

Entwicklung von Strukturen zur Suizidprävention im Vollbetreuten Wohnen

(Eine mehrperspektivische Studie am Beispiel von „Assist gemeinnützige GmbH“)

Bahareh Afshari

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2024

Erstbegutachter*in: FH-Prof. Andrea Pilgerstorfer
FH-Lektor Hermann Eglseder

Zweitbegutachter*in: FH-Prof. Marina Tomic-Hensel

Dankeswort

Ich möchte mich von ganzem Herzen bei all jenen Menschen bedanken, die mich in den letzten zwei Jahren auf meinem Weg zu dieser Masterarbeit begleitet und unterstützt haben.

Seitens der Fachhochschule St. Pölten möchte ich einen besonderen Dank an meine Projektleiterin FH-Prof. Andrea Pilgerstorfer und FH-Lektor Hermann Eglseher-Kern aussprechen, die mich bis zur Fertigstellung dieser Arbeit mit wertvollen Ratschlägen, Rückmeldungen, Verständnis und Geduld unterstützt haben. Ohne ihre fachkundige Anleitung und ihr Engagement wäre es mir nicht möglich gewesen, diese Arbeit erfolgreich abzuschließen. Mein größter Dank gilt auch dem Studiengangsleiter des Masterstudiums Soziale Arbeit, FH-Prof. DSA Mag. Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc.

Ich bin den pädagogischen Leitern der „Assist gemeinnützige GmbH“, Mag. Thomas Kunitzky und Teamkoordinator Hakan Canli sowie unseren lieben Kolleginnen und Kollegen und Klientinnen und Klienten, die mich unterstützt haben, sehr dankbar.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine liebe Freundin Dr.in Julia Planitzer, die mir mit ihrer Unterstützung geholfen hat, mein Ziel zu erreichen.

Ich bin meinem Lebenspartner zutiefst dankbar für seine bedingungslose Liebe und Unterstützung, die mir geholfen haben, meine Träume zu verwirklichen. Diese Arbeit ist ein Beweis für unsere gemeinsame Stärke und Verbundenheit.

Ein besonderer Dank gilt auch meinem wundervollen Sohn, der unglaubliches Verständnis für seine studierende Mutter gezeigt hat und viele Stunden unter der Woche und sogar am Wochenende ohne Klage ertragen hat, wenn ich gelernt habe oder an der Universität war. Deine Geduld und deine aufmunternden Worte haben mir die Kraft gegeben, diese Reise zu meistern.

Abstract

„Entwicklung von Strukturen zur Suizidprävention im Vollbetreuten Wohnen“
(Eine mehrperspektivische Studie am Beispiel von „Assist gemeinnützige GmbH“)

Bahareh Afshari

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Suizidprävention im Vollbetreuten Wohnen in Wien, insbesondere mit der Entwicklung von Strukturen zur Suizidprävention in der „Assist gemeinnützige GmbH“. In diesem Zusammenhang werden die Perspektiven der betroffenen Klient*innen sowie der Mitarbeiter*innen in dieser sozialen Einrichtung beleuchtet. Anschließend werden die Ergebnisse aus beiden Perspektiven präsentiert und analysiert. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf den Strukturen der Suizidprävention sowie den Interventionsmethoden in suizidalen Krisensituationen, die bei der „Assist gemeinnützigen GmbH“ angewendet werden. Die Forschungsmethodik folgte der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996). Die Studie zeigt, dass Klient*innen mit verschiedenen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen suizidale Tendenzen haben können. Obwohl die Einrichtung zuvor keinen Bedarf an der Entwicklung von Strukturen zur Suizidprävention sah, ergab die Untersuchung die Notwendigkeit einer angemessenen Struktur und geeigneter Methoden für den Umgang mit suizidalen Krisen.

Die vorgeschlagene Präventionsstrategie betont diagnostische Richtlinien, Mitarbeiter*innenfortbildungen, strukturierte Interventionen und Sensibilität für individuelle Bedürfnisse. Die Krisenintervention umfasst Schutzmaßnahmen, um die Sicherheit des Betroffenen zu gewährleisten, Entlastung, um den emotionalen Druck zu mindern, und Unterstützung, um eine positive Bewältigung der Krise zu fördern. Offensichtlich können Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter*innen durch Arbeitgeber ihre Kompetenzen in der Suizidbewältigung und Krisenintervention verbessern.

Schlüsselwörter:

Suizidalität, Suizidprävention, Krise, Krisenintervention, Behinderung, Vollbetreutes Wohnen, Psychosoziale Versorgung, Grounded Theory, Soziale Arbeit

Abstract

"Development of Structures for Suicide Prevention in Fully Supported Living"
(A multi-perspective study using "Assist gemeinnützige GmbH" as a case example)

Bahareh Afshari

The present work deals with suicide prevention in fully supported living in Vienna, particularly focusing on the development of structures for suicide prevention within "Assist gemeinnützige GmbH". In this context, the perspectives of the affected clients as well as the employees in this social institution are examined. Various theoretical crisis intervention approaches are considered at the outset. Subsequently, the results from both perspectives are presented and analyzed. The emphasis of the study lies on the structures of suicide prevention as well as the intervention methods in suicidal crisis situations employed by the "Assist non-profit GmbH". The research methodology followed the Grounded Theory by Strauss and Corbin (1996). The study demonstrates that clients with various disabilities and mental illnesses may have suicidal tendencies. Although the institution previously did not see a need for the development of structures for suicide prevention, the investigation revealed the necessity for adequate structure and suitable methods for handling suicidal crises. The proposed prevention strategy emphasizes diagnostic guidelines, employee training, structured interventions, and sensitivity to individual needs. Crisis intervention embodies the tripartite provision of individualized support, relief to mitigate emotional distress, and facilitation of constructive coping mechanisms amidst the crisis. Clearly, further training and development for employees provided by employers can enhance their competence in suicide prevention and crisis intervention.

Keywords:

Suicidality, Suicide Prevention, Crisis, Crisis Intervention, Disability, Fully Supported Living, Psychosocial Care, Grounded Theory, Social Work.

Inhalt

1	Einleitung	8
2	Forschungsinteresse	9
2.1	Themenbeschreibung.....	10
2.2	Zielsetzungen	10
3	Fragestellung	11
3.1	Hauptforschungsfragen	11
3.2	Subfragen	12
4	Grundlagen	13
4.1	Suizidalität	13
4.1.1	Begriffsbestimmung.....	13
4.1.2	Formen	14
4.1.3	Diagnostik.....	14
4.1.4	Bedingungsfaktoren	15
4.1.5	Risikofaktoren.....	15
4.1.6	Entstehungsbedingungen.....	16
4.1.7	Maßnahmen gegen Suizidalität.....	17
4.1.8	Prävention	17
4.2	Krisenintervention.....	19
4.2.1	Definition.....	19
4.2.2	Gefährdungen in Krisen	20
4.2.3	Aspekte von Krisen	21
4.2.4	Grundprinzipien der Krisenintervention	21
4.2.5	Ziel der Krisenintervention.....	22
4.3	Krisen und Suizidgefährdung	22
4.3.1	Suizidgefährdung	22
4.3.2	Strukturierung des Umgangs mit Suizidalität	23
4.3.3	Einschätzung der Suizidalität	23
4.3.4	Krisenintervention bei akuter Suizidalität	24
4.3.5	Suizidalität in der Sozialen Arbeit.....	24
5	Fokus und Feldzugang	26
5.1	Örtliche Abgrenzung.....	26
5.2	Fachliche Abgrenzung.....	26
6	Forschungsdesign	27
6.1	Erhebungsmethode	27
6.1.1	Leitfadeninterviews.....	27
6.1.2	Auswahl der Interviewpartner*innen	28
6.1.3	Aufbereitungsmethode	28
6.1.4	Auswertungsmethode.....	29

7	Ergebnisdarstellung	33
7.1	Phänomen	33
7.2	Kontext	34
7.2.1	Zielgruppen	34
7.2.2	Betreuungsformen	34
7.2.3	Ein umfassender Leitfaden zur Suizidprävention und Krisenintervention	34
7.2.4	Teamarbeit	35
7.2.5	Biografiearbeit	35
7.2.6	Qualifiziertes Betreuungspersonal	36
7.3	Ursächliche Bedingungen	36
7.3.1	Vielzahl von Behinderungen	36
7.3.2	Psychische Gesundheitsprobleme bzw. psychische Störungen	36
7.3.3	Traumatische oder belastende Erfahrungen	37
7.3.4	Einsamkeit und Ausgrenzung	38
7.4	Intervenierende Bedingungen	40
7.4.1	Trivialisieren	40
7.4.2	Nicht ausreichende interne Ressourcen in Bezug auf die Organisation	41
7.4.3	Mangelnde Bereitschaft zur Kooperation der externen Unterstützungsdienstleistungen	42
7.4.4	Wenig oder gar keine Inanspruchnahme der Leistungen externer Hilfseinrichtungen	43
7.5	Strategien	45
7.5.1	Suizidpräventionsstruktur	45
7.5.2	Interventionsmethode in der Suizidkrise	48
7.6	Konsequenzen	55
7.6.1	Senkung des Suizidrisikos	55
7.6.2	Verhinderung von Krisen	56
8	Conclusio	57
9	Reflexion und Ausblick	60
	Literatur	62
	Daten	64
	Abkürzungen	65
	Abbildungen	66
	Tabellen	67
	Anhang	68
	Anhang A: Interviewleitfaden – Pädagogische Leitung	69
	Anhang B: Interviewleitfaden – Teamkoordinator*in	71
	Anhang C: Interviewleitfaden – Mitarbeiter*innen (Fachkräfte)	73
	Anhang D: Interviewleitfaden – Klient*innen	75

Anhang E: Auswertungstabellen – Vorlagen	76
Eidesstattliche Erklärung	78

1 Einleitung

Diese Masterarbeit leistet einen Beitrag zum Masterprojekt mit dem Titel „Assessment und Analyse der psychosozialen Versorgung und Krisenintervention in Österreich an drei ausgewählten Standorten“. Das Projekt wurde unter der Leitung von FH-Professorin Andrea Pilgerstorfer und Professor FH-Lektor Hermann Eglseder durchgeführt.

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit versteht sich als Teilprojekt und beantwortet die Forschungsfragen nach einer geeigneten Struktur zur Suizidprävention sowie einer gelungenen Interventionsmethode in der Suizidkrise innerhalb der „Assist gemeinnützig GmbH“.

Dazu wurden Interviews geführt und ausgewertet. Zunächst wird das Projekt geschildert und das Forschungsinteresse mit den Zielsetzungen und den dazugehörigen Forschungsfragen wird dargestellt. Danach werden die Grundlagen beschrieben und die Forschungsvorgehensweise vorgestellt. Die aus dem Forschungsprozess resultierenden Ergebnisse werden schließlich präsentiert und zusammengefasst. Abschließend werden Forschungsausblick und Empfehlungen angeführt.

2 Forschungsinteresse

Suizidalität umfasst sämtliche Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen oder in Kauf nehmen, den eigenen Tod herbeizuführen, sei es durch aktive Maßnahmen, Unterlassungen oder in Gedankenspielen (vgl. Wolfersdorf, u.a., 2008, S. 16).

Suizidalität wird nicht als medizinische Diagnose betrachtet, sondern als Symptom und Risiko. Daher erfordert die Arbeit mit suizidalen Menschen Fachkompetenz und die Fähigkeit, mit diesem Risiko umzugehen. Soziale Einrichtungen sollten daher angemessene Strukturen und Präventionsmaßnahmen sowie geeignete Konzepte für den Umgang mit Suizidalität bereitstellen (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 216-223).

Diese Arbeit wird von einer Mitarbeiterin der „Assist gemeinnützige GmbH“ durchgeführt, einer sozialen Einrichtung, die Menschen mit Behinderungen begleitet und Niederlassungen in Wien und Niederösterreich hat. Die Autorin arbeitet als Fachbetreuerin für Menschen mit verschiedenen Behinderungen, die oft unter erheblichen psychischen Belastungen leiden, was die Bewältigung ihres Alltags erschwert. Wenn diese Belastungen auf körperliche Beschwerden treffen, können Krisensituationen entstehen. In solchen Fällen äußern die Klient*innen manchmal Gefühle der Aussichtslosigkeit und Sinnlosigkeit ihres Lebens. Auch kleine Veränderungen in ihrer Lebenssituation können solche Gedanken auslösen. Während ihrer Arbeit mit den Klient*innen wird die Autorin gelegentlich mit der Thematik der Suizidalität konfrontiert und hat Situationen erlebt, in denen aufgrund des Mangels an umfassenden Richtlinien zur Bewertung, Prävention und Intervention bei Suizidkrisen Zweifel aufkamen und sie sich in ihrer Arbeit unsicher fühlte. Sie teilte diese Erfahrung mit einigen ihrer Kolleg*innen und stellte fest, dass nicht nur sie selbst, sondern auch andere teilweise unsicher in der Bewältigung von Suizidkrisen im Unternehmen sind. Aufgrund dieser Erfahrungen hat sie sich entschieden, das Thema „Suizidalität“ genauer zu untersuchen.

Das vorliegende Projekt beschreibt den Aufbau einer geeigneten Struktur innerhalb der „Assist gemeinnützig GmbH“ zur effektiven Suizidprävention. Zudem liegt der Fokus auf der Entwicklung einer gezielten Interventionsmethode für das Betreuungspersonal in der „Assist gemeinnützig GmbH“, um angemessen auf Klient*innen reagieren zu können.

2.1 Themenbeschreibung

Diese Arbeit konzentriert sich besonders auf das Thema „Suizidalität“ im Vollbetreuten Wohnen bzw. in der „Assist gemeinnützige GmbH“. Suizidalität bezeichnet den Zustand, in dem eine Person aktiv versucht, ihr Leben zu beenden. Natürlich können Suizidgedanken nicht unmittelbar zum Tod führen, aber wenn sie langfristig bestehen bleiben, stellen sie ernsthafte Risiken für die betroffene Person dar (vgl. Hülshoff, 2017, S. 131). In diesem Zusammenhang können psychische Störungen wie Depressionen und Schizophrenie mit Suizidgedanken oder -handlungen einhergehen (vgl. ebd., S. 134-135).

Da es in der „Assist gemeinnützig GmbH“ Klient*innen gibt, die an Depression oder Schizophrenie leiden, wird das Thema Suizidalität stärker in den Fokus gerückt, um es genauer zu untersuchen. Aus diesem Grund werden in dieser Forschung Themen wie die Einschätzung und Prävention dieses Phänomens sowie effektive Interventionen während einer Suizidkrise behandelt, auf die im Folgenden in diesem Abschnitt allgemein eingegangen wird. Die Einschätzung der Suizidalität ist also von außerordentlich großer Bedeutung. Dabei versteht man unter basaler Suizidalität allgemeine Faktoren (beispielsweise die Zugehörigkeit zu Risikogruppen), aber auch Umfang und Art psychischer Grunderkrankungen oder impulsives Verhalten in der Vorgeschichte. Nicht ein einzelner Hinweis, sondern das Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren sowie dann insbesondere die Analyse der akuten Krisensituation ermöglichen also eine Einschätzung der Gefährdung (vgl. ebd., S. 136).

Suizidprävention und Krisenintervention konzentrieren sich auf Menschen, die in psychophysischer und psychosozialer Notlage sind, und denen es an freier Selbstbestimmung und Willenskraft mangelt oder diese eingeschränkt ist. Das Ziel der Suizidprävention besteht nicht nur darin, das akute Risiko des Todes zu verhindern, sondern auch darum, unterstützende Maßnahmen anzubieten, um Klarheit zu schaffen, fürsorgliche Unterstützung zu leisten sowie Diagnostik, Therapie und präventive Maßnahmen zu ermöglichen (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 12). Krisenintervention umfasst gezielte und zeitliche Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen in akuten emotionalen Notlagen (vgl. Hülshoff, 2017, S. 138-139).

2.2 Zielsetzungen

Eine der Zielsetzungen dieser Arbeit ist es, eine geeignete Struktur zur Suizidprävention innerhalb der „Assist gemeinnützige GmbH“ zu definieren. Mit diesem Projekt wird eine unterstützender und sicherer Umgebung geschaffen, in der gefährdete Personen erkannt, unterstützt und präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Suiziden ergriffen werden. In einer sorgfältigen Bedarfsermittlung werden bestehende Ressourcen, Erfahrungen und die Expertise der sozialen Einrichtung im Bereich der psychischen Gesundheit analysiert. Gleichzeitig werden die spezifischen Anforderungen für die Suizidprävention identifiziert, um maßgeschneiderte Maßnahmen zu entwickeln. Weiteres Ziel ist die Entwicklung einer Interventionsmethode.

3 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wird eine Fragestellung behandelt, die sich theoriegeleitet und auf Basis der Ergebnisse des Interviews entwickelt hat. Im Mittelpunkt der Masterarbeit stehen die Hauptforschungsfragen. Diese werden durch weitere Unterfragen strukturiert, welche die Ziele detailliert darstellen.

1. Welche Strukturen sind innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ zur Suizidprävention geeignet?
 - Welche Strukturen zur Suizidprävention bestehen innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“?
 - Welche Veränderungen innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ sind bei den genannten Strukturen zur Erreichung der geeigneten Struktur zur Suizidprävention notwendig?
2. Wie kann das Betreuungspersonal in der „Assist gemeinnützigen GmbH“ mit den Klient*innen in der suizidalen Krise gelingend intervenieren?
 - Welche Methoden wurden als Intervention bei diesen Klient*innen durch das Betreuungspersonal der „Assist gemeinnützigen GmbH“ gesetzt?
 - Welche Veränderungen innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ sind bei den genannten Methoden zur Erreichung der gelungenen Intervention in der Suizidkrise notwendig?

