unbehandelt. Auch die körperliche Gesundheit der Heranwachsenden nimmt die Studie in den Fokus und kommt zu dem Ergebnis, dass immer mehr Kinder und Jugendliche unter chronischen Erkrankungen wie Fettleibigkeit, Asthma und Allergien litten. 15 Prozent der Kinder gelten nach der Studie als übergewichtig, 6,3 Prozent sogar als fettleibig. Die Kehrseite der Medaille zeigt, dass 28,9 Prozent der Mädchen zwischen elf und 17 Jahren Essstörungen in irgendeiner Form aufweisen. Weitere häufig auftretende chronische Gesundheitsprobleme sind der Untersuchung zufolge Bronchitis (13,3 Prozent), Neurodermitis (13,2 Prozent) und Heuschnupfen (10,7 Prozent). Für die Studie hatten Wissenschaftler von 2003 bis 2006 fast 18.000 Kinder und Jugendliche bis zu 17 Jahren untersucht. Über die Ergebnisse der Studie informiert eine eigene Website im Internet: <http://www.kiggs.de>.

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
Telefon 01888 754 0
E-Mail info@rki.de
Internet <http://www.rki.de>

Kompetenzzentrum informiert über Persönliches Budget

Das Paritätische Kompetenzzentrum Persönliches Budget hat seit dem Jahre 2005 in bundesweiten Fachtagungen und Regionalkonferenzen über die zu erwartenden Veränderungen durch diese neue Leistungsform informiert. Bei den Veranstaltungen stellten sich drei Themen immer wieder als besonders wichtig heraus:

- Budgetberatung und Budgetunterstützung: Ohne kompetente Hilfe können viele behinderte Menschen kein Persönliches Budget beantragen und verwalten. Offen ist, wer diese Aufgabe übernehmen sollte und wie sie innerhalb eines Persönlichen Budgets finanziert werden kann.
- Persönliches Budget für Arbeit: Es gibt bisher wenige Budgetnehmer, die ein solches Angebot in Anspruch nehmen. Hinderlich ist oftmals die ungeklärte Frage der Sozialversicherungspflicht außerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen.
- Auswirkungen auf Leistungserbringer: Die Träger sozialer Dienste und Einrichtungen müssen sich mit der Frage auseinandersetzen, welche Leistungen sie für Budgetnehmer anbieten können und welche Preise sie dafür verlangen sollen.

Das reichhaltige Material aus den Veranstaltungen des Kompetenzzentrums in den Jahren 2005 und 2006 liegt nun auf einer CD-ROM vor, die - solange der Vorrat reicht - kostenlos bestellt werden kann.

PARITÄTISCHES Kompetenzzentrum Persönliches Budget
Drechslerweg 25
55128 Mainz
Telefon 06131 93680-0
Fax 06131 9368050
E-Mail budget@paritaet.org
Internet
<http://www.budget.paritaet.org>



Lars von Trier bekennt sich zu schwerer Depression

Der dänische Filmregisseur Lars von Trier (51) hat seine künstlerische Arbeit wegen einer schweren Depression bis auf weiteres eingestellt. Wie der Gewinner der Goldenen Palme beim Filmfestival in Cannes («Dancer In The Dark», 2000) in einem Interview sagte, sei er »als Folge des Absturzes völlig blank«. Von Trier gab an, dass er den geplanten Horrorfilm »Antichrist« als letzten Teil seiner USA-Trilogie deshalb für unbestimmte Zeit und möglicherweise für immer auf Eis gelegt habe. »Man kann nicht einen Film machen und gleichzeitig deprimiert sein«, meinte der Däne. Von Trier sagte über seine psychischen Probleme, er habe schon immer »zahllose Angstanfälle« gehabt, aber noch nie so eine tiefe Depression wie Anfang dieses Jahres. Mit dem ihm eigenen Sarkasmus meinte er über seine kurz-

fristige Einlieferung in die Psychiatrie des Kopenhagener Reichskrankenhauses: »Ich bin sehr stolz darauf, dass das jetzt in meinem Lebenslauf steht.« Während er sonst »mindestens drei Filmprojekte zugleich« bearbeitet habe, müsse er nun einfach darauf warten, dass »ein Film wieder zu mir kommt und verlangt, dass man ihn macht«. Der Künstler hatte im Jahre 1995 zum 100. Geburtstag des Kinos mit Kollegen das Manifest »Dogma 95« veröffentlicht. Gegen das Kino der unbegrenzten digitaltechnischen Möglichkeiten hatte die Gruppe ein »Keuschheitsgelöbnis« abgelegt: Dogma-Filme sollten so einfach wie möglich gedreht werden, nur mit Originalton, mit einer Handkamera ohne Kunstlicht, ohne optische Hilfsmittel und ohne Montagetricks.

