

## Kurzbericht zum BMG-geförderten Forschungsvorhabens

Vorhabentitel	SupsyKli – Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken
Schlüsselbegriffe	Bauliche und Nicht-bauliche Suizidprävention
Vorhabendurchführung	Werner-Felber-Institut e.V.
Vorhabenleitung	Dr.-Ing. Nadine Glasow
Autor(en)/Autorin(nen)	Dr.-Ing. Nadine Glasow, Dr.-phil Katharina König, PD Dr. med habil Ute Lewitzka
Vorhabenbeginn	01.11.2017
Vorhabenende	11.02.2021

### 1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Ziel des Projektes war es, die Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken zu erfassen und zu verbessern. Um eine valide Datenbasis zu schaffen, wurde zunächst eine Datenbank erstellt, über die Kliniksuizide und -suizidversuche in Deutschland erstmals zentral erhoben werden können.

In einem zweiten Schritt wurden Einzelfalluntersuchungen von Räumen, in denen Suizide stattgefunden hatten, durchgeführt. Dadurch sollten neben der oben beschriebenen Datenquelle weitere Informationen generiert werden, die eine evidenzbasierte Bewertung von Bauelementen ermöglichen sollte. Die Erkenntnisse wurden genutzt, um ein Instrument zu entwickeln, mit dem die Räumlichkeiten von psychiatrischen Kliniken auf ihr mögliches Suizidrisiko hin bewertet werden können. Ebenso können die Erkenntnisse genutzt werden um bauliche Suizidpräventionskonzepte zu entwickeln.

Parallel dazu wurden Kliniken nach ihren nicht-baulichen Suizidpräventionskonzepten befragt, die Ergebnisse daraus gesammelt und ausgewertet. Es sollte nach etablierten Standards und Prozedere gesucht werden.

Die Sammlung von Daten zu Kliniksuiziden und Suizidversuchen bilden eine wesentliche Basis zur Planung, Überprüfung und Bewertung von Präventionsmaßnahmen. Darauf weist auch die WHO hin (WHO, 2014). Die Erkenntnisse können genutzt werden, um evidenzbasierte bauliche und nicht-bauliche Präventionskonzepte zu erstellen, die langfristig zur Senkung der Suizidzahlen beitragen.

## 2. Durchführung, Methodik

Es wurde mit Hilfe eines interdisziplinär mit Expertinnen und Experten zusammengesetzten Gremiums ein Fragebogen erstellt, der Daten zu Kliniksuiden und -suizidversuchen über ein Online Tool erhebt. Im Laufe des Projektes konnten 90 Kliniken zur Teilnahme gewonnen werden. Die erhobenen Daten werden zum einen genutzt, um sie den beteiligten Kliniken zur Verfügung zu stellen, damit diese ihre Suizidpräventionskonzepte anpassen können, aber auch um diese Forschenden kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Im baulichen Teil wurde auf der Basis der im Onlinetool generierten Daten ein Instrument entwickelt, das die baulichen Elemente auf psychiatrischen Stationen auf ihr Suizidrisiko hin bewertet. Das Instrument wurden bei den Evaluationen an allen sächsischen Landeskliniken getestet und anhand der Erkenntnisse vor Ort fortlaufend angepasst.

Parallel dazu wurden qualitative Raumanalysen von Räumlichkeiten erstellt, in denen Suizide begangen wurden. So konnte beispielsweise analysiert werden, warum bestimmte Objekte oder Raumzonen anderen vorgezogen wurden. Eine Erkenntnis, die aus quantitativen Daten allein nicht abgeleitet werden kann.

Im nicht-baulichen Teil wurde neben der Erfassung bestehender allgemeiner nationaler und internationaler Suizidpräventionskonzepte auch eine Erhebung zu vorhandenen Konzepten in deutschsprachigen psychiatrischen Kliniken vorgenommen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurde ein Fragebogen entwickelt und über einen Onlinezugang an alle Kliniken versendet. In diesem Fragebogen wurden neben der Abfrage von standardisierten Prozessen auch Unterschiede in den Herangehensweisen bei suizidalen Patientinnen und Patienten erfragt.

## 3. Gender Mainstreaming

Die im Rahmen des Forschungsprojektes etablierte Kliniksuidatenbank erfasst auch das Geschlecht der Suizidenten, um bei späteren Forschungsfragen auch nach Genderaspekten auswerten zu können. Bei einer ersten Auswertung der Daten zeigten sich meist Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Bei der baulichen Umsetzung wird dennoch nicht empfohlen geschlechtsspezifische Gestaltungen vorzunehmen, da die Stationen geschlechtergemischt geführt werden und eine geschlechterspezifische Aufteilung auf Patientenzimmer zu erheblichen Belegungsproblemen führen würde.