3.1 Hauptforschungsfragen

- Welche Strukturen sind innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ zur Suizidprävention geeignet?
- Wie kann das Betreuungspersonal in der „Assist gemeinnützigen GmbH“ mit den Klient*innen in der Suizidkrise gelingend intervenieren?

3.2 Subfragen

- Welche Strukturen bestehen innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ zur Suizidprävention?
- Welche Veränderungen innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ sind bei den genannten Strukturen zur Erreichung der geeigneten Struktur zur Suizidprävention notwendig?
- Welche Methoden wurden als Intervention bei diesen Klient*innen durch das Betreuungspersonal der „Assist gemeinnützigen GmbH“ gesetzt?
- Welche Veränderungen innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ sind bei den genannten Methoden zur Erreichung der gelungenen Intervention in der Suizidkrise notwendig?

4 Grundlagen

Dieses Kapitel beginnt mit einer Vorstellung gängiger Fachbegriffe. Danach wird näher auf die Formen von Suizid, Diagnostik, Bedingungsrisikofaktoren, Entstehungsbedingungen und Maßnahmen gegen Suizidalität eingegangen. Schließlich wird die Prävention beleuchtet.

4.1 Suizidalität

Mit Suizidalität wird üblicherweise ein Spektrum suizidaler Verhaltensweisen bezeichnet, das von vagen Suizidgedanken bis hin zur tatsächlichen Durchführung eines Suizidversuchs reicht. Gemäß der Definition von Wolkersdorf und seinen Mitarbeiter*innen (1999) umfasst Suizidalität „die Gesamtheit aller mentalen und verhaltensbezogenen Ausdrucksformen von Personen, die entweder durch Gedanken, durch aktive Handlungen oder durch passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben oder als mögliche Konsequenz einer Handlung in Kauf nehmen“ (vgl. Wewetzer/Quaschner, 2019, S. 1).

Als Anzeichen für die Feststellung eines Suizids gelten: (a) das Ableben der Person, (b) das Verhalten der Person selbst führte zum Tod, und (c) die Person hegte (in gewissem Umfang) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen (vgl. Teismann/Dorrmann, 2014, S. 3).

4.1.1 Begriffsbestimmung

„Suizid“ ist ein Begriff, der sich vom Lateinischen „sui caedere“ ableitet. Das bedeutet wörtlich übersetzt „sich selbst töten/fällen/morden“ (vgl. Bauer u.a., 2011, S. 19). Es gibt in der Literatur keine präzise und einheitliche Definition von Suizid. Die unterschiedlichen Definitionsversuche sind an die vorherrschenden gesellschaftlichen Werte und an die Denkrichtung und religiöse Grundeinstellung des jeweiligen Wissenschaftlers beziehungsweise der jeweiligen Wissenschaftlerin zurückzuführen (vgl. Wolfsdorf, 2008, S. 13-20).

Bronisch unterscheidet zwischen Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suizide. Suizidgedanken können verschiedene Bedeutungen haben, von generellen Gedanken über den Tod bis hin zu konkreten Vorstellungen des eigenen Todes sowie expliziten suizidalen Absichten. Der Opfertod sollte von Suizidversuch und Suizid abgegrenzt werden. Der Opfertod bezeichnet das Sich-Opfern für einen anderen Menschen oder eine Gemeinschaft, für eine Idee, Ideologie oder einen Glaubensinhalt (vgl. Bronisch, 2006, S. 11-12). Hier ist auch wichtig, auf die Unterschiede zwischen den drei Begriffen „Suizid“, „Suizidversuch“ und „Suizidalität“ einzugehen:

Suizid bezeichnet eine selbstverursachte oder veranlasste Handlung, den Tod herbeizuführen, mit dem Wissen, der Erwartung oder dem Glauben, dass das angewandte Mittel dieses Ziel erreichen wird. Das Ergebnis dieser Handlung ist der Tod des Ausführenden.

Suizidversuch ist eine selbstverursachte oder veranlasste Handlung, die darauf abzielt, durch den Einsatz des eigenen Lebens eine Veränderung herbeizuführen. Das Ergebnis ist, dass die Person, die handelt, überlebt.

Suizidalität umfasst die Gesamtheit aller Denk- und Verhaltensweisen von Einzelpersonen oder Gruppen, die entweder durch aktives Handeln, Unterlassen oder passives Zulassen den eigenen Tod anstreben oder als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 14-15).

4.1.2 Formen

Wolfersdorf u.a. (2008) gliedern die Formen des Suizids wie folgt:

- "Chronische Suizidalität" beschreibt kontinuierlich vorhandene Suizidgedanken, die gelegentlich von suizidalen Handlungen begleitet werden können.
- Der Begriff "Bilanzsuizid" verdeutlicht das abwägende Moment während der Ambivalenzphase eines Suizidversuchs.
- "Zeitgleiche gemeinsame Selbsttötung zweier Menschen" bezeichnet das Phänomen, bei dem zwei Personen sich gemeinsam das Leben nehmen.
- "Massensuizid" beschreibt die Selbsttötung ganzer Gruppen, oft in Form von Mischungen aus Tötung, Selbsttötung und Getötetwerden.
- "Amok" bezeichnet einen plötzlichen Angriff mit selbstmörderischer Absicht, der auf den unfreiwilligen Tod mehrerer Menschen abzielt und ein kulturspezifisches Äquivalent zur Selbsttötung darstellt. Die meisten Suizidhandlungen geschehen in einem Zustand, der durch subjektive und/oder objektive Not sowie Unfreiheit gekennzeichnet ist (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 19-20).

4.1.3 Diagnostik

Bei der Diagnostik von Suizidalität werden folgende Fragen adressiert:

- Liegt bei der betreffenden Person, mit der gerade interagiert wird, Suizidalität vor?
- Gibt es aufgrund verschiedener Risikofaktoren einen dringenden Verdacht, dass diese Person suizidgefährdet sein könnte?
- Kann das aktuelle Ausmaß der Gefährdung abgeschätzt werden, also die Wahrscheinlichkeit einer folgenden suizidalen Handlung trotz diagnostischer und therapeutischer Intervention im kurz- oder langfristigen Zeitraum?

Die Erkennung und Bewertung von Suizidalität basieren auf subjektiven Einschätzungen, die auf Wissen und Erfahrung beruhen und eine kurzfristige Prognose bezüglich der Wahrscheinlichkeit eines suizidalen Ereignisses einschließen. Es existiert kein absolut zuverlässiges diagnostisches Instrument zur Erkennung und Bewertung von Suizidalität und zukünftiger Suizidgefahr (vgl. Wedler u.a., 1992, S.23).

4.1.4 Bedingungsfaktoren

Die Bedingungsfaktoren für Suizidalität sind eine Vielzahl von Einflüssen, die das Risiko einer Person erhöhen können, selbstschädigende Gedanken, Pläne oder Handlungen zu entwickeln. Diese Faktoren können in verschiedene Kategorien unterteilt werden (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 119).

4.1.5 Risikofaktoren

Die wichtigsten Risikofaktoren für Suizidalität sind: psychische Störungen, körperliche Erkrankungen, soziale Bedingungen, negative Lebensereignisse und frühere Suizidversuche (vgl. ebd., S. 119-126).

In der folgenden Tabelle werden Beispiele für verschiedene Risikofaktoren angegeben.

Risikofaktoren	Beispiele
Demografische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Männliches Geschlecht - Höheres Alter - Arbeitslosigkeit - Niedriger sozioökonomischer Status
Diagnostische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische Erkrankung - Affektive Störung - Schizophrenie - Suchtmittelstörung - Persönlichkeitsstörung - Körperliche Erkrankung
Psychosoziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Isolation/Einsamkeit - Hoffnungslosigkeit - Negative Affektivität - Impulsivität/Aggressivität - Suizidgedanken - Perfektionismus - Furchtlosigkeit gegenüber Schmerz, Sterben und Tod - Erfahrung von Missbrauch in Kindheit und/oder Jugend - Familiärer Suizid
Geschichte suizidalen Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> - Vergangene Suizidversuche

Proximale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen von Verlust (z. B. finanziell, zwischenmenschlich, identitätsbezogen) - Akute und/oder chronische Gesundheitsprobleme - Konflikte in der Familie/partnerschaftliche Konflikte - Entlassung aus stationärer Behandlung
Protektive Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Eingebundenheit/Unterstützung - Lebenszufriedenheit - Vorhandensein von Gründen zu leben - Hoffnung - Aktive Therapiebeteiligung - Problemlösekompetenz - Partnerschaft/Ehe - (Junge) zu versorgende Kinder - Schwangerschaft - Aktive Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft

Tabelle 1: Risikofaktoren (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 119-127)

4.1.6 Entstehungsbedingungen

Grundsätzlich lassen sich drei Ursprungstheorien für suizidales Verhalten unterscheiden: biologische, soziale (soziologische) und psychologische (vgl. ebd., S. 130).

4.1.6.1 Biologische Theorien

Die wichtigste biologische Theorie von Suizid und Suizidversuch ist die Theorie der Vererbung bzw. Genetik. Eine andere biologische Ursache bzw. psychiatrische Störung ist eine Stoffwechselstörung im Gehirn. Bei großen psychiatrischen Störungen, nämlich der Schizophrenie und den affektiven Störungen (depressive und manisch-depressive Störungen) werden Veränderungen im Bereich der wichtigsten Transmittersysteme vermutet (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 130).

4.1.6.2 Soziale Theorien

Die Forschung zum Suizid wurde durch Durkheims Buch „Le Suicide“ von 1897 beeinflusst, das vier Suizidarten beschreibt, die auf der Anpassung an die Gesellschaft bzw. gesellschaftliche Normen basieren. Die Suizidraten werden auch von anderen

Variablen wie Stadt-Landverteilung, Klima, Politik und Religion beeinflusst. Laut der Imitationshypothese ist es möglich, suizidales Verhalten nachzuahmen (vgl. ebd.).

4.1.6.3 Psychologische Theorien

Nach Karl Menninger besitzt jeder Mensch ein angeborenes selbstdestruktives Potential. Bisher gibt es kein allgemein anerkanntes Erklärungsmodell für die Entstehung der Suizidalität im Alter. Das Alter selbst ist keine Krankheit. Nur ein Teil wird im Alter depressiv und reagiert suizidal (vgl. ebd.).

4.1.7 Maßnahmen gegen Suizidalität

Die grundlegenden Schritte zur Prävention von Suizidalität sind das Erkennen der Anzeichen, das Angebot einer unterstützenden Beziehung und die Einleitung einer therapeutischen Behandlung:

- Erkennen: Das Erkennen einer depressiv-suizidalen Verfassung kann herausfordernd sein. Zum Beispiel zeigen ältere depressive Personen weniger häufig das klassische depressive Kernsyndrom. Stattdessen äußern sie sich eher über körperliche Beschwerden, Einsamkeit, Konzentrations- und Denkstörungen, Unruhe oder Gereiztheit sowie eine Abneigung gegen Nahrungsaufnahme. Voraussetzung für das Erkennen der Suizidgefährdung ist die Einführung eines Gesprächs (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 133-134).
- Beziehung anbieten: Die Betreuer*innen sollten bereit sein, den Hilferuf der suizidalen Person entsprechend zu erkennen und eine unterstützende Verbindung anzubieten. Es ist von Bedeutung zu verstehen, dass Gedanken an Selbstmord ein Ausdruck einer Krise sind (vgl. ebd., S. 134).
- Therapie einleiten: Eine „therapeutische Grundhaltung“, die Interesse, Geduld, Empathie und das Eingehen auf spezifische belastende Probleme sowie mögliche Suizidgedanken umfasst, kann beispielsweise zu Krankenhausaufenthalten, medikamentösen Behandlungen, Psychotherapie sowie Unterstützung durch das soziale Umfeld und die Organisation einer Nachsorge führen (vgl. ebd., S. 134-138).

4.1.8 Prävention

Unter „Prävention“ im Zusammenhang mit Suizidalität werden gewöhnlich drei Aufgaben voneinander abgegrenzt: Primärprävention bezeichnet im Allgemeinen die Verhinderung von suizidalen Krisen bei gesunden und kranken Personen. Sekundärprävention ist die Verhinderung von suizidalen Handlungen bei Personen mit Suizidgefährdung. Tertiärprävention bezeichnet die Vermeidung erneuter suizidaler Handlungen nach einem nicht tödlich verlaufenen Suizidversuch.

Selbstverständlich haben aber auch gesellschaftliche Faktoren, die über die Möglichkeiten helfender Berufe hinausgehen, Einfluss darauf, ob lebensmüde Menschen tatsächlich einen Suizidversuch begehen oder einen solchen wiederholen. Diesen Faktoren kommt im Hinblick auf die Primärprävention eine noch weit größere Bedeutung zu als bei der Sekundär- und Tertiärprävention.

Wesentliche suizidpräventive Elemente sind zunächst einmal günstige Sozialisationsbedingungen in Familie und Schule, Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Unterstützung in wirtschaftlichen Notlagen sowie kontaktstiftende Einrichtungen wie Vereine und Freizeitgruppen. Selbstverständlich tragen aber auch alle Berufsgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens und vieler beratender Institutionen zur primären Prävention bei, indem sie durch das Verhindern, frühzeitige Erkennen und Behandeln von Krisen und Erkrankungen potenziell suizidalen Entwicklungen entgegenwirken.

Große Bedeutung kommt hierbei Hausärzten und -ärztinnen und Telefonnotrufeinrichtungen (Telefonseelsorge etc.) sowie Beratungsstellen, sozial-psychiatrischen und Kriseninterventionsdiensten, niedergelassenen Fachärzten und -ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen und Klinikambulanzen zu (vgl. Eink/Haltenhof, 2017, S. 118-120).

4.1.8.1 Ethische Aspekte der Suizidprävention

Die moralischen und philosophischen Aspekte der Suizidprävention bilden die Grundlage für die ethischen Überlegungen. Es gibt verschiedene Meinungen darüber, ob Suizidprävention moralisch gerechtfertigt ist, basierend auf der Abwägung zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz. Die ethische Diskussion über Suizidprävention ist kompliziert, da sowohl die Verantwortung der Gesellschaft als auch die individuelle Autonomie berücksichtigt werden müssen. Suizidprävention steht im Spannungsfeld zwischen dem Schutz des Lebens und der Autonomie des Einzelnen. Die Legitimation dieser Maßnahme gründet sich vor allem auf die Fürsorgeverpflichtung der Gesellschaft, insbesondere der Angehörigen sozialer Berufe. Die ethischen Grundprinzipien des Lebensschutzes und der Selbstbestimmung geraten in Konflikt, besonders wenn es um die freie Entscheidung zum Suizid geht. Diese Auseinandersetzung führt zu einer Vielfalt von Meinungen, von extremistischen Positionen, die entweder die Lebenserhaltung oder die Autonomie des Einzelnen betonen, bis hin zu differenzierten Ansichten, die das Fürsorgeprinzip nicht gegen die Autonomie ausspielen wollen. Die ethische Grundlage der Suizidprävention wird somit von persönlichen Überzeugungen geprägt (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008: 317- 322). Die ethische Diskussion um Suizidalität konzentriert sich auf die Selbstbestimmungsfähigkeit des Einzelnen und das Handeln zum Wohle des Patienten oder der Patientin, wobei der Lebensschutz oft Vorrang vor der Selbstbestimmung hat, obwohl der Wunsch, im Leben zu bleiben, genauso stark sein kann wie der Wunsch, aus dem Leben scheiden zu wollen (vgl. Juckel/Hoffmann, 2016, S. 152).

4.2 Krisenintervention

Im folgenden Kapitel wird im Detail der Begriff „Krisenintervention“ beschrieben. Dabei wird auf die Bedeutung von „Krise“, sowie auf die Aspekte von Krisen, die Gefährdungen in Krisen, die Grundprinzipien und das Ziel der Krisenintervention näher eingegangen.

4.2.1 Definition

Der griechische Begriff „Krise“ bezieht sich auf eine entscheidende Wendung, die den Höhe- und Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung markiert. Krisen treten auf, wenn wir mit einer schwierigen Situation konfrontiert sind, die eine Entscheidung erfordert und für die wir keine ausreichenden Erfahrungen oder bewährte Lösungsmethoden haben. Krisen verursachen Unsicherheit und Ängste, aber sie bieten auch die Möglichkeit, sich zu entwickeln. Sie sind allgegenwärtig und unvermeidbar, aber sie sind zeitlich begrenzt, da wir normalerweise bestrebt sind, ihnen zu entkommen (vgl. Hülshoff, 2017, S. 2-13).

Die Krisenintervention, gemäß Goll (1985), bezieht sich auf den Verlust des seelischen Gleichgewichts aufgrund von Ereignissen oder Lebensumständen, die eine Person vorübergehend nicht bewältigen kann. Dabei ist es wichtig, die Vielschichtigkeit von Krisen zu erkennen und die Intervention entsprechend anzupassen, anstatt sich nur auf Definitionen zu stützen (vgl. Wedler u.a., 1992, S.57).

Eine Form der Hilfe, die darauf abzielt, den Krisenprozess zu unterbrechen und zu verhindern, dass die Krise eskaliert, wird als Krisenintervention bezeichnet. Das Ziel besteht darin, gemeinsam mit den Betroffenen erste Maßnahmen zur Lösung des Problems zu ergreifen. Neben Beratung und Therapie ist diese Intervention eigenständig, konzeptionell und mit spezifischen Methoden ausgestattet und wird aufgrund der Vielfalt der Problemsituationen berufsgruppen- und methodenübergreifend durchgeführt (vgl. Hülshoff, 2017, S. 67).

Krisenhilfe zielt nicht darauf ab, Krisen schnell zu beenden, sondern darauf, Veränderungen durch sie zu ermöglichen. Krisen können Vorläufer von Problemen wie Störungen oder Suizidalität sein, bieten aber auch die Möglichkeit, neu zu lernen und zu reifen (vgl. Geißler-Piltz, u.a., 2005, S. 111).