Bremer Projekt zur Psychiatrie ausgezeichnet

Das Bremer Psychiatrie-Projekt »Integrierte Versorgung Rückzugsräume« ist bei der Konferenz »Gesundheitswirtschaft« der Zeitung Financial Times Deutschland in Berlin ausgezeichnet worden. Es sei eines von zehn vorbildlichen Projekten im deutschen Gesundheitswesen, hieß es. Das Projekt erlaubt es, dass sich Psychiatriepatienten, die in Krisensituationen geraten sind, unter nervenärztlicher Aufsicht abends und nachts in eigens dafür eingerichteten Räumen einer Bremer Wohnung zurückziehen können. So können Klinikeinweisungen wegen akuter Krankheitsphasen vermieden werden. Insgesamt stehen acht Plätze zur Verfügung. Der Aufenthalt ist auf 28 Tage begrenzt. Bisher werden

etwa 300 Patienten betreut.

Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH
Waller Heerstraße 103
28219 Bremen
Telefon 0421 17835 0
Fax 0421 17835-199
Internet
<http://www.gapsy.de/rueckzug1.html>

Bücher



»Das Ende der Unheilbarkeit«

Hoffnung macht Sinn - das ist die Essenz der sogenannten Recovery-Bewegung. Dabei werden von betroffenen Menschen initiierte Genesungskonzepte und Erfahrungen mit Schizophrenie für Betroffene aufbereitet, auch als Maßstab für professionelles Handeln. Michaela Amering und Margit Schmolke sehen die großen Chancen, die von dieser Bewegung und einer personenzentrierten Behandlung bei Psychosen für die Psychiatrie ausgehen. Schizophrenie ist heilbar, so lautet die nun mit Daten der Verlaufsforschung belegte Botschaft. Recovery, englisch für Wiedererlangung und Erholung, setzt den Empowerment-Gedanken schlüssig

um. Die paternalistisch-fürsorgliche Haltung gegenüber Klienten des psychiatrischen Systems tritt in den Hintergrund. So ist es konsequent, dass im Buch psychiatrieverfahrene Menschen als Forscher ernst genommen werden. Wilma Boevink und Ron Coleman sind zwei der sieben mit ihrer Lebensgeschichte und Arbeit vorgestellten Symbolfiguren, aber sie betonen selbst, dass sie keine Ausnahmerecheinungen sind. Auf einer neuen, ganzheitlich gedachten Ebene kann Gesundheit wieder erfahrbar werden. Es ist das Verdienst der Autorinnen zu zeigen, wie die persönlichen Erfahrungen von an Schizophrenie erkrankten Menschen zur Konzeptbildung in die wissenschaftliche Psychiatrie integriert werden können.

Michaela Amering
Margit Schmolke: Recovery.
Das Ende der Unheilbarkeit.
Psychiatrie-Verlag
Bonn 2007. 304 Seiten. 24,90
Euro. ISBN 978-3-88414-421-3.



»Leben und sterben, wo ich hingehöre«

»Will you still need me / Will you still feed me / When I'm sixty-four?« Wenn die Beatles diesen Song heute, vierzig Jahre später, geschrieben hätten, würden sie vielleicht eighty-four als Alter gewählt haben - das heutige durch-

schnittliche Heimaufnahmealter. Die Erinnerung daran, wie rasant wir in den letzten Jahrzehnten gesellschaftlich gealtert sind, offenbart zugleich auch schon die Absicht des neuen Buches von Klaus Dörner (Foto): Wird es für mich, wenn ich alt bin, einen Anderen geben, der mich einerseits braucht und der mich andererseits umhegt? Dabei sind die »Alten« zwar zahlenmäßig das größte Problem, doch ist die Kernfrage nach »need« und »feed« nur zu beantworten, wenn immer alle Hilfebedürftigen im Blick sind: ob nun ein Kind mit zehn Jahren im Wachkoma liegt, mit 20 ein Jugendlicher geistig behindert, ein Mensch mit 30 körperlich behindert, mit 40 hirntraumatisiert, mit 50 chronisch psychisch krank, mit 60 chronisch körperkrank, mit 70 alterspflegebedürftig oder mit 80 dement ist. Klaus Dörner will diese Situation mit allen alten und jungen Bürgern diskutieren, auch mit den Professionellen im Gesundheits- und Sozialsystem. Jedoch nicht so sehr aus der Perspektive der Profis, sondern mehr aus der Perspektive der Bürger, sowohl der Hilfebedürftigen als auch der helfenden Bürger, also weniger betriebswirtschaftlich, sondern mehr volkswirtschaftlich - eben vom gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarf her.