## 4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Bis zum Projektende haben sich 90 Kliniken zur Teilnahme bereit erklärt und es wurden knapp 700 Datensätze – bei z. T. retrospektiver Dateneingabe – eingepflegt. Zu Beginn des Jahres 2021 wurde den Kliniken erstmals eine Auswertung der Daten zugeschickt, die sie dabei unterstützen soll, Suizidpräventionskonzepte zu erstellen oder die vorhandenen zu optimieren. Die Rückmeldung auf

diese Zusendung war sehr positiv. Insgesamt zeigte sich, dass Erinnerungsschreiben und Kontaktaufnahmen, sowohl zur Generierung von neuen Kliniken, als auch zur Kontaktpflege mit bestehenden Teilnehmenden deutlich zur Qualitätssteigerung der Daten beigetragen haben.

Die Datensammlung soll verstetigt werden. Durch den persönlichen Einsatz der Mitarbeitenden des Werner-Felber-Institutes konnten auch Mittel aus der sächsischen Landesregierung zur Weiterführung bis Ende 2022 generiert werden. In dieser Zeit wurde daran gearbeitet, neue Kliniken zu generieren, die Datenqualität weiter zu erhöhen und die Kontaktpflege zu professionalisieren.

Im Bereich der baulichen Suizidprävention ist es nun möglich, mithilfe des hier entwickelten Instrumentes Räumlichkeiten auf ihr Suizidrisiko hin zu bewerten. Ergebnis einer solchen individuellen Evaluation ist dann auch ein bauliches Präventionskonzept für diese Klinik. Die Bewertung der Elemente wird fortlaufend an die in der Datenbank generierten Daten angepasst, um diese evidenzbasiert zu hinterlegen.

Auf politischer Ebene wäre es aus Sicht der Projektnehmer wichtig, dass bei Klinikneu- und -umbauten auch Aspekte der Suizidprävention gesetzlich vorgeschrieben werden. Aktuell steht in der DIN 13080 nur ein allgemein formulierter Hinweis. Zahlreiche Studien zeigen jedoch, dass die Methodenrestriktion eines der wirksamsten Suizidpräventionsmaßnahmen überhaupt ist.

Wesentliches Ergebnis des nicht-baulichen Teils war die Erkenntnis, dass es in Deutschland wenig bis keine standardisierte Vorgehensweise bei dem Thema Suizidalität gibt. Dies reicht von der Art und Weise der Risikobeurteilung, den Zeiten, in denen diese stattfindet, den Konsequenzen bei einem erhöhten Risiko bis zum Umgang nach einem Suizidversuch oder Suizid. Die Frage der Fort- und Weiterbildungen wird sehr heterogen gehandhabt, der Einbezug von Angehörigen wird wenig berücksichtigt. Zukünftig sollte auf gesundheitspolitischer Ebene diskutiert werden, inwieweit eine zumindest teilweise Standardisierung notwendig wäre. Im Rahmen einer zu fordernden Leitlinie sollten klare Empfehlungen für bauliche und nicht-bauliche Präventionsaspekte gefordert werden.

Beispiele aus anderen Bereichen (z.B. Dokumentation bei Stürzen, Erfassung Barthel Index u.a.) dienen letztlich dazu, die Qualität der Behandlung zu verbessern. Medizinische Fachberufe sind verpflichtet, regelmäßig Fort- und Weiterbildungen zum Thema Reanimation zu absolvieren. Dies wäre in ähnlicher Art und Weise auch für den psychiatrischen Notfall Suizid zu fordern. In psychiatrischen Kliniken sollten verantwortliche Mitarbeitende benannt werden, um im Falle eines Suizids die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Auch hier sind Beispiele aus anderen Bereichen (Hygienebeauftragte, Datenschutzbeauftragte, Brandschutzbeauftragte) Vorbild.

## **5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG**

Das BMG stellt die Ergebnisse des Projektes der Fachöffentlichkeit und der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung und bezieht die Erkenntnisse in die aktuelle fachpolitische Diskussion zur Weiterentwicklung der Suizidprävention in Deutschland ein.

## 6. Verwendete Literatur

WHO. (2014). Suizidprävention: Eine globale Herausforderung.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)