Die Entwicklung und der Verlauf einer Krise hängen stark von verschiedenen Faktoren ab, die in komplexer Interaktion miteinander stehen. Die folgende Abbildung erläutert diese Wechselwirkung der Faktoren, die Entstehung und Verlauf psychosozialer Krisen beeinflussen.

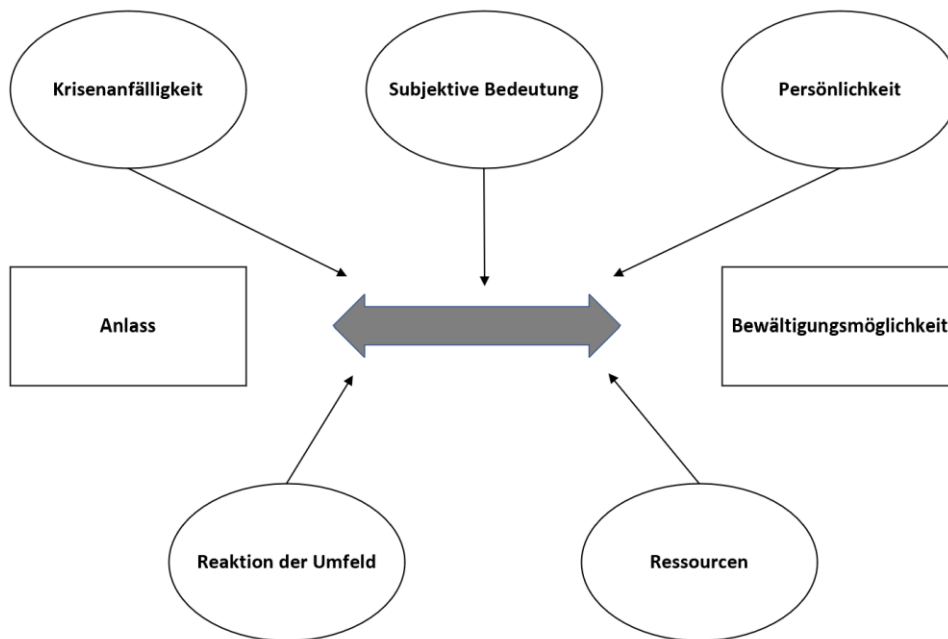


Abbildung 1: Wechselwirkung der Faktoren, die Entstehung und Verlauf psychosozialer Krisen beeinflussen (vgl. Stein, 2009, S. 25)

4.2.2 Gefährdungen in Krisen

Akute Gefährdungen in der Krise können als Folge von geplanten und beabsichtigten Handlungen, durch Handlungen infolge eines Kontrollverlusts, infolge akuter Traumatisierung, durch Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholeinfluss oder durch Impulskontrollstörungen bei bestimmten psychischen Erkrankungen auftreten (vgl. Stein, 2009, S. 96-98).

In der Tabelle unten werden die genannten Punkte genauer dargestellt:

Akute Gefährdungen mit unmittelbaren (unter Umständen auch längerfristigen) Folgen
<ul style="list-style-type: none"> - Selbstgefährdung: Suizidales Verhalten, Selbstverletzung, unfallbedingte Selbstschädigung - Fremdgefährdung: Drohungen und Handlungen von Gewalt gegen andere - Plötzliche Verschlimmerung einer vorhandenen psychischen Störung
Gefährdungen mit längerfristigen Folgen
<ul style="list-style-type: none"> - Pathologische Trauerreaktionen - Anfang einer psychischen Störung z.B. Depression, Angststörung oder posttraumatische Belastungsstörung - Einsetzen von Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch - Beginn somatischer oder psychosomatischer Krankheiten - Verschlechterung einer bereits bestehenden psychischen oder psychosomatischen Störung - Verlust der sozialen Sicherheit - Verlust von Beziehungen: soziale Isolation

Tabelle 2: Gefährdungen in Krisen (vgl. Stein, 2009, S. 96-98)

4.2.3 Aspekte von Krisen

Für eine erfolgreiche Intervention ist es wichtig, die Aspekte von Krisen zu erkennen und auch die Bedeutung des Krisenanlasses zu verstehen. Dies umfasst die persönliche Bedeutung des Ereignisses und die Fähigkeit, damit umzugehen, und wird von früheren Lernerfahrungen und sozialer Integration beeinflusst.

Aspekte von Krisen umfassen:

- den Auslöser der Krise
- die persönliche Wahrnehmung
- die Anfälligkeit für Krisen
- die Reaktion des sozialen Umfelds
- den Verlauf der Krise (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 18)

4.2.4 Grundprinzipien der Krisenintervention

Krisen können in jedem Lebensabschnitt auftreten, da sie individuell geprägt sind und von persönlichen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien abhängen. Dies führt dazu, dass Krisen interindividuell stark variieren können, selbst in Bezug auf die Art und Weise, wie jemand in verschiedenen Phasen seines Lebens mit ähnlichen Krisen umgeht (vgl. Stein 2009, S. 153).

Einige grundlegende Prinzipien sind Teil der Kriseninterventionspraxis: Eine schnelle Intervention, aktive Beziehungsgestaltung und diagnostische Einschätzung, einschließlich Suizidabschätzung, sind wichtig. Während Flexibilität in der Methodenanwendung und der Nutzung vorhandener Ressourcen wichtig ist, sind auch professionelles Auftreten, klare Strukturierung und emotionale Stabilisierung von Bedeutung. Es wird auch empfohlen, das soziale Umfeld einzubeziehen und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachkolleg*innen zu führen, wobei bei Bedarf medikamentöse Alternativen berücksichtigt werden sollten (vgl. Hofer-Moser u.a., 2020, S. 22-24).

Nach „Stein“ (2009) sind die Grundprinzipien der Krisenintervention in der Tabelle unten dargestellt.

Grundprinzipien der Krisenintervention	
- Rascher Beginn	- Aktiver und strukturierter Interventionsstil
- Richtige Diagnosestellung	- Unterstützung zur Selbsthilfe
- Flexibilität und Haltende Zuversicht	- Betonung von Lösungen und Ressourcen
- Anerkennung der individuellen Bedeutung der Krise	- Einbindung des sozialen Umfelds
- Verschwiegenheit	- Flexibilität in der Methodik
- Fokus: Aktuelle Problemlage	- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Zeitliche Begrenzung	

Tabelle 3: Grundprinzipien der Krisenintervention (vgl. Stein, 2009, S. 157)

4.2.5 Ziel der Krisenintervention

Indem der/die Betroffene die Krise akzeptiert und selbst Lösungen findet, zielt die Krisenintervention darauf ab, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Die Intervention soll dazu ermutigen, mit der Krise aktiv umzugehen, anstatt passiv zu bleiben oder zu schädlichem Verhalten zu greifen. Es geht darum, alternative Strategien zu finden, insbesondere wenn herkömmliche Bewältigungsmethoden nicht funktionieren, und um die Krise als Chance für persönliches Wachstum zu betrachten. Das Ziel liegt darin, das Individuum zu unterstützen, seine Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit zu reaktivieren und diese Fertigkeiten einfallsreich einzusetzen, um gegenwärtige sowie künftige Szenarien zu bewältigen. Kriseninterventionen können darüber hinaus langfristige Lösungswege wie psychotherapeutische Maßnahmen initiieren (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 18-19).

Das allgemeine Interventionskonzept besteht aus Beziehung, emotionaler Situation/spezifischen Gefahren, aktuellem Anlass, sozialer Situation/vorhandenen Hilfsmöglichkeiten, weiterem Vorgehen und Beendigung.

Die vier Hauptmerkmale im Umgang mit Krisen und Suizidalität sind: Aufbau einer Beziehung, Bewältigung der emotionalen Situation und Suizidalität, Fokussierung auf die aktuelle Situation und Einbeziehung der Umwelt (vgl. ebd., S. 20-21).

4.3 Krisen und Suizidgefährdung

Der Anlass einer Krise, die Bedeutung für den Betroffenen, die Anfälligkeit für die Krise, die Reaktion der Umwelt, die Hilfsmöglichkeiten des Betroffenen und seine soziale Integration sind einige der Faktoren, die entscheiden, ob eine Krise zu innerem Wachstum oder zu einer Katastrophe führen kann. Die Einschätzung der Suizidalität ist von wesentlicher Bedeutung bei der Betreuung von Personen in Krisensituationen, wofür Kenntnisse über Risikogruppen und präsuizidale Syndrome hilfreich sind (vgl. ebd., S. 160).

4.3.1 Suizidgefährdung

Personen, die an Suizidgefährdung leiden, sind anfälliger für suizidales Verhalten, einschließlich Suizidankündigungen und -versuche sowie Suizide. Das Risiko wird durch eine Vielzahl von Faktoren erhöht, darunter Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Depression, soziale Isolation und Anzeichen oder Versuche, Suizid zu begehen. Obwohl die Betreuung nach Suizidversuchen lange Zeit der Hauptfokus der Suizidprävention war, wird die Bedeutung von Krisen als Vorläufer suizidaler Handlungen zunehmend erkannt (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 160-162).

4.3.2 Strukturierung des Umgangs mit Suizidalität

Um effektive und zielgerichtete Unterstützung zu gewährleisten, ist es wichtig, die Annahme zu überdenken, dass Suizidgedanken, -ankündigungen und -versuche zwangsläufig Entwicklungsstadien eines pathologischen Fortschreitens zum Suizid darstellen. Obwohl gewisse Überschneidungen möglich sind, deutet vieles darauf hin, dass diese drei Ereignisse weitgehend eigenständig und unabhängig voneinander sind. Eine weitgehende Gleichsetzung gibt eine nur wenig differenzierte und verschwommene Sicht des Problems und der Hilfsmöglichkeiten. Es wird für das jeweilige Ereignis zu überlegen sein, was getan werden kann, um dessen Auftreten zu verhindern, was zu tun ist, wenn das Ereignis bereits eingetreten ist, und was anschließend unternommen werden muss. Diese Aktivitäten wurden in dem Konzept der Prävention, Intervention und Postvention zusammengefasst. Wird allerdings auch die Eigenreaktion, auch im Sinne von Selbsthilfe, mitberücksichtigt, so sind auch Suizidgedanken als eigenes Phänomen zu behandeln (vgl. ebd., S. 162-163).

4.3.3 Einschätzung der Suizidalität

Die Einschätzung des Suizidrisikos ist eine äußerst komplexe Aufgabe, die nach klaren Kriterien verlangt, um die Unsicherheit in diesem Bereich zu mindern. Dennoch gibt es nur wenige präzise Untersuchungen über die unmittelbare Zeit vor einem Suizidversuch, und die Ergebnisse der psychologischen Autopsie sind oft begrenzt. Die meisten Studien stützen sich auf Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, was methodologische Probleme mit sich bringt. Die Annahme, dass Merkmale vor und nach einem Suizidversuch ausschließlich quantitative Veränderungen erfahren können, ist umstritten. Zudem ist die Übertragung von Ergebnissen von Suizidversuchen auf tatsächliche Suizide fragwürdig. Suizidversuche können ebenfalls ein sehr heterogenes Verhalten aufzeigen.

Anmerkungen:

- Suizid-Gedanken bedeuten noch nicht Suizid-Absicht.
- Suizid-Absicht ist noch kein unwiderruflicher Entschluss.

Im Folgenden werden die Punkte aufgeführt, die bei der Einschätzung von Suizidalität wichtig sind:

- Seit wann bestehen Suizid-Gedanken?
- Wer weiß davon?
- Suizid-Äußerung und -Handlungen (verbal, non-verbal)
- Art der Suizid-Gedanken (überlegt, sich aufdrängend)
- Bedeutung der Suizid-Vorstellungen
- Ausmaß der emotionalen Einschränkung
- Grad der sozialen Integration
- Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen
- Kontakt/Beziehung zu beratender Person (vgl. ebd., S. 172-173)

4.3.4 Krisenintervention bei akuter Suizidalität

Krisen sind oft der Ausgangspunkt für verschiedene Hilfsprozesse und greifen dabei auf gängige Interventionstypen wie Krisenintervention, Beratung und Psychotherapie zurück. Die Krisenintervention umfasst verschiedene Schritte, wie das Verstehen des Krisenanlasses, die gemeinsame Erarbeitung einer Krisendefinition, das Ausdrücken von Gefühlen, die Reaktivierung von Bewältigungsstrategien, die Suche nach neuen Lösungen und einen abschließenden Rückblick. Ciompi (1993) formuliert konkrete Schritte für die Krisenintervention und betont die Bedeutung der Problembearbeitung sowie des Abschlusses und Follow-ups. Sonneck (2000) entwickelte das BELLA-Interventionskonzept, das aus Beziehungsaufbau, Erfassung der Situation, Linderung der Symptomatik, Einbeziehung unterstützender Personen und Ansätzen zur Problembewältigung besteht. Es hebt sich durch seine klare Zielsetzung und methodischen Anregungen ab (vgl. Kunz u.a., 2009, S. 194-196).

Die initiale Interaktion und Förderung emotionaler Äußerung sowie sozialer Interaktion stellen signifikante Facetten der Betreuung von Patienten im Anschluss an einen Suizidversuch dar (vgl. ebd., S. 166).

4.3.5 Suizidalität in der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit spielt eine entscheidende Rolle im Umgang mit Suizidalität und ist daher von besonderer Bedeutung. Daher wird die Soziale Arbeit in Bezug auf Suizidalität genauer betrachtet und untersucht (vgl. Weidler, 2022, S. 18).

4.3.5.1 Relevanz und Bedeutung

Die Soziale Arbeit zeichnet sich durch ihre Vielfalt an Einsatzbereichen und Tätigkeiten aus. Begegnungen mit Menschen aller Altersgruppen und in verschiedenen körperlichen sowie psychischen Zuständen sind ein herausragendes Merkmal. Innerhalb dieser Begegnungen spielt die Thematik der Suizidalität eine zentrale Rolle (vgl. ebd., S.17). Die Soziale Arbeit kommt den Hilfesuchenden mit Offenheit entgegen und versucht dementsprechend die Suizidalität als subjektiven Lösungsversuch in einer schwierigen Situation zu respektieren, anzunehmen, auszuhalten und gemeinsam nach alternativen Möglichkeiten zu suchen. Zudem kommt der Sozialen Arbeit eine wichtige Bedeutung zu, da sie die wissenschaftlich basierte mediale Informations- und Kenntnisvermittlung fördert, um somit das Thema Suizidalität zu enttabuisieren. Allgemein unterstützt die Soziale Arbeit die Überwindung der Schwellen zu den Hilfen und Unterstützungen. Schwellen bzw. auch Barrieren sind unter anderem die Stigmatisierung und Diskriminierung der betroffenen Personen, die Hürden im Gesundheitssystem wie z.B. die Wartezeit oder die psychischen Barrieren der Betroffenen in Bezug auf ihre Angst, sich zu offenbaren bzw. sich das Problem selbst einzugestehen. Die Soziale Arbeit bietet dementsprechend professionelle, semiprofessionelle, laiengestützte oder präventive Angebote an, mit dem Ziel einer wirksamen Unterstützung und mit einer Reduktion der Suizidgefahr, die mit möglichst geringem Aufwand verbunden ist. Bezogen auf den

geringen Aufwand sind niedrige formale Hürden gemeint, welche sich beispielsweise auf die Minimierung der zeitlichen Verzögerung oder des Kostenaufwands beziehen. Zu berücksichtigen sind zudem die psychischen, sozialen, kulturellen und körperlichen Barrieren der jeweiligen Personen. Dafür bietet die Soziale Arbeit eine Vielfalt von unterschiedlichen Angeboten an, wie z.B. Telefon-Hotlines, E-Mail-Beratung, Foren, lokale Krisendienste, Beratungsstellen, psychosoziale Zentren oder Selbsthilfegruppen (vgl. ebd., S. 20).

4.3.5.2 Herausforderungen

Die Soziale Arbeit trägt aufgrund ihrer Bedeutung und Relevanz im Bereich der Suizidalität eine große Verantwortung. Die Unterstützung der Betroffenen ist mit zahlreichen Anstrengungen und Herausforderungen verbunden, beginnend mit der komplexen Identifizierung und Erfassung der Suizidgründe. Es ist wichtig zu beachten, dass Suizidalität nicht ausschließlich auf das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung zurückzuführen ist, obwohl psychische Erkrankungen ein erhöhtes Risiko darstellen können. Dies wird jedoch durch strukturelle und finanzielle Probleme, wie Personalmangel und begrenzte Ressourcen, erschwert. Der Personalmangel spiegelt sich auch in der Öffentlichkeitsarbeit und Präventionsarbeit wider, die notwendig ist, um Aufklärung zu betreiben und das Stigma zu reduzieren. Es ist wichtig, professionelle Ausbildungen in diesen Bereichen anzubieten, um die Arbeitsbelastung zu verringern und die Qualität der Arbeit zu verbessern (vgl. ebd., S. 20-23).

5 Fokus und Feldzugang

Der Fokus und der Forschungszugang hängen von verschiedenen Faktoren ab. Zwei wichtige Faktoren, die bei einer Forschung beachtet werden müssen, sind der Forschungsort und das Forschungssachgebiet.

5.1 Örtliche Abgrenzung

Die örtliche Abgrenzung einer Forschung bezieht sich auf den geografischen Bereich, in dem die Forschung durchgeführt wird. Die örtliche Abgrenzung für diese Arbeit ist das Land Österreich, und die Fragestellung wird innerhalb der „Assist gemeinnützig GmbH“, einer sozialen Einrichtung mit einigen Standorten in Wien und Niederösterreich, durchgeführt.