Klaus Dörner:
Leben und sterben,
wo ich hingehöre.
Dritter Sozialraum und neues
Hilfesystem.
Edition Jakob van Hoddis.
Paranus Verlag der Brücke
Neumünster GmbH
Neumünster 2007
220 Seiten
19,- Euro
ISBN 978-3-926200-91-4



Sieben Fragen an Torsten Neubacher

Dr. Torsten Neubacher wurde 1967 in Gießen geboren.

Er studierte in Saarbrücken und arbeitete nebenher freiberuflich für verschiedene Handelsunternehmen.

Er promovierte in den Fächern Betriebswirtschaft, Informationswissenschaft und Sozialpsychologie und

war dann für einzelne Vertriebslinien der Metro-Gruppe in den Bereichen EDV, Organisationsentwicklung und Vertriebscontrolling tätig. Er wechselte als

EDV-Leiter zu »tegut«, einem regionalen Lebensmitteleinzelhandelsunternehmen, und wagte im Jahr

2000 den Quereinstieg in den Sozialbereich, indem er bei der »frankfurter werkgemeinschaft« die Leitung der Werkstätten (Consorts-BetriebeWfbM) über-

nahm. Seit 2002 ist er Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Trägers.

1. Was ist gut an der psychosozialen Versorgung in Frankfurt am Main?

Die Tatsache, dass es eine Pflichtversorgung gibt, die ein — im Vergleich zu den meisten anderen Kommunen — relativ dichtes Netz psychosozialer Hilfsangebote ermöglicht.

2. Was müsste in der psychosozialen Versorgung in Frankfurt am Main dringend verbessert werden?

Es fehlen Wohnangebote für Eltern oder Alleinerziehende mit Kindern oder Paarwohnungen. Auch die außerklinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist verbesserungsbedürftig.

3. Welches psychosoziale Angebot ist viel zu wenig bekannt?

Ich glaube, dass es weniger ein einzelnes Angebot ist, als vielmehr die Vielfalt der Angebote an sich. Ich denke dabei auch an die unterschiedliche Ausprägung gleichlautender Angebote bei den einzelnen Trägern.

4. Welchem Buch wünschen Sie viele Leserinnen und Leser?

Ich wünsche erwachsenen Lesern mehr Zugang zu guten Kinderbüchern, beispielsweise von Guus Kujer.

5. Welchen Film haben Sie zuletzt gesehen?

Keinen nennenswerten, meist schlafe ich nach der Hälfte ein.

6. Sie haben plötzlich einen Tag frei — was würden Sie dann gerne machen?

Mal einen Tag ganz alleine sein in schöner Natur an einem Ort, den ich noch nicht kenne.

7. Die Märchenfee erscheint — Ihre drei Wünsche?

Gesundheit und Zufriedenheit für mich selbst und für die Menschen, die mir nah sind, und dann natürlich, dass ich immer genug unerfüllte Wünsche habe.

»Psychisch kranke und behinderte Menschen
mögen **anders denken, fühlen, handeln** -
sie sind jedoch nicht anders geartet...«

Christof Streidl (1939-1992)

*Gründungsmitglied der
Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie
Frankfurt am Main e.V. und
der Zeitschrift »Treffpunkte«*

Keine Ausgabe verpassen - **Treffpunkte** abonnieren!

Die Zeitschrift »Treffpunkte« ist ein Forum für alle Beteiligten in der ambulanten, teilstationären und stationären Psychiatrie sowie in der Sozialpsychiatrie. Die Zeitschrift berichtet über allgemeine Entwicklungen; das besondere Gewicht liegt auf regionalen Aspekten der Rhein-Main-Region.

Ihre Abonnements-Bestellkarte ist schon weg? Dann bestellen Sie formlos bei der
Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V., Holbeinstraße 25-27, 60596 Frankfurt am Main

Bitte hier abtrennen 

- Ja**, ich abonniere ab sofort die **Treffpunkte** Frankfurter Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie.
Das Jahresabonnement kostet 12,- Euro zuzüglich 5,- Euro Versandpauschale für vier Ausgaben.
Das Abonnement kann schriftlich zum 31. Dezember jeden Jahres gekündigt werden.

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ich zahle jährlich nach Erhalt der Rechnung

Ich will mich nicht selbst um die Überweisung kümmern
und stimme deshalb zu, dass die Abonnementgebühr von meinem Konto per
Bankeinzug abgebucht wird. Der Einziehungsauftrag gilt bis auf Widerruf.

Name des Kontoinhabers

Kontonummer

bei Geldinstitut

Bankleitzahl

Widerrufsbelehrung: Diese Bestellung kann ich ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen schriftlich bei der Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V., Holbeinstraße 25-27 in 60596 Frankfurt am Main widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Datum und Unterschrift