5.2 Fachliche Abgrenzung

Die fachliche Abgrenzung einer Forschung bezieht sich auf das spezifische Fachgebiet oder den Bereich, auf den sich die Forschung konzentriert. In dieser Forschung liegt der Fokus auf dem Thema „Suizidalität“ in der Firma „Assist gemeinnützig GmbH“.

Die folgende Personengruppen sind von zentraler Bedeutung: Mitarbeiter*innen sowie Klient*innen der „Assist gemeinnützig GmbH“. Die Forschung findet im Feld der Sozialen Arbeit statt.

6 Forschungsdesign

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer qualitativen Forschungslogik. Dabei werden qualitative Methoden verwendet, um nicht-metrische Eigenschaften von Personen zu messen, also deren Qualitäten zu erfassen (vgl. Lamnek, 2010, S.3). Durch qualitative Forschung wird das Ziel verfolgt, die Phänomene menschlichen Erlebens in ihrer Gesamtheit zu erfassen und subjektiv aus innerer Perspektive zu verstehen. Dies geschieht mittels offener, nicht standardisierter Erhebungsmethoden, wobei die Daten durch interpretative Ansätze analysiert werden (vgl. Bässler, 2017, S.150).

Anstatt nur die Sichtweise der Forschenden zu betrachten, konzentriert sich qualitative Forschung auf die Handlungen und Perspektiven der Akteure. Indem sie deren Lebenswelten, Interpretationen, Abläufe und Strukturen charakterisiert, die für Außenstehende oft verborgen bleiben, zielt sie darauf ab, ein tieferes Verständnis für die sozialen Realitäten der Beteiligten im Feld zu gewinnen (vgl. Flick u.a., 2010, S.14). Die Forschungsfragen und ihre Unterfragen wurden gemäß einem sinnvollen und wissenschaftlichen Verfahren beantwortet. Als Methode der Datenerhebung wurde das leitfadenstrukturierte Interview ausgewählt. Das Ziel bestand darin, ausreichende Informationen durch das Interview zu gewinnen und die analysierten Themen so weit wie möglich abzudecken.

Schließlich wurde die „Grounded Theory“ von Strauss/Corbin verwendet, um die Daten zu interpretieren, die während der Interviews gesammelt wurden. Diese Forschungsmethode wurde ausgewählt, weil ihr Ansatz der gegenstandsbezogenen Theoriegenerierung es ermöglicht, das Verständnis von Inklusion und Exklusion durch die Analyse und Interpretation des vorhandenen Datenmaterials zu verbessern. Es ist wichtig, die Komplexität sozialer Ereignisse zu erkennen. Anstatt sich auf vereinfachende Modelle zu stützen, zielt die Forschung darauf ab, diese Komplexität zu erfassen oder sich ihr anzunähern (vgl. Lueger, 2010, S. 220).

6.1 Erhebungsmethode

Für diese Arbeit wurden Interviewleitfäden erstellt, potenzielle Interviewpartner*innen, die der Zielgruppe entsprechen, identifiziert und Interviews zu bestimmten Themen durchgeführt. Es wurden offene Fragen gestellt, um ausführliche Antworten zu erhalten. Die wichtigen Informationen wurden während des Interviews notiert und das Gespräch wurde aufgezeichnet, um es später auswerten zu können (vgl. Bässler, 2017, S. 48).

6.1.1 Leitfadeninterviews

Charakteristisch für das Leitfadeninterview ist der Leitfaden, in dem die zu erhebenden Dimensionen verzeichnet und zum Teil schon als Fragen formuliert sind. Damit ist die Interviewerin bzw. der Interviewer angewiesen, die Dimensionen, zu denen sich die

befragte Person nicht von sich aus äußert, selbst anzusprechen. Durch beliebiges Nachfragen kann die befragte Person zu weiteren Äußerungen stimuliert werden. Gleichzeitig kann der Spielraum auf eine begrenzte Zahl von bereits vorformulierten Eventualfragen beschränkt werden (vgl. Bässler, 2017, S. 48).

6.1.2 Auswahl der Interviewpartner*innen

Die Interviewpartner*innen wurden aus zwei Gruppen ausgewählt. Eine Gruppe besteht aus Mitarbeitenden der „Assist gemeinnützige GmbH“ verschiedener Arbeitsgruppen (Pädagogische Leitung, Teamkoordination, Betreuungspersonal) und die andere Gruppe besteht aus Klient*innen der „Assist gemeinnützigen GmbH“. Die Unterschiede zwischen den Interviewpartner*innen betreffen die Art der Zugehörigkeit zur „Assist gemeinnützigen GmbH“, das Alter, das Geschlecht und die Berufsbezeichnung.

ID	Name	Zugehörigkeit zur „Assist“	Geschlecht (M/W)	Alter (Jahr)	Berufsbezeichnung
1	T.	Mitarbeiter	M	40+	Pädagogische Leitung
2	C.	Mitarbeiter	M	30+	Teamkoordinator
3	M.	Mitarbeiter	M	40+	Betreuungspersonal
4	N.	Mitarbeiter	M	20+	Betreuungspersonal
5	Y.	Mitarbeiterin	W	20+	Betreuungspersonal
6	H.	Klient	M	60+	Pensionist
7	R.	Klient	M	60+	Pensionist

Tabelle 4: Übersicht der Interviewpartner*innen

Anmerkung:

- Alle Zitate von den Interviewpartner*innen, die in dieser Arbeit erwähnt wurden, sind leicht sprachlich überarbeitet.

6.1.3 Aufbereitungsmethode

Zur Auswertung und Analyse der aufgezeichneten Interviews bedarf es einer Verschriftlichung. Durch diese Übertragung des Gesprochenen in die Schriftsprache wird das geführte Interview für die Auswertung in Form von schriftlichen Daten verfügbar gemacht. Dieser Vorgang heißt „Transkription“ (vgl. Bässler, 2017, S. 73). In der qualitativen Sozialforschung existieren zahlreiche unterschiedliche Transkriptionsregeln nebeneinander, wobei sich eine Standardisierung bislang nicht durchgesetzt hat (vgl. Fuß/Karbach, 2014, S. 17).

Die Interviewtranskripte (Texte) dieser Arbeit wurden nach den Vorgaben von Fuß/Karbach angefertigt. Dazu gehören wortwörtliches Transkribieren, Anonymisierung und Datenschutz, leichte Glättung der Sprache, Verwendung eindeutiger Kürzel für die beteiligten Personen (I: Interviewerin, B: Befragte), Nicht-Mittranskribieren zustimmender Lautäußerungen der Interviewenden (solange sie den Redefluss nicht stören oder unterbrechen), und Verwendung eines Transkriptkopfes. Die Texte wurden

im Microsoft-Word-Programm verschriftlicht. Dabei wurden für jedes Interview im Transkriptkopf die persönlichen Daten der befragten Person berücksichtigt (vgl. ebd., S. 40-53).

6.1.4 Auswertungsmethode

Die Auswertung dieser Arbeit wurde nach der Grounded Theory von Strauss/Corbin durchgeführt.

6.1.4.1 Grounded Theory

Die Grounded Theory ist eine Form der qualitativen Forschung, die von Glaser und Strauss (1967) entwickelt wurde, um Theorien auf der Grundlage von Daten zu konstruieren. Sie ermöglicht die Identifizierung allgemeiner Konzepte und die Entwicklung theoretischer Erklärungen, die über das Bekannte hinausgehen, und bietet neue Einblicke in eine Vielzahl von Erfahrungen und Phänomenen.

Die Methodologie der Grounded Theory repräsentiert eine fundierte Denkweise und einen Forschungsansatz für soziale Phänomene. Die angewandten Methoden umfassen eine Vielzahl von Techniken und Verfahren zur Datenerhebung und -analyse (vgl. Strauss/Corbin, 2015, S. 3-6).

Die Besonderheit dieser Methode besteht darin, dass sie während der Datenerhebung eine systematische Analyse durchführt, die sich auf das untersuchte Phänomen konzentriert, um eine Theorie zu entwickeln, zu verfeinern oder vorläufig zu bestätigen. Daher sind Datensammlung, Analyse und Theoriebildung eng miteinander verbunden. Im Gegensatz zu anderen Analysemethoden steht die Grounded Theory am Anfang des Forschungsprozesses nicht als vorgegebene Theorie, die bestätigt werden soll. Stattdessen konzentriert sich die Forschung zunächst auf einen bestimmten Bereich, und erst während des Forschungsprozesses werden die relevanten Ergebnisse bestimmt (vgl. ebd., S. 7).

6.1.4.1.1 Analyse der Daten

Die Analyse der Daten erfolgt durch den ständigen Vergleich. Dabei werden die Daten in handhabbare Stücke zerlegt, und jedes Stück wird auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen. Daten, die in ihrer Natur ähnlich sind – sich auf etwas konzeptuell Ähnliches beziehen, jedoch nicht unbedingt eine Wiederholung derselben Handlung oder Ereignisse darstellen –, werden unter demselben konzeptionellen Begriff zusammengefasst. Durch weitere Analyse werden die Konzepte zu Kategorien zusammengefasst, manchmal auch als Themen bezeichnet. Jede Kategorie wird anhand ihrer Eigenschaften und Dimensionen elaboriert, und letztendlich werden die diversen Kategorien um eine zentrale Kernkategorie integriert.

Die Kernkategorie beschreibt in wenigen Worten, was die Forschungsperson als das Hauptthema der Studie identifiziert. Zusammengekommen bieten die Kernkategorie und andere Kategorien die Struktur der Theorie. Die Eigenschaften und Dimensionen jeder Kategorie füllen die Struktur durch Bereitstellung von Details aus (vgl. Strauss/Corbin, 2015, S. 7-8).

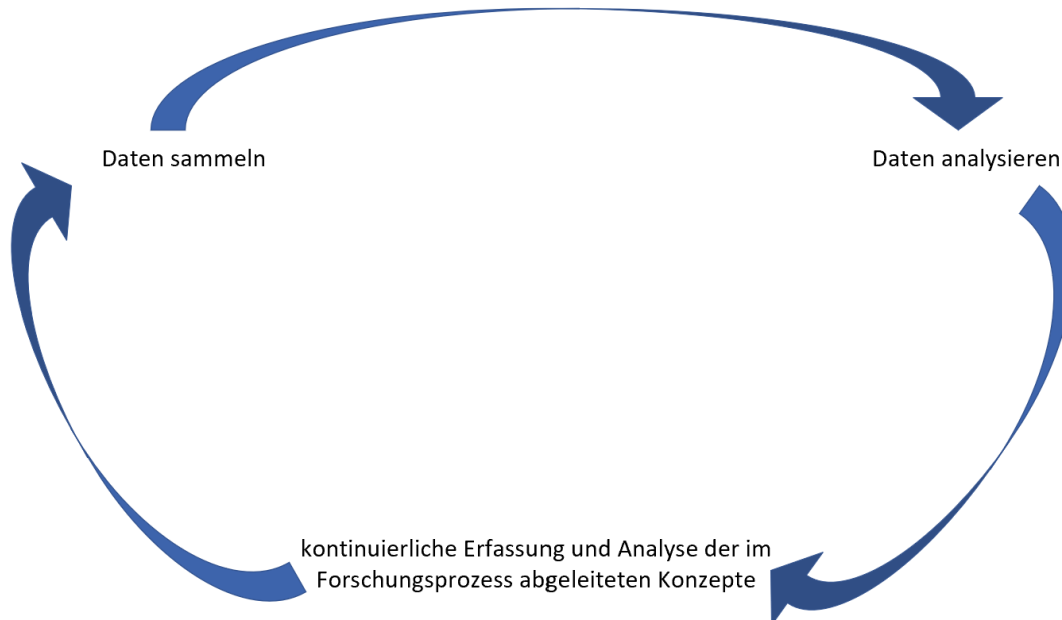


Abbildung 2: Die Wechselwirkung zwischen Datensammlung und -analyse (vgl. Strauss/Corbin, 2015, S. 8)

6.1.4.1.2 Konzepte

Konzepte werden aus Daten abgeleitet und sind die Interpretation über die Bedeutung, die in den Worten oder Handlungen der Teilnehmenden zum Ausdruck kommt. Konzepte bieten eine Möglichkeit, Daten zu kategorisieren oder zu organisieren, um die Menge der Daten zu reduzieren, mit denen gearbeitet wird. Daten werden reduziert, weil Ereignisse mit gemeinsamen Merkmalen unter demselben konzeptionellen Begriff kategorisiert werden. Grundlegende Konzepte liefern die Details, das Interesse und die Variation, die eine Theorie relevant machen. Das Konstruieren einer Grounded Theory ist wie der Bau einer Pyramide, wobei jede Ebene von Konzepten auf den anderen aufbaut.



Abbildung 3: Grounded Theory-Pyramide (vgl. Strauss/Corbin, 2015, S. 77)

6.1.4.1.3 Kodieren

Die Grounded Theory ist eine Forschungsmethode, die ein mehrstufiges Auswertungsverfahren für empirische Daten vorsieht, das als „Kodieren“ bezeichnet wird. Der Kern des Kodierprozesses ist die Methode des ständigen Vergleichens der Daten miteinander. Der Kodierungsprozess besteht aus drei verschiedenen Typen: das offene, das axiale und schließlich das selektive Kodieren (vgl. Strübing, 2004, S. 18-21).

Beim offenen Kodieren handelt es sich um den ersten Schritt der Analyse, bei dem die gesammelten Daten in Einzelteile zerlegt werden. Es ist ein Prozess des Zerlegens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten (vgl. Strauss/Corbin, 1996, S. 43).

Nachdem die Daten aufgebrochen und klassifiziert wurden, dient der nächste Schritt dazu, die Interpretation und Erklärung der Phänomene voranzutreiben, indem Zusammenhänge und Verbindungen zwischen den bereits benannten Kategorien herausgearbeitet werden. Das offene Kodieren unterstützt dabei, die Kategorien, ihre Eigenschaften und dimensionale Ausprägungen zu identifizieren. Das axiale Kodieren setzt diese Daten auf neue Weise zusammen, indem Verbindungen zwischen einer Kategorie und ihren Subkategorien hergestellt werden (vgl. ebd., S. 76).

Der letzte Schritt des Kodierprozesses beinhaltet die Integration der bisherigen Erkenntnisse in eine fundierte Theorie. Es wird eine zentrale Kategorie ausgewählt, die als Kernkategorie dient, und alle anderen Kategorien und Unterkategorien werden darauf systematisch bezogen. Das Ziel ist, aus den vorhandenen Daten eine zusammenhängende Erzählung zu entwickeln und einen roten Faden zu schaffen, indem die Kernkategorie mit anderen Kategorien in Verbindung gesetzt wird. Dieser Schritt wird als entscheidend angesehen, um eine umfassende Theorie zu entwickeln. Die Hauptkategorie und alle anderen Kategorien müssen in Bezug auf ihre Eigenschaften präzisiert und dann logisch miteinander verknüpft und ergänzt werden (vgl. Strübing, 2004, S. 19-22).

6.1.4.1.4 Kodierparadigma

In dieser Arbeit wird das Kodierparadigma von Strauss und Corbin als Zugangsweg für eine genauere Analyse, der aus den durchgeführten Interviews gewonnenen Daten verwendet. Zunächst wird eine allgemeine Erläuterung dieses Paradigmas gegeben. Nachfolgend erfolgten die Umsetzung und Beschreibung der Daten gemäß dem Paradigma.

Das Kodierparadigma stellt eine methodische Richtlinie zur Anleitung und Strukturierung dar. Es besteht aus sechs Elementen: Ursächliche Bedingungen, intervenierende Bedingungen, Phänomen, Kontext, Handlung und Konsequenz (vgl. ebd., S. 26).

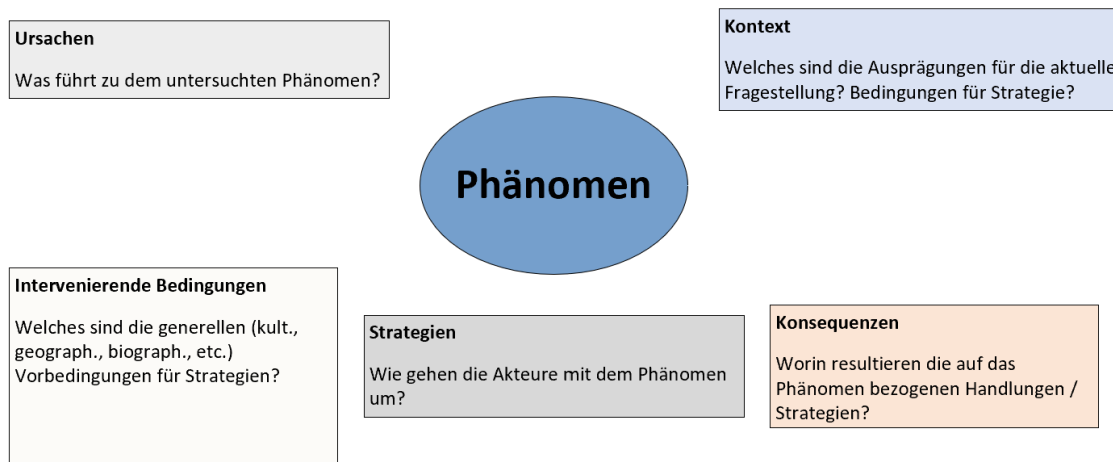


Abbildung 4: Kodierparadigma nach Strauss (vgl. Strübing, 2004, S.27)

Die ursächlichen Bedingungen sind jene Ereignisse, Vorfälle oder Umstände, die zum Entstehen oder zur Entwicklung eines Phänomens beitragen. Die intervenierenden Bedingungen wiederum beziehen sich auf strukturelle Bedingungen, die auf die Handlungsstrategien einwirken oder mit einem bestimmten Phänomen verbunden sind.

Das Phänomen selbst repräsentiert die zentrale Idee, das Ereignis oder das Geschehnis, auf das eine Reihe von Handlungen oder Interaktionen abzielen, entweder um es zu kontrollieren oder zu bewältigen oder um mit ihm in Beziehung zu treten.

Der Kontext umfasst eine bestimmte Abfolge von Eigenschaften, die zu einem Phänomen gehören.

Die Handlungs- und Interaktionsstrategien sind Bewältigungsstrategien, die auf ein Phänomen unter einem bestimmten Satz von Eigenschaften (Kontext) abzielen. Schließlich sind die Konsequenzen die Ergebnisse oder Resultate von Handlungen und Interaktionen (vgl. Strauss / Corbin, 1996, S. 75-85).

7 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse anhand der Interviewauswertung nach der „Grounded Theory“ von Strauss und Corbin dargestellt. Dabei werden die erhobenen Daten mit Erkenntnissen aus der Fachliteratur verglichen. Nach der Analyse mit der Grounded Theory sieht das theoretische Modell wie folgt aus (vgl. Strübing, 2004, S. 27).

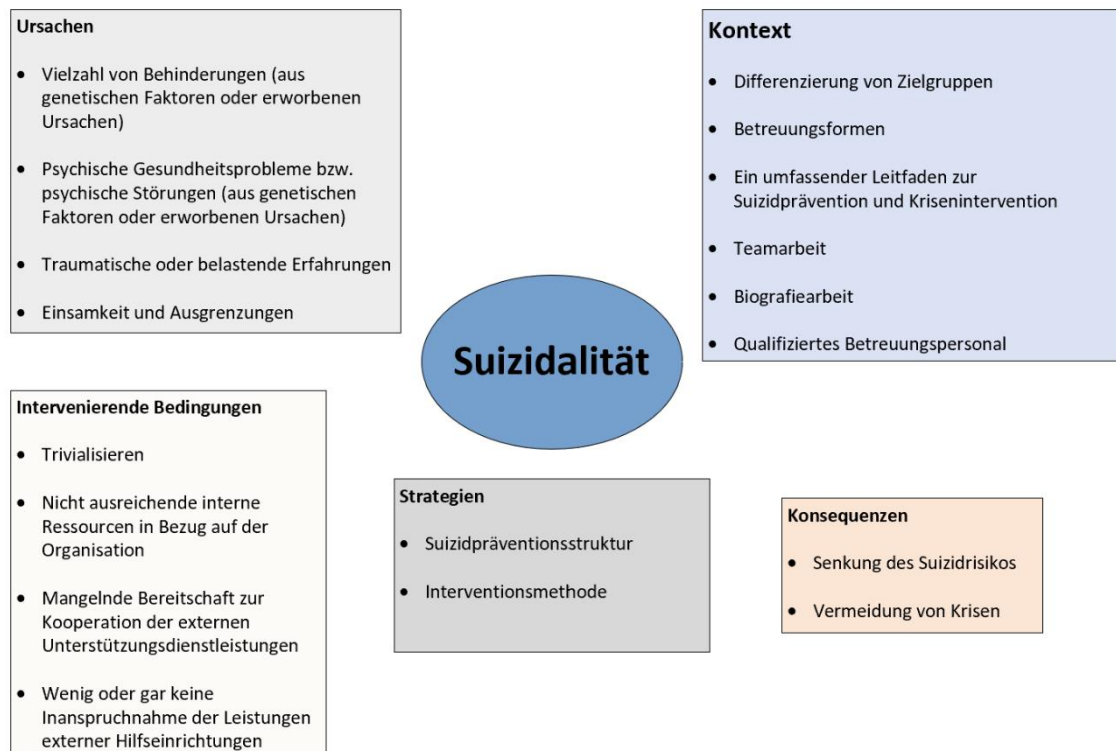


Abbildung 5: Paradigmatisches Modell mit Suizidalität als zentrales Phänomen

7.1 Phänomen

Die **Suizidalität** bildet das zentrale Phänomen dieser Arbeit. Sie steht im Mittelpunkt des Geschehens und führt folglich zu Handlungen und Konsequenzen (vgl. Strauss/Corbin, 1996, S. 79).

Im theoretischen Diskurs (siehe S. 13) wurde elaboriert, dass Suizidalität das bewusste Streben nach dem eigenen Tod oder die Akzeptanz dessen als mögliche Konsequenz, sei es durch Gedanken, Handlungen oder Unterlassungen, bezeichnet (vgl. Wolfersdorf u.a, 2008, S. 14-15). Da einige Suizidversuche zu körperlichen Beeinträchtigungen führen und die betroffene Person danach in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen betreut werden muss, kann die Frage, inwieweit soziale Einrichtungen über angemessene Strukturen und Richtlinien verfügen, sorgfältig untersucht werden.

Eine umfassende und gründliche Untersuchung kann ein angemessenes Konzept für den Umgang mit der Suizidalität in einer sozialen Einrichtung vorschlagen, das sowohl angemessene Strukturen zur Suizidprävention als auch erforderliche Interventionen während interner Krisensituationen umfasst (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 216-223).

7.2 Kontext

Der Kontext bestimmt die Eigenschaften, die mit dem Phänomen „Suizidalität“ verbunden sind. Dies bezieht sich auf die Anordnungen im dimensionalen Bereich vor Ereignissen oder Vorfällen, die mit dem genannten Phänomen in Verbindung stehen (vgl. Strübing, 2004, S. 28).

Im Umgang mit Suizidalität spielen wesentliche Elemente eine bedeutende Rolle, darunter die Unterscheidung verschiedener Zielgruppen, spezifische Betreuungsansätze, ein ganzheitlicher Leitfaden zur Prävention und Krisenintervention, Teamarbeit, die Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte sowie qualifizierte Fachkräfte im Betreuungsbereich.

7.2.1 Zielgruppen

Beim Erläutern der Risikofaktoren im theoretischen Teil (siehe S. 15) wurde auf Faktoren wie psychische Störungen, körperliche Erkrankungen, soziale Bedingungen, negative Lebensereignisse und frühere Suizidversuche hingewiesen.

Die vorliegenden Faktoren können als Grundlage für die Unterteilung verschiedener Zielgruppen unter den Klient*innen dienen. Zum Beispiel wird bei der Codierung die Suizidvorgeschichte als ein entscheidender Faktor berücksichtigt (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 119-126).

7.2.2 Betreuungsformen

Die Betreuung von Zielgruppen in dieser Arbeit kann in verschiedenen Formen basierend auf unterschiedlichen Eigenschaften und Dimensionen dargestellt werden. Eine dieser Formen ist die individuelle Betreuung, während die andere Form die Gruppenbetreuung ist. Ein Beispiel, das hier angeführt werden kann, ist die individuelle Betreuung durch einen Bezugsbetreuer oder eine Bezugsbetreuerin (vgl. Eink/Haltenhof, 2017, S. 113-115).

7.2.3 Ein umfassender Leitfaden zur Suizidprävention und Krisenintervention

Im Gespräch mit allen Interviewpartner*innen wurde deutlich, dass ein umfassender Leitfaden ein wichtiger Bestandteil der Suizidprävention und Krisenintervention zur Suizidalität ist. Dies kann Richtlinien, Verfahren und bewährte Praktiken umfassen, um bei der Einschätzung des Suizidrisikos durch die Erkennung früher Anzeichen von

Suizidalität, Prävention, Planung und Durchführung angemessener Interventionen sowie der Bereitstellung angemessener Unterstützung für Betroffene in Krisensituationen zu helfen. Solche Leitfäden können das Bewusstsein für Suizidalität erhöhen und die Wirksamkeit von Präventions- und Interventionsmaßnahmen verbessern, indem sie klare Richtlinien und Strategien zur Verfügung stellen (vgl. Eink/ Haltenhof, 2017, S. 86-90).

7.2.4 Teamarbeit

Indem Fachkräfte aus verschiedenen Disziplinen zusammenarbeiten, um effektive Präventions- und Interventionsstrategien zu entwickeln und umzusetzen, kann Teamarbeit zur Suizidprävention beitragen. Wie von vielen Interviewteilnehmer*innen betont wurde, spielt die Teamarbeit innerhalb der Einrichtung eine entscheidende Rolle bei der Informationsvermittlung zwischen den Betreuern und Betreuerinnen und infolgedessen bei der Suizideinschätzung, der Suizidprävention und der Intervention während psychischer Krisen. Die Kommunikation im Team ist von großer Bedeutung, um Informationen über den aktuellen Zustand der Klient*innen auszutauschen und sich auf bestimmte Situationen vorzubereiten.

Teamarbeit ermöglicht einen ganzheitlichen Ansatz, der individuelle Bedürfnisse berücksichtigt und den Austausch von Informationen und Erfahrungen fördert, um bestmögliche Lösungen zu finden. Außerdem kann die Teamunterstützung den psychischen Druck auf Fachkräfte reduzieren und ihnen helfen, sich besser um suizidale Klient*innen zu kümmern (vgl. ebd., S. 113-118).

7.2.5 Biografiearbeit

Biografiearbeit kann einen Beitrag zur Thematik der Suizidalität leisten, indem sie eine ganzheitliche Betrachtung der Klient*innen ermöglicht, die nicht auf deren aktuellen Zustand beschränkt ist. Durch die eingehende Analyse der Biografie können Betreuer*innen wichtige Informationen über die Lebensgeschichte der Klient*innen, einschließlich früherer Suizidversuche, erfassen. Diese Informationen ermöglichen es, die individuellen Bedürfnisse und Risikofaktoren besser zu verstehen und darauf basierend angemessene Betreuungsstrategien zu entwickeln. Die Sensibilisierung für die psychische Verfassung und potenzielle Auslöser von Suizidalität kann dazu beitragen, frühzeitig Warnsignale zu erkennen und entsprechende Interventionen einzuleiten. Durch die Einbindung von Biografiearbeit in die Betreuungspraxis können Betreuer*innen eine umfassende und individuell angepasste Unterstützung für Klient*innen mit Suizidgedanken bieten (vgl. Geppert, 2015, S. 12-16).

7.2.6 Qualifiziertes Betreuungspersonal

Um suizidale Gedanken und Verhaltensweisen bei Klient*innen zu identifizieren und zu intervenieren und die Unterstützung bereitzustellen, ist qualifiziertes Betreuungspersonal unerlässlich. Dies erfordert eine gründliche Kenntnis der Risikofaktoren und Warnzeichen von Suizidalität sowie eine Fähigkeit, effektiv mit Klient*innen zu kommunizieren und Vertrauen aufzubauen. Für ein angemessenes Reagieren ist es wichtig, dass das Betreuungspersonal über die notwendigen Ressourcen zur Suizidprävention und Interventionstechniken verfügt (siehe S. 21-24). Die Einbindung von hochqualifiziertem Betreuungspersonal in die Einrichtung kann dazu beitragen, das Risiko von Suizidversuchen zu mindern und das generelle Wohlbefinden sowie die Sicherheit der Klient*innen zu fördern (vgl. Eink/Haltenhof, 2017, S. 113-118).

7.3 Ursächliche Bedingungen

In diesem Zusammenhang werden Ereignisse oder Vorfälle aufgezeigt, die das untersuchende Phänomen auslösen können (vgl. Strauss/Corbin, 1996, S. 79).

Die ursächlichen Bedingungen für das Auftreten dieses Phänomens in dieser Forschung umfassen: Vielzahl von Behinderungen, psychische Gesundheitsprobleme, traumatische oder belastende Erfahrungen, emotionale Krisen und Einsamkeit.

7.3.1 Vielzahl von Behinderungen

Menschen können in Krisensituationen, wie plötzlichen Behinderungen oder chronischen Einschränkungen, eine Vielzahl von Belastungen erleben, die zu Suizidgedanken oder -versuchen führen können. Plötzliche Behinderungen können einen Schock auslösen und das Leben radikal verändern. Chronische Behinderungen können ebenfalls schwerwiegende psychologische Auswirkungen haben (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 33).

Die Autorin der Forschung beschreibt, dass Behinderungen eine Vielzahl von psychologischen, sozialen und emotionalen Belastungen mit sich bringen, die das Risiko für Suizidgedanken und -versuche erhöhen. Diese Belastungen umfassen ein vermindertes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, Einschränkungen im täglichen Leben sowie Diskriminierung.

7.3.2 Psychische Gesundheitsprobleme bzw. psychische Störungen

Hier wird zunächst auf psychische Probleme hingewiesen, die als Ursache für die Suizidalität dienen können, und anschließend wird auf die häufigsten psychischen Störungen eingegangen, die in der im Rahmen dieser Studie untersuchten Organisation verbreitet sind.

Bei Menschen mit suizidalem Verhalten treten oft psychische Erkrankungen wie z.B. Depression, Schizophrenie, Suchtkrankheiten (insbesondere Alkoholismus), bipolare Störung, Angst- und Anpassungsstörungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen auf (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S.123 und 189). Die am häufigsten identifizierten psychischen Störungen in der untersuchten Einrichtung sind Schizophrenie und Depression.

In dem Interview mit Herrn H. wurde festgestellt, dass aufgrund seiner Schizophrenie-Erkrankung häufig Suizidgedanken plötzlich auftreten, die in der Regel nur von kurzer Dauer sind. Er erwähnte auch, dass sein erster ernsthafter Suizidversuch auftrat, als er unter Wahnvorstellungen und der Angst vor einer weit verbreiteten Krankheit litt, die zu dieser Zeit keine äußeren Anzeichen aufwies.

„Ich bin schizophren. Bei mir kommen solche Gedanken plötzlich, ganz schnell und dauern maximal eine Stunde“ (Direktes Zitat von H. aus dem Interview ID. 6).

Herr R. erwähnte in seinem Interview, dass er in der Vergangenheit aufgrund einer spontanen und schnellen Entscheidung einen Suizidversuch unternommen hat. In seiner Biografie wird darauf hingewiesen, dass bei ihm Schizophrenie diagnostiziert wurde.

„Ich fasste in eine Starkstromleitung und erlitt dabei an 38% der Körperoberflächen Verbrennungen“ (Direktes Zitat von R. aus dem Interview ID. 7).

Die Interviews mit Klient*innen, die Suizidversuche unternommen haben, zeigen, dass Personen mit psychischen Störungen möglicherweise Entscheidungen treffen können, die schwerwiegende und gefährliche Konsequenzen wie Suizidalität haben können, insbesondere wenn sie sich in einer psychisch belastenden Situation befinden.

7.3.3 Traumatische oder belastende Erfahrungen

Traumatische oder belastende Erfahrungen können als Ursache für Suizidalität dienen. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden negative Lebensereignisse wie zum Beispiel der Verlust von Bezugspersonen durch Tod oder Trennung, Beziehungsprobleme, Gesundheitsprobleme, körperliche Erkrankungen, Verlust von Arbeit und finanzielle Verluste sowie traumatische Erlebnisse wie körperlicher und emotionaler Missbrauch, frühe Vernachlässigung und sexueller Missbrauch und frühere Suizidversuche erläutert. (vgl. ebd., 2008, S. 125-126).

Herr H. hat nach seinem Suizidversuch, der zu ernststen psychischen und physischen Schäden geführt hat, schweres Trauma erlebt. Seit diesem Vorfall war er nie wieder in der Lage, ein unabhängiges Leben zu führen:

„Im April 2005 habe ich meinen ersten Suizidversuch unternommen. Ich sprang vor eine U-Bahn, nachdem ich fälschlicherweise glaubte, dass ein Plakat zur AIDS-Prävention sich auf mich beziehe, und dass die anderen Fahrgäste mich anstecken könnten. Nach 12 Tagen unternahm ich meinen zweiten Suizidversuch und sprang aus einer Höhe von 10 Metern. Nach meinem Aufenthalt im Krankenhaus und in der Psychiatrie sowie meiner Genesung, da ich nicht mehr allein leben konnte, entschied das Gericht, dass ich in einer sozialen Einrichtung untergebracht werden sollte. Seitdem habe ich keinen weiteren Suizidversuch unternommen, obwohl ich manchmal immer noch mit negativen Gedanken zu kämpfen habe“ (Direktes Zitat von H. aus dem Interview ID. 6).

Herr R. hatte nach Abschluss des Interviews Interesse daran, über die Schwierigkeiten und Leiden zu sprechen, die er während seiner Kindheit und Jugendzeit erlebt hatte. Er erklärte, dass die schwierigsten Momente in seinem Leben waren, als er seine Arme verlor und nicht mehr in der Lage war, seinen Alltag selbstständig zu bewältigen.

„Das schwierigste Erlebnis war die Amputation beider Arme aufgrund schwerer Verbrennungen. Ich fasste in eine Starkstromleitung und erlitt dabei an 38% der Körperoberflächen Verbrennung. Die ärztliche Versorgung im Krankenhaus war sehr gut. Ich verbrachte eine lange Zeit im Krankenhaus und in der psychiatrischen Behandlung. Danach wurde ich in ein Geriatriezentrum und schließlich hierher überführt“ (Direktes Zitat von R. aus dem Interview ID. 7).

Die Beschreibung der Umstände, unter denen diese beiden Klienten versuchten, sich das Leben zu nehmen, verdeutlicht die psychischen Zustände und Wahnvorstellungen, die sie während ihres Suizidversuchs erlebten. Diese äußerst schwierige und belastende Erfahrung wird sicherlich als traumatische Erfahrung in ihren Köpfen bleiben, die möglicherweise, wenn keine präventiven Maßnahmen ergriffen werden und sie aus irgendeinem Grund erneut schwerem psychischen Druck ausgesetzt sind, weitere riskante Handlungen auslösen kann.

7.3.4 Einsamkeit und Ausgrenzung

Im theoretischen Teil (siehe S. 15) wird erläutert, dass Einsamkeit ein potenzieller Auslöser für suizidales Verhalten sein kann. Dies beinhaltet psychische Aspekte wie ein gesteigertes Risiko für Depressionen und Suizidgedanken sowie emotionale Konsequenzen wie ein Gefühl der Isolation und ein Ungleichgewicht im Selbstwertgefühl. Des Weiteren wird die Einschränkung der sozialen Interaktion behandelt, die sich nachteilig auf die Fähigkeit zur Zugehörigkeit auswirken kann (vgl. Treismann/Dorrmann, 2014, S. 13). Durch soziale Zugehörigkeit fühlt sich die Person anerkannt und gleichzeitig wird sie auch als zugehörig gesehen. Paul Mecheril betont, dass die Aufgabe der Zugehörigkeitskonzepte darin besteht, den Zugang zu bestimmten sozialen Kontexten zu regeln. Er sieht die Zugehörigkeitsverständnisse als Teil von Selbstverständnissen. Jeder Mensch kann sich in sozialen Wirklichkeiten befinden, ob

zugehörig oder nicht zugehörig. Dabei geht es um die Selbstprofilierung, denn jeder ist im sozialen Geschehen anwesend, nimmt teil und artikuliert (vgl. Mecheril, 2018, S. 25-29).

Die Folgen von Einsamkeit für Menschen mit Behinderungen, die in sozialen Einrichtungen untergebracht sind, sind zahlreich und bedeutend. Sie können verschiedene Bereiche beeinflussen, wie zum Beispiel die psychische Gesundheit, die ein höheres Risiko für Depressionen und Suizidgedanken aufweist.

In diesem Zusammenhang äußerte Herr H. während des Interviews, dass er kein Interesse daran hat, allein in einer Wohnung zu leben, sondern es vorzieht, Mitbewohner zu haben. Außerdem betonte er, dass er gerne an der Tagesstruktur teilnehmen möchte, anstatt allein zu Hause zu bleiben.

„Ich möchte nicht ganz allein, sondern mit mehreren Leuten in einer Wohnung wohnen, aber ich möchte mein eigenes Zimmer haben und am Tag an der Tagesstruktur teilnehmen“ (Direktes Zitat von H. aus dem Interview ID. 6).

Herr R. offenbarte sogar eine größere Empfindlichkeit gegenüber Einsamkeit im Vergleich zu Herrn H. Seine Äußerungen waren so intensiv, dass die Interviewerin seine negative Einstellung zur Einsamkeit deutlich spürte. Ähnlich wie Herr H. sehnte er sich danach, mit anderen Klient*innen zusammenzuwohnen und aktiv an der Tagesstruktur teilzunehmen. Ein besonderer Wunsch von ihm war es, nicht allein gelassen zu werden, insbesondere in Zeiten psychischer Krisen.

*„Ich möchte, dass sie mich unterstützen, mit mir sprechen, für mich Zeit lassen, mich nicht allein lassen. Ich möchte nicht mich einsam fühlen. Ich fühle mich wohl in der Gruppe, nicht allein. Ich möchte gute Mitbewohner*innen haben“ (Direktes Zitat von R. aus dem Interview ID. 7).*

*„Wir haben gut in den Wohnungen aufgeteilt Ich bin zufrieden mit meiner Wohnung, und meinen Mitbewohner*innen“ (Direktes Zitat von R. aus dem Interview ID. 7).*

„Ich möchte, dass sie für mich genug Zeit lassen, mich in der Krise nicht allein lassen. Letztes Mal, dass ich in der Psychiatrie war, hat mich niemand besucht. Ich möchte, dass sie mich nicht vergessen, auch wenn ich im Spital oder der Psychiatrie bin. Ich möchte mehr Aufmerksamkeit. Ich nehme gerne in der Tagesstruktur teil. Ich mag die Programme“ (Direktes Zitat von R. aus dem Interview ID. 7).

Die Äußerungen von Herrn H. und Herrn R. verdeutlichen, wie wichtig soziale Unterstützung und das Gefühl der Verbundenheit für sie sind. Einsamkeit kann eine Ursache für Suizidalität sein, da sie das Gefühl der Isolation verstärkt und das Fehlen von unterstützenden sozialen Beziehungen das Risiko für depressive Gedanken und Hoffnungslosigkeit erhöht. Wenn sich jemand einsam fühlt und keine Unterstützung erfährt, kann dies zu einem Gefühl der Verlassenheit führen, was die Wahrscheinlichkeit für suizidale Gedanken und Handlungen erhöht. Die Sehnsucht nach sozialer Interaktion und der Wunsch, nicht allein gelassen zu werden, zeigen, wie stark die Bedeutung von zwischenmenschlichen Beziehungen für das emotionale Wohlbefinden ist.

7.4 Intervenierende Bedingungen

Die intervenierenden Bedingungen sind die umfassenden und generellen Bedingungen, die anschließend die Handlungsstrategien und Interaktionsstrategien beeinflussen. Hier wird auf die intervenierenden Bedingungen hingewiesen, welche das zu untersuchende Phänomen auslösen (vgl. Strauss/Corbin 1996, S. 82).

Die intervenierenden Bedingungen in dieser Forschung sind: Trivialisieren, nicht ausreichende interne Ressourcen in Bezug auf die Organisation, mangelnde Bereitschaft zur Kooperation seitens externer Unterstützungsdienstleistungen und wenig oder gar keine Inanspruchnahme der Leistungen seitens externer Hilfseinrichtungen.

7.4.1 Trivialisieren

Obwohl die Äußerungen von Suizidgedanken manchmal als ein Versuch, Kommunikation aufzunehmen oder Aufmerksamkeit zu erregen, betrachtet werden können - in anderen Worten als ein Signal seelischer Not und Verzweiflung - muss es ernst genommen werden. Der Wunsch zu sterben und die Hoffnung auf Zuwendung, Aufmerksamkeit und Rettung können kompliziert vermischt sein und zeitgleich nebeneinander bestehen. Die Wahrnehmung von Ambivalenz ist wohl realistischer als die verbreitete Dichotomisierung in ernsthafte versus nicht ernsthafte Suizidalität. (vgl. Eink/Haltenhof 2017, S.48).

Während des Interviews mit Herrn T. war teilweise eine Tendenz zum „Trivialisieren“ in seinen Äußerungen zum Thema Suizidalität erkennbar. Zunächst wies er darauf hin, dass die Anzahl der Suizidversuche in den letzten Jahren bei der „Assist gemeinnützigen GmbH“ sehr gering war. Daher könnte die Notwendigkeit größerer Maßnahmen in diesem Bereich eine Option sein, jedoch keinen Notfall darstellen. Zweitens betrachtete er Suizidgedanken manchmal als ein Bedürfnis nach Aufmerksamkeit oder Empathie und nicht unbedingt als eindeutige Vorstufe zum Suizidversuch. Im theoretischen Teil (siehe S. 10) wurde darauf hingewiesen, dass, obwohl das Äußern von Suizidgedanken nicht zwangsläufig zu einem Suizidversuch führt, es dennoch ernst genommen und nicht bagatellisiert werden sollte.

„Was schon passiert ist, sind kein Suizid, sondern Androhungen vielfach. Aber das ist vielleicht sogar zu viel, also zu viel Gewicht, ein Ausdruck dafür, dass es einem Klienten nicht gut geht“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).

„Ich glaube, in der Zwischenzeit von 30-35 Jahren hat es mit großer Wahrscheinlichkeit zwischen 2 und 5 tatsächlich ernsthafte Suizidversuche gegeben, und ich glaube, dass einer davon tatsächlich zum Tod geführt hat“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).

Ein wichtiger Punkt, der während einer Krisenintervention beachtet werden muss, ist der Aufbau einer vertrauenswürdigen Beziehung. Wenn die Klientin/der Klient jedoch nicht ernst genommen wird, ist es fast unmöglich, diese Beziehung aufzubauen. Wie bereits erwähnt wurde, ist es zwar äußerst schwierig zu bestimmen, ob eine Person tatsächlich Suizidgedanken hat oder nur Aufmerksamkeit sucht. Trotzdem dürfen vorbeugende Maßnahmen nicht vernachlässigt werden, auch wenn bisher nur einige Klient*innen nach Aufmerksamkeit gerufen haben oder die Anzahl der Suizidkrisen in der Einrichtung gering war.

7.4.2 Nicht ausreichende interne Ressourcen in Bezug auf die Organisation

Um eine soziale Einrichtung erfolgreich zu etablieren, sind zahlreiche Ressourcen erforderlich. Für die Beschaffung des erforderlichen Startkapitals für Betriebskosten wie Miete, Gehälter und andere Ausgaben sind finanzielle Mittel unerlässlich. Um die Dienstleistungen der Einrichtung anzubieten, sind außerdem qualifizierte Personalressourcen wie Sozialarbeiter*innen, Sozialbetreuer*innen, Pflegekräfte und Verwaltungspersonal von entscheidender Bedeutung. Auch geeignete Räumlichkeiten und die Materialressourcen sind wichtig zu berücksichtigen. Rechtliche Ressourcen und Netzwerkressourcen sind auch notwendig (vgl. Wakounig u.a. 2023, S.14-32 und S.80-85).

Eine soziale Einrichtung, die eine Suizidprävention ihrer Klient*innen berücksichtigt, benötigt besondere Ressourcen, um auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe einzugehen. Dazu gehört die Einstellung von qualifiziertem Fachpersonal sowie die finanzielle und unternehmerische Fähigkeit, Schulungen und Weiterbildungen für das eigene Personal durchzuführen, geeignete Räume für Präsenz und Wohnen bereitzustellen und Menschen mit psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Schizophrenie oder Depression angemessen zu unterstützen. Zudem ist von entscheidender Bedeutung, Interventionsprogramme wie Einzelberatung, Gruppentherapie und Selbsthilfegruppen für die Klient*innen anzubieten. Zudem muss auch mit anderen Einrichtungen zusammengearbeitet werden, um eine umfassende Versorgung in Notfällen sicherzustellen (vgl. Schmidt-Herholz, 2004, S.158-162).

Die Aussagen von Herrn T. während des Interviews weisen darauf hin, dass ein Mangel an internen Ressourcen der Einrichtung im Bereich der Prävention und Intervention bei Krisen wie suizidalem Verhalten besteht. Auf die Frage, welche Fachkenntnisse Betreuende von Personen mit psychischen Erkrankungen (Anfälligkeiten für

Suizidversuch) haben sollten oder welche Fortbildungen Mitarbeiter*innen machen können, antwortete er:

*„Da Suizidprävention nur wenig thematisiert wird, gibt es derzeit keine spezifischen Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter*innen. Die Mitarbeiter*innen verfügen in der Regel nicht über spezielle Zusatzausbildungen im Bereich der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).*

*„Was ich von der Geschäftsleitung weiß, ist, dass es ein bestimmtes Fortbildungsbudget für die Mitarbeiter*innen gibt, und am Ende muss gewichtet werden, wie wichtig bestimmte Themen im Arbeitsalltag der Mitarbeiter*innen sind. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass Suizidprävention ein sehr, sehr weit hinten liegendes Thema ist“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).*

Er antwortet auch auf die Frage nach der Ausstattung des Wohnraums für Klient*innen mit Suizidvorgeschichte wie folgt:

*„Die schwierige Platzsuche für Bewerber*innen führt zu langen Wartezeiten und erschwert die Entscheidungsfindung. Die Frage nach dem größeren Risiko stellt sich: Soll ein Klient aufgrund mangelnden Platzes bzw. passenden Platzes warten oder könnte diese Wartezeit zu weiteren psychischen Schwierigkeiten führen? Wenn Vorgeschichten von Sprüngen aus höheren Stockwerken bekannt sind, erfordert dies eine sorgfältige Abwägung des Risikos, um zu entscheiden, ob dies noch relevant ist!“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).*

Die Aussagen von Herrn T. deuten darauf hin, dass Suizidprävention wenig thematisiert wird und es derzeit keine spezifischen Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter*innen gibt. Es fehlt auch an speziellen Zusatzausbildungen für die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Suizidprävention wird als wenig beachtetes Thema betrachtet, das eine niedrige Priorität hat. Herr T. beschreibt außerdem Schwierigkeiten bei der Platzsuche für Klient*innen und betont, dass lange Wartezeiten weitere psychische Probleme verursachen können.

7.4.3 Mangelnde Bereitschaft zur Kooperation der externen Unterstützungsdienstleistungen

Es gibt verschiedene Hilfseinrichtungen für Menschen in suizidalen Krisen. Die Hilfsangebote psychosozialer Vorfeldeinrichtungen werden von Personen mit psychischen Störungen in erheblichem Umfang genutzt. Neben dem allgemeinen Sozialdienst mit einem breitgefassen Aufgabenspektrum sind auch verschiedene

Sonderdienste zu nennen, die spezielle Hilfeleistungen anbieten, wie z.B. die Behindertenberatung.

Einige Hilfsorganisationen für Menschen in seelischen Krisen oder mit psychiatrischen Notfällen sind wie folgt:

- Ambulante Vorfeldeinrichtungen (z.B. Telefonnotdienste, Beratungsstellen)
- Sozialpsychiatrischer Dienst (mit regulären Dienstzeiten)
- Arzt/Ärztin (auch außerhalb der Dienstzeit)
- Psychiatrisches Krankenhaus (vgl. Wedler u.a., 1992, S. 281-287)

Herr T. beklagte bei der Beantwortung der im Interview gestellten Fragen die mangelnde Zusammenarbeit einiger verantwortlicher Organisationen im Bereich der Krisenintervention. Seiner Meinung nach wirkt sich die mangelnde Kooperation einiger Organisationen, insbesondere im Bereich des medizinischen Systems, negativ auf die Arbeit zur Prävention psychischer Krisen wie suizidalem Verhalten aus:

„Viele Einrichtungen im Behindertenbereich klagen darüber, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung deutlich verbessert werden sollte und könnte. Wir sehen bereits, dass das medizinisch-pflegerische System eigentlich überfordert ist mit Menschen mit Behinderung. Aufgrund dessen fühlen wir uns oft nicht ernst genommen. Auf der einen Seite haben wir das Gefühl, dass wir in gewissenhaften Situationen eher allein gelassen werden, ohne Unterstützung. Man könnte sagen, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass das medizinische System davon ausgeht, dass wir es sowieso besser können als sie, was uns jedoch in der Situation nicht weiterhilft. Kunden werden selten stationär aufgenommen, weder im normalen medizinischen Bereich noch in psychiatrischen Bereichen. Wenn es irgendwie möglich ist, versucht das Spital die Aufnahme zu vermeiden“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).

Die Aussagen von Herrn T. deuten darauf hin, dass er mit den Einrichtungen unzufrieden ist, insbesondere mit der mangelnden Zusammenarbeit einiger Organisationen im medizinischen Bereich. Diese Unzufriedenheit resultiert aus dem Gefühl, dass das medizinische System, insbesondere im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, überfordert ist und sie nicht ernst nimmt. Dies führt dazu, dass sie sich in Krisensituationen alleingelassen und unzureichend unterstützt fühlen. Die Folge ist, dass die Prävention psychischer Krisen wie suizidales Verhalten negativ beeinflusst wird, da die betroffenen Personen nicht angemessen betreut und unterstützt werden.

7.4.4 Wenig oder gar keine Inanspruchnahme der Leistungen externer Hilfseinrichtungen

Wie bereits im obigen Abschnitt erläutert, gibt es verschiedene Organisationen, die auf unterschiedliche Weise Menschen in psychischen Gesundheitskrisen unterstützen. Doch allein das Vorhandensein dieser Organisationen reicht nicht aus. Die Menschen

(hier Klient*innen und ihre Betreuer*innen) müssen zunächst von der Existenz dieser Einrichtungen wissen. Die Steigerung der Aufklärung kann auf verschiedene Weisen erfolgen, zum Beispiel durch Schulungen und die Bereitstellung nützlicher Informationen wie Beratungsbroschüren. Darüber hinaus umfasst die Prävention auch die Hilfeleistungen entsprechender Organisationen, einschließlich Psychotherapie, was natürlich den Aufbau einer Beziehung zu den Klient*innen und die Überzeugung dieser Menschen erfordert, diese Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Wedler u.a., 1992, S.281-292).

Während der Interviews mit den Klient*innen und den Mitarbeiter*innen wurde festgestellt, dass externe Hilfseinrichtungen kaum oder gar nicht genutzt wurden, wie aus den Aussagen von Herrn T hervorgeht:

„Mit den medizinischen Einrichtungen, das heißt mit Psychiatrien, haben wir kooperiert. Aber jetzt kooperieren wir mit keiner Organisation oder Einrichtung zur Prävention, außer dem PSD (Der psychosoziale Dienst). Allerdings handelt es sich dabei nicht speziell um Präventionsziele, sondern um Einrichtungen, die einen Teil der medikamentösen Versorgung abdecken. Der Kundenbedarf bezieht sich also auf Depotspritzen und Depotmedikation, auch wenn dies nicht im Kontext oder in Form von Suizidprävention geschieht“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).

Einige Interviewpartner*innen hatten unzureichende Kenntnisse über Hilfseinrichtungen für Menschen in Krisensituationen, um deren Leistungen nutzen zu können:

„Ich kenne ein paar solcher Fälle, jedoch habe ich bisher nicht mit ihnen zusammengearbeitet. Bis jetzt war es immer so, dass wenn es soweit kam, dass der Klient sich eigentlich einweisen lassen wollte, es danach eine ambulante Therapie gab, jedoch nicht spezialisiert“ (Direktes Zitat von Y. aus dem Interview ID. 5).

„Ich rufe den Rettungsdienst an. Ich kenne keine anderen Notfallnummern“ (Direktes Zitat von H. aus dem Interview ID. 6).

Diese Aussagen legen nahe, dass es an Wissen über spezialisierte Hilfsdienste und Kriseneinrichtungen mangelt, was auf unzureichende Informationsquellen und Schulungen für sowohl Klient*innen als auch Betreuer*innen hindeutet. Herr T. erwähnt auch, dass die Zusammenarbeit hauptsächlich mit medizinischen Einrichtungen wie Psychiatrien erfolgte, während es keine spezifische Kooperation mit Organisationen oder Einrichtungen zur Suizidprävention gibt, abgesehen vom psychosozialen Dienst, der jedoch hauptsächlich für die medikamentöse Versorgung zuständig ist.

7.5 Strategien

Die Strategien für Handlung und Interaktion nehmen eine zentrale Stellung im paradigmatischen Modell ein. Sie sind prozesshaft und zielen darauf ab, auf ein spezifisches Phänomen zu reagieren, wobei sie einen klar definierten Zweck verfolgen. Obwohl nicht jede Handlung oder Interaktion bewusst auf das untersuchte Phänomen abzielt, können sie dennoch langfristige Auswirkungen auf dieses haben (vgl. Strauss / Corbin, 1996, S.83).

In diesem Abschnitt, der eigentlich einer der wichtigsten Teile der Forschung ist, sollen geeignete Handlungen basierend auf der Theorie von Strauss und Corbin vorzustellen. Um dies zu erreichen, wird die Autorin ihr theoretisches Wissen aus verschiedenen Literaturquellen sowie die Auswertung der Interviews (die Ansichten der Interviewteilnehmer*innen, erwähnte Handlungs- und Haltungskompetenzen und Prinzipien) miteinander verknüpfen. Die vorgestellten Handlungen in diesem Abschnitt unterstützen die Beantwortung der Forschungsfragen.

7.5.1 Suizidpräventionsstruktur

Eine absolute Suizidverhütung gibt es trotz Forschung und therapeutischer Entwicklung nicht. Allerdings gibt es im Bereich der Suizidprävention allgemeine diagnostische Regeln, auf die im Folgenden eingegangen wird. Die Diagnose und Einschätzung des Suizidrisikos erfordern ein sensibles Gespräch ohne Zeitdruck. Die Beurteilung basiert auf Wissen und Erfahrung. Wichtig sind direkte Fragen zu Suizidgedanken und bisherigem Verhalten (vgl. Wedler u.a., 1992, S. 177-179). Die Einschätzung der Suizidalität ist ein entscheidender Schritt im Umgang mit suizidgefährdeten Personen. Dabei werden sowohl allgemeine Risikofaktoren als auch die spezifische psychische Verfassung der Person berücksichtigt. Zu den allgemeinen Risikofaktoren gehören das soziale Netzwerk, Geschlecht, Alter, vorangegangene Suizidversuche und schwierige Lebensereignisse wie bestimmte Verlaufsmerkmale psychischer Störungen.

Um das akute Suizidrisiko angemessen einzuschätzen, ist die Beurteilung der Fähigkeit zur Distanzierung und zur Kommunikation ein entscheidender Schritt im Umgang mit suizidgefährdeten Personen. Dies beinhaltet die Klärung, ob die betroffene Person in der Lage ist, sich von ihren suizidalen Gedanken zu distanzieren und verlässliche Absprachen zu treffen. Es ist wichtig, verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, die über die allgemeinen Risikofaktoren hinausgehen und das individuelle Suizidpotenzial beeinflussen können. Dazu gehören die Identifikation mit Suizidgedanken, die Konkretisierung eines Suizidplans sowie die Motivation und Absichten der betroffenen Person. Die Exploration der Distanzierungs- und Absprachefähigkeit erfordert eine einfühlsame Herangehensweise und die Vermeidung suggestiver Fragen. Es ist wichtig, konkrete und offene Fragen zu stellen, um ein umfassendes Verständnis der aktuellen Situation zu erlangen. Eine akute Suizidalität wird umso höher eingeschätzt, je stärker sich die betroffene Person mit ihren Suizidgedanken identifiziert und je konkreter der Suizidplan ist. Es ist entscheidend, auch lebensbejahende Aspekte zu erkunden und die

betroffene Person dabei zu unterstützen, Perspektiven für das Leben zu finden (vgl. Noyon/Heidenreich, 2020, S. 147-151).

Die Grundprinzipien der Suizidprävention, die berücksichtigt werden sollten, sind:

- Erkennen einer akuten suizidalen Krise und Abschätzen des Suizidrisikos mit Handlungsdruck und Suizidabsicht, auch in therapeutischer Situation;
- Sicherung der Diagnostik der Grundkrankheit und adäquate Behandlung;
- akute Krisen bzw. notfallpsychiatrische Intervention (Gespräch, Entlastung, zusätzliche medikamentöse Behandlung zur Dämpfung von Handlungsdruck und emotionaler Distanzierung) sowie
- fürsorgliche Sicherung i.S. ambulanter oder stationärer, psychiatrischer oder nicht-psychiatrischer Versorgung (vgl. Wedler u.a., 1992, S. 189).

Nach Abschluss aller Interviews und ihrer Auswertung ist das offensichtliche Ergebnis, dass es in der untersuchten sozialen Einrichtung (Assist gemeinnützig GmbH) keine spezifischen Richtlinien zum Thema Suizidalität gibt. Mit Richtlinien sind hier allgemeine, klare und schriftliche Kriterien für die Betreuenden gemeint, anhand derer akute Suizid-Situationen erkannt werden können und die den Umgang mit den Klient*innen in solchen Situationen und die Dokumentation dieser Situationen erläutern.

Im Folgenden wird auf Aussagen einiger Interviewpartner*innen eingegangen, die auf das Fehlen einer klaren Struktur zur Prävention von Suizidalität hinweisen:

„Grundsätzlich müssen wir sagen, dass die Assist keinen Leitfaden oder keine spezielle Methodik (im Umgang mit der Suizidalität) hat. Im Rahmen unserer normalen Betreuungsarbeit können jedoch Krisen sowie schwere Depressionen und mögliche Suizidandrohungen auftreten“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).

„Wir haben bisher kein Handbuch oder keine Richtlinie (zum Umgang mit der Suizidalität) entwickelt, da wir während meiner Zeit hier keine akute Suizidgefahr festgestellt haben“ (Direktes Zitat von C. aus dem Interview ID. 2).

„Vielleicht sollte ein Grundlagenhandbuch (zum Umgang mit der Suizidalität) entwickelt werden, das individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen zugeschnitten ist. Hier könnte eine Überwachung der Personen oder die Gestaltung einer entsprechenden Version berücksichtigt werden“ (Direktes Zitat von M. aus dem Interview ID. 3).

„Es gibt keine Arbeitsblätter (zum Umgang mit der Suizidalität) von der Firma, da auch die Selbstständigkeit der Mitarbeiter hier gefördert wird“ (Direktes Zitat von Y. aus dem Interview ID. 5).

Die Sensibilisierung für Suizidprävention in sozialen Einrichtungen erfordert eine strukturierte Vorgehensweise. Dieser Prozess umfasst zahlreiche Maßnahmen, die darauf abzielen, das Bewusstsein für die Symptome, Risikofaktoren und Hilfsmittel im Zusammenhang mit Suizidalität zu schärfen. Im Folgenden werden die wichtigsten Maßnahmen beschrieben:

- Die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung über Suizidalität ist entscheidend für die Sensibilisierung. Dies kann durch Schulungen, Informationsmaterialien und ähnliches erfolgen, die den Mitarbeitenden sowie den Klient*innen zur Verfügung stehen.
- Das Erkennen und Einschätzen suizidaler Gefährdungen sowie eine schnelle, angemessene Krisenintervention sind zentrale Aufgaben in der Sozialen Arbeit.
- Appellative und auf Suizid gerichtete Absichten sind oft schwer voneinander zu trennen, daher müssen alle Hinweise auf Suizidgedanken oder -handlungen ernst genommen werden.
- Das präsuizidale Syndrom zeigt sich durch Aggressionsumkehr, Suizidphantasien und eine zunehmende emotionale Einschränkung.
- Plötzliche Gelassenheit trotz bestehender Probleme kann ein Zeichen für eine akute Suizidgefahr sein.
- Suizidale Gedanken und Pläne sollten behutsam, aber offen angesprochen werden.
- Warnsignale für akute Suizidgefährdung sind Andeutungen von Suizidplänen, das Verschenken persönlicher Gegenstände, sozialer Rückzug, anhaltende Todesfantasien, Selbstabwertung, Hoffnungslosigkeit und emotionale Unzugänglichkeit.
- In Fällen akuter Suizidgefährdung, die nicht anders abgewendet werden kann, kann eine stationäre Einweisung notwendig sein, möglicherweise auch ohne Einverständnis der Betroffenen, unter Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen. Eine pädagogische oder psychosoziale Begleitung der Klient*innen ist in solchen Situationen besonders wichtig (vgl. Hülshoff, 2017, S.142-143).

Ein wichtiges Ziel, das in diesem Zusammenhang verfolgt werden muss, ist die Früherkennung von Anzeichen und Risikofaktoren für Suizidalität. Die Prävention suizidaler Krisen erfordert eine Reihe von Maßnahmen, um frühzeitig Warnsignale zu erkennen und suizidale Handlungen zu verhindern.

Strukturelle und konzeptionelle Faktoren spielen dabei eine entscheidende Rolle. Zu diesen zählen:

- Geeignete Qualifikation und ausreichende Anzahl des Personals
- Kontinuität und Zusammenarbeit im Team
- Positive Einstellung der Helfenden in Bezug auf Prognosen
- Möglichkeit zur Supervision
- Beachtung bei Wechseln in Führungspositionen
- Angemessene Diagnoseerstellung und therapeutische Maßnahmen
- Individuelle Rehabilitationsziele
- Priorität für Sicherheitskonzepte basierend auf Beziehung und Fürsorge

- Zurückhaltung bei (internen) Verlegungen
- Berücksichtigung potenziell nachteiliger medikamentöser Einflüsse
- Angemessene Dauer der Behandlungseinheiten
- Freundliche Räumlichkeiten (vgl. Eink/Haltenhof, 2017, S.114-115)

Die Betreuer*innen müssen im Umgang mit den Klient*innen in der Suizidkrise verschiedene Kriterien beachten. Es ist wichtig, zwischen verschiedenen Situationen zu unterscheiden und dann entsprechende Maßnahmen zur Suizidprävention zu ergreifen. Das bedeutet:

- Wenn Suizidalität vorhanden ist, jedoch distanziert und verhandelbar erscheint, kann man auf die Person zugehen, ihr vertrauen und das Thema offen ansprechen. Eine entscheidende Maßnahme ist hierbei die regelmäßige Überprüfung und Beobachtung des Zustands der Person.
- Wenn die Person sich zuverlässig vom Suizidgedanken distanziert und verlässliche Sicherheitsvorkehrungen treffen kann, ist es wichtig und ausreichend, das Suizidrisiko regelmäßig zu überprüfen und offen darüber zu sprechen.
- Ist die Person nicht mehr verhandlungsfähig und befindet sich in akuter Gefahr, ist ein Krankenhausaufenthalt notwendig. Es muss der Person klar mitgeteilt werden, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, um ihr Überleben zu sichern.
- Wenn es unklar ist, ob die Person in der Lage ist, Distanz zu wahren und zu koordinieren, wenn also die Fähigkeit zur Distanzierung und Verhandlungsfähigkeit unsicher sind, steht die eigene Lebenssicherheit an erster Stelle. In unsicheren Situationen könnte ein Krankenhausaufenthalt die beste Option sein, um eine genauere Behandlung zu erhalten. (vgl. Noyon/Heidenreich, 2020, S.152-156)

7.5.2 Interventionsmethode in der Suizidkrise

Suizidale Krisen können unterschiedlich schnell ablaufen. Manche entstehen plötzlich und führen innerhalb von Minuten bis Stunden zu Suizidhandlungen, insbesondere im Zusammenhang mit Depressionen und schizophrenen Erkrankungen. Möglichkeiten für Intervention und Prävention sind in solchen Fällen begrenzt. Häufiger jedoch entwickelt sich Suizidalität in einem über Wochen bis Monate dauernden Zeitraum, was Möglichkeiten zur Vorbeugung eröffnet (vgl. Eink/Haltenhof, 2017, S. 70). Krisenintervention zeichnet sich durch einen schnellen Beginn, realistische Zielsetzung, präzise definierte Inhalte, ein pragmatisches Vorgehen und eine zeitliche Begrenzung aus (vgl. ebd., S. 96).

Die Bereitstellung angemessener Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für Klient*innen in der Suizidkrise umfasst folgende Maßnahmen:

Das Gespräch in einer einfühlsamen Atmosphäre sollte keinesfalls nur auf die Lebensmüdigkeit fokussieren und jenen Kontext vernachlässigen, in den das suizidale Erleben eingebettet ist. Die Lebensumstände insgesamt sind für die Beurteilung der Suizidalität und damit auch für die Art und den Umfang der Interventionen von großer Bedeutung. Es gilt also, sich einen Eindruck vom psychischen Befinden insgesamt und von der aktuellen Lebenssituation zu machen und dabei sowohl die Ressourcen und Selbsthilfepotenziale der betroffenen Person als auch schützende Aspekte der Umgebung nicht zu übersehen.

Ein Gespräch mit suizidgefährdeten Personen, insbesondere nach einem Suizidversuch, stellt für Helferinnen und Helfer gewöhnlich eine schwierige Situation dar, vor allem aufgrund der häufig belastenden emotionalen Befindlichkeit des Klienten bzw. der Klientin. Es wäre dennoch unangebracht und im Übrigen therapeutisch schädlich, die aktuellen Gefühle der betroffenen Person zu übergehen. Vielmehr ist es wichtig, ihr zu helfen, ihre Trauer, Verzweiflung, Hoffnungs- und Hilflosigkeit, aber ggf. auch ihren Ärger und ihre Wut auf andere Menschen zuzulassen und wahrzunehmen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die suizidale Krise konstruktiv bewältigt werden kann.

Der Versuch, eine vorschnelle Neuorientierung des Klienten bzw. der Klientin auf die Zukunft zu erreichen, ist wenig hilfreich und kann von der betroffenen Person auch so verstanden werden, dass Helfende ihre Lage nicht ernst nehmen. Wie das Übergehen unbequemer Gefühle kann dies zu einer Verleugnung oder Bagatellisierung jener Problematik beitragen, die der Lebensmüdigkeit zugrunde liegt. Damit ist nicht gemeint, dass die auslösenden und die - häufig prognostisch noch wichtigeren, zumeist aber nur partiell bewussten - ursächlichen Motive schon in den ersten Kontakten vollständig und tiefgründig angesprochen werden müssen. Für die meisten Menschen in suizidalen Krisen ist ein verlässlicher und vertrauensvoller Kontakt eine wichtige, ihn im Leben haltende Hilfe (vgl. Eink/Horst, 2017, S. 121-124).

Bei der Bewältigung suizidaler Krisen können beruhigende, angstlösende und bedarfsabhängige Medikamente wie beispielsweise schlaffördernde Arzneimittel hilfreich sein. Daher werden sie in der Regel als ergänzende und kurzfristige Maßnahme empfohlen (vgl. ebd., S. 107).

Im vorherigen Abschnitt wurde erläutert, dass es basierend auf den Angaben der Interviewten in der Einrichtung „Assist gemeinnützig GmbH“ keine spezifischen Richtlinien zum Umgang mit dem Phänomen der Suizidalität gibt. Offensichtlich fehlen in dieser Einrichtung auch Leitlinien und Strategien für die Krisenintervention.

Basierend auf der von der Autorin durchgeführten theoretischen und praktischen Forschung in diesem Bereich ergibt sich folgender Vorschlag für eine Methode der Krisenintervention:

Es gibt drei wichtige Schritte, die bei jeder Krisenintervention berücksichtigt werden sollten. Der erste Schritt ist „Schützen“. Das heißt, dass Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die betroffene Person vor körperlicher oder psychischer Schädigung zu schützen. Dies kann beispielsweise darauf hinauslaufen, dass die Person an einem sicheren Ort ist und keinen Zugriff auf gefährliche Gegenstände hat, die für einen Suizidversuch genutzt werden könnten. Es benötigt vor allem eine Dauerbeobachtung.

Der zweite Schritt ist „Entlasten“. Hierbei handelt es sich um die Befreiung der betroffenen Person von belastenden Gefühlen, Gedanken oder Umständen. Das Ziel ist es, die betroffene Person dabei zu unterstützen, ihre Emotionen zum Ausdruck zu bringen, ohne sich allein gelassen zu fühlen, und ihr das Gefühl zu vermitteln, dass sie jemandem etwas bedeutet.

Der dritte Schritt ist „Stützen“. Das heißt, dass der betroffenen Person Hilfe und professionelle Unterstützung zur Verfügung gestellt werden, um einen Weg aus der Krise zu finden (ebd., S. 96-105).

Ein Aspekt, der hier berücksichtigt werden sollte, ist die Unterscheidung zwischen der Durchführung einer Krisenintervention für Klient*innen mit und ohne Suizidgeschichte. Dieser wichtige Punkt wurde auch in den Interviews erwähnt. Nach Ansicht der Autorin sollte bei der Krisenintervention auf diese beiden Klient*innengruppen jeweils spezifisch eingegangen werden. Die Meinung von Herrn T. lautet jedoch wie folgt:

*„Wir machen keinen Unterschied zwischen den Klient*innen, weil ich glaube, dass wir auf unsere Klient*innen und unsere Einrichtung achten sollten. Wenn ein Klient jedoch sagen würde, dass er einen Suizidversuch unternommen hat, denke ich, dass dies tatsächlich eine Sensibilität während der Betreuung auslösen würde“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).*

Im Folgenden wird nun der Ablauf der Krisenintervention für diese beiden Gruppen von Klient*innen jeweils spezifisch beschrieben: Personen mit Suizidgefährdung ohne bisherigen Suizidversuch und Personen mit Suizidgefährdung nach vorangegangenem Suizidversuch.

7.5.2.1 Suizidgefährdung ohne bisherigen Suizidversuch

Die Krisenintervention bei Personen mit Suizidgefährdung, ohne dass bisher ein Suizidversuch unternommen wurde, beginnt damit, eine konstruktive Beziehung aufzubauen, insbesondere in einer angespannten Situation. Im Erstkontakt ist es wichtig, einfühlsam die aktuelle Situation mit der Person zu besprechen und den Grad der Gefährdung sowie mögliche Hintergründe für suizidale Gedanken zu erfragen, insbesondere im Hinblick auf psychosoziale Krisen und psychische Erkrankungen. Am Ende des Erstkontakts muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, wie die Intervention fortgesetzt wird, ob eine weitere Krisenintervention notwendig ist und wer dafür am besten geeignet ist. Kriseninterventionen bei Suizidgefährdeten können oft auf einen einzigen Kontakt beschränkt sein, insbesondere in Einrichtungen wie der Allgemeinmedizin, Krisendiensten oder Beratungsstellen, wenn die Suizidalität nicht akut ist und das soziale Umfeld unterstützend ist. Die Entdramatisierung der Situation, Stärkung von Selbsthilfemöglichkeiten und Klärung von Zukunftsaussichten sind dabei wichtige Aspekte. Bei Bedarf erfolgt eine Fortsetzung der ambulanten Beratung oder Behandlung, wobei die erste Ansprechperson entscheidet, ob weitere Hilfe erforderlich ist und wer am besten geeignet ist. Feste und verlässliche Termine werden vereinbart. Gelegentlich können telefonische Kontakte erforderlich sein. Eine weitergehende Behandlung wie psychiatrische Nachsorge oder Psychotherapie wird empfohlen, wobei eine reibungslose Übergabe an den nächsten Helfer bzw. die nächste Helferin wichtig ist. In einigen Fällen kann eine stationär-psychiatrische Behandlung notwendig oder dringend geboten sein. (vgl. ebd., S. 107-111).

7.5.2.2 Suizidgefährdung nach vorangegangenem Suizidversuch

Die Krisenintervention bei einer Person, die zuvor einen Suizidversuch unternommen hat, erfordert in ihrer ersten Phase besondere Aufmerksamkeit. Zunächst muss festgestellt werden, ob eine unmittelbare körperliche Gefährdung vorliegt, die sofortiges ärztliches Eingreifen erfordert. Offensichtliche Verletzungen wie Schnittwunden müssen sofort erkannt werden, während die Einnahme von Medikamenten möglicherweise nicht offensichtlich ist und daher sorgfältig untersucht werden muss. In solchen Fällen sollte sofort ein Haus- oder Notarzt informiert werden, der die medizinische Versorgung übernimmt, während der/die Ersthelfende für den Klienten/die Klientin verantwortlich bleibt. Die Art der weiteren Behandlung hängt von der Schwere der Verletzungen ab und kann entweder ambulant oder stationär erfolgen. Bei Bedarf an einer ambulanten Versorgung wird auch die Frage nach der psychosozialen oder psychiatrischen Betreuung ähnlich wie bei suizidgefährdeten Personen ohne Suizidversuch gestellt, wobei jedoch Suizidversuche auf eine besonders verzweifelte Lebenssituation hinweisen und daher oft eine stationäre Aufnahme erfordern (vgl. ebd., S. 111-113).

Eine der wichtigsten Maßnahmen bei der Intervention in einer Krise ist, die richtige Entscheidung zu treffen.

Das folgende Diagramm zeigt eine Zusammenfassung des richtigen Entscheidungsprozesses. Dieses Diagramm wurde basierend auf einem Diagramm von Noyon und Heidenreich (2020) von der Autorin für diesen Kontext adaptiert.

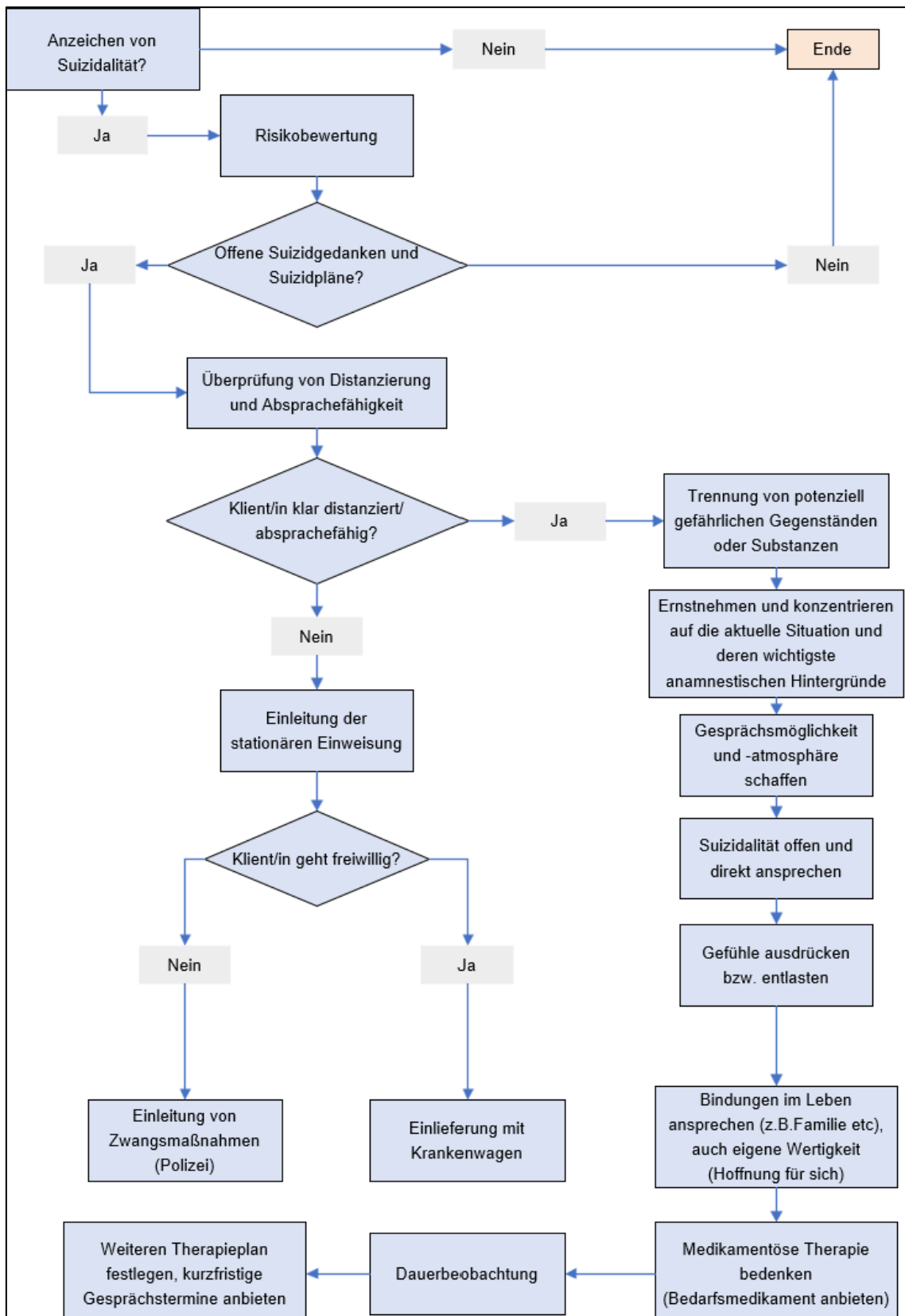


Abbildung 6: Entscheidungsprozess der Suizidalität

Hier wird kurz auf die Elemente der Krisenintervention in Form einer Tabelle hingewiesen werden:

Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Schneller Beginn • Realistische Zielsetzung • Präzise definierte Inhalte • Pragmatisches Vorgehen • Zeitliche Begrenzung
Kriseninterventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Schützen • Entlasten • Stützen
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> • Abklärung und ggf. Abwendung einer unmittelbaren körperlichen Gefährdung • Gestaltung einer konstruktiven Beziehungs- und Gesprächsaufnahme • Besprechung der aktuellen Situation und Beurteilung des Gefährdungsgrades • Entscheidung über das weitere Vorgehen • Beendigung der Krisenintervention oder Fortsetzung der Krisenintervention oder Beratung mit einem bzw. Überweisung an einen anderen Professionellen oder Einweisung in stationär-psychiatrische Behandlung (ggf. gegen den Willen des Betroffenen)

Tabelle 5: Elemente der Krisenintervention (vgl. Eink/Horst, 2017, S.113)

Während des Prozesses gibt es manchmal Warnsignale und Risikosituationen, die beachtet werden müssen. Dazu zählen:

- Angst und Verzweiflung, Panik, Hoffnungslosigkeit, Resignation und Hilflosigkeit
- Innere Unruhe, Getriebenheit
- Fremdaggressivität: Rascher Wechsel zwischen Fremd- und Selbstaggression
- Paranoide Verfolgungs- und Bedrohungsgefühle
- Depressiver Wahn - vor allem mit Schuldgefühl und Selbstbestrafungstendenzen
- Schlafstörungen mit nächtlichem Wachliegen und Grübeln
- Suizidäußerungen, Suizidankündigungen
- Suizidversuche in der Vorgeschichte

- Überforderungssituationen, Kränkungen, Unzufriedenheit
- Verlust langjähriger Bezugspersonen
- Einsamkeit, Alleinsein (vgl. Wedler u.a., 1992, S.196)

Zudem ist das Risiko bei einigen Gruppen erhöht. Zu diesen Gruppen zählen unter anderem Folgende:

- Menschen, die suizidales Verhalten ankündigen (direkte oder indirekte Hinweise)
- Menschen, die bereits einen Suizidversuch durchgeführt haben oder bei denen dieser unterbrochen wurde.
- Menschen im Stadium der Ambivalenz
- Menschen mit Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, besonders im Rahmen von psychischen Krankheiten wie paranoid-halluzinatorischem Erleben (zum Beispiel das Hören von imperativen Stimmen zum Suizid, Angstgefühle und das Gefühl von Bedrohung oder Vernichtung, zum Beispiel bei Verfolgungswahn)
- Menschen mit Depressionen, Suchtkrankheiten, Schizophrenie oder depressivem Wahn
- Menschen mit chronischen, entstellenden, lebensverkürzenden oder belastenden körperlichen Erkrankungen
- Ältere Menschen, die Vereinsamung und Verlust sowie körperliche Einschränkungen erfahren.
- Menschen in Entwicklungs- oder traumatischen Krisen
- Menschen in schwierigen sozialen Situationen, wie Isolation etc. (vgl. ebd., S.194)

Abschließend wird auf einige Aussagen von Interviewteilnehmenden hingewiesen, die Schulungen und Weiterbildungen zur Suizidprävention und zur Intervention während Suizidkrisen als nützlich erachteten:

*„Die Suizidprävention hat bei Assist eine niedrige Priorität, aber es könnten Ressourcen freigemacht werden, um spezifische Bedürfnisse zu erfüllen, wie etwa Supervision, Fortbildungen oder Coaching für Mitarbeiter*innen, selbst wenn das Budget eigentlich ausgeschöpft wäre, da dies zur Mitarbeiterfürsorge gehört“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).*

*„Wenn es zu einem drängenden Problem wird oder bereits eines ist, schicken wir die Mitarbeiter*innen zu entsprechenden Fortbildungen. Derzeit führen wir jedoch keine präventiven Maßnahmen durch, bei denen alle Mitarbeiter*innen in spezielle Fortbildungen zur Suizidprävention geschickt werden“ (Direktes Zitat von T. aus dem Interview ID. 1).*

*„Das wäre hilfreich, nicht nur für uns Mitarbeiter. Es sollte definitiv auch Aufklärungsseminare oder Fortbildungen für Klient*innen geben, jedoch im Rahmen der Machbarkeit, da nicht alle Klient*innen daran teilnehmen würden. Ich finde, dass Klient*innen auch die Möglichkeit haben sollten, daran teilzunehmen. Das wäre definitiv eine Option“ (Direktes Zitat von Y. aus dem Interview ID. 5).*

7.6 Konsequenzen

Die eben beschriebenen Handlungsstrategien und Interaktionen zielen darauf ab, das Phänomen der „Suizidalität“ zu bewältigen. Diese wiederum führen zu Konsequenzen, welche nicht zwangsläufig beabsichtigt sind, sondern eine natürliche Folge von Interaktionen sein können (vgl. Strauss/Corbin, 1996, S. 85).

7.6.1 Senkung des Suizidrisikos

- Suizidpräventionsstrategien zielen darauf ab, das Suizidrisiko auf vielfältige Weise zu reduzieren. Sie erkennen und mindern Risikofaktoren wie psychische Erkrankungen und soziale Isolation durch Maßnahmen wie psychotherapeutische Therapien und Krisenintervention. Gleichzeitig unterstützen sie Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung und Coping-Strategien, um das Wohlbefinden zu steigern und die Bewältigungsfähigkeit zu stärken.
- Suizidpräventionsstrategien und eine schnelle, adäquate Krisenintervention helfen dabei, suizidale Gedanken und Suizidpläne durch die Erkennung und Bewertung der suizidalen Gefährdung zu bewältigen, jedoch sollten sie offen angesprochen werden.
- Da Appellativen und die auf das Beenden des eigenen Lebens gerichteten Absichten oft nicht klar voneinander zu unterscheiden sind, werden durch die Implementierung von Suizidpräventionsstrategien sowohl Äußerungen von suizidalen Absichten als auch (para-)suizidale Handlungen ernst genommen und durch geeignete Interventionsmaßnahmen abgedeckt.
- Suizidpräventionsstrategien in akuten Suizidgefährdungssituationen, in denen es keine andere Lösung als die Krankenhauseinweisung gibt und die Person sich dagegen sträubt, können pädagogische bzw. psychosoziale Begleitung des Klienten bzw. der Klientin die Suizidgefahr verringern (vgl. Hülshoff, 2017, S. 142-143).

7.6.2 Verhinderung von Krisen

- Interventionsstrategien setzen gezielt und methodisch am Krisenprozess an und intendieren, eine Zuspitzung der Krise bis zum Zusammenbruch zu verhindern und mit der betroffenen Person zusammen erste Schritte zur Lösung der mit der Krisensituation verbundenen Problematik zu erarbeiten.
- Gezielte Interventionsstrategien bzw. unmittelbare, sofortige und aktive, gefahrenabwehrende, zeitlich angepasste und lösungsorientierte Maßnahmen verhindern Krisen durch ein geplantes, gut vorbereitetes und reflektiertes Vorgehen sowie die Einhaltung bestimmter Standards und Leitlinien. Dazu zählen unter anderem interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Unterscheidung zwischen Notfall und Krisensituation, situative und emotionale Entlastung, strukturiertes Vorgehen, Maßnahmen zur Sicherheit und Stabilität sowie klare und einfühlsame Kommunikation.
- Interventionsstrategien spielen eine entscheidende Rolle bei der Vermeidung von Krisen, indem sie frühzeitig eingreifen, um potenziell eskalierende Situationen zu erkennen und zu entschärfen. Durch das rechtzeitige Erkennen von Warnsignalen und die proaktive Unterstützung gefährdeter Personen können Kriseninterventionsteams effektive Bewältigungsstrategien entwickeln und Ressourcen bereitstellen, um Krisen zu verhindern.
- In Einrichtungen sowie durch die Bereitstellung langfristiger Nachsorge können Kriseninterventionsteams ein unterstützendes Netzwerk schaffen, das dazu beiträgt, stabile und unterstützende Umgebungen zu schaffen, um Rückfälle oder weitere Krisen zu vermeiden. Interventionsstrategien fördern durch eine ganzheitliche Herangehensweise das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der Betroffenen und trägt zur langfristigen Vermeidung von Krisen bei (vgl. ebd., S. 70-81).

8 Conclusio

Das Hauptthema dieser Masterarbeit ist der Umgang mit der „Suizidalität“ in der „Assist gemeinnützigen GmbH“. Die Organisation konzentriert sich auf die Betreuung und Begleitung von Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Es gibt jedoch auch Klient*innen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen, einige davon mit Mehrfachbeeinträchtigungen. Unter diesen gibt es Personen mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie und Depression, die suizidale Tendenzen haben können. Bisher wurde in der „Assist gemeinnützigen GmbH“ kein Bedarf an einer angemessenen Struktur zur Suizidprävention und geeigneten Interventionsmethoden für Klient*innen in Suizidkrisen aufgrund der geringen Anzahl von Personen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Beeinträchtigungen gesehen. Auslösend durch die Interviews wurden Führungskräfte des Unternehmens für diese Angelegenheit sensibilisiert und betrachteten eine angemessene Struktur zur Suizidprävention sowie geeignete Interventionsmethoden als notwendig und unterstützend für ihre Arbeit.

In der Suizidprävention spielen zunächst diagnostische Richtlinien eine wichtige Rolle. Dazu gehören die Diagnose und Einschätzung des Suizidrisikos mittels einfühlsamer Gespräche ohne Zeitdruck. Dabei sind direkte Fragen zu Suizidgedanken und dem bisherigen suizidalen Verhalten zu beachten. Die Einschätzung des Suizidrisikos berücksichtigt allgemeine Risikofaktoren sowie die spezifische psychische Verfassung der Person. Die Prävention suizidaler Krisen erfordert Maßnahmen, um frühzeitig Warnsignale zu erkennen und suizidale Handlungen zu verhindern. Dazu gehören die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung über das Thema „Suizidalität“, das Erkennen und Abschätzen suizidaler Gefährdung sowie eine schnelle adäquate Krisenintervention.

In diesem Zusammenhang kann bezüglich der ersten Hauptfrage der Arbeit folgende Schlussfolgerung gezogen werden:

- Welche Strukturen sind innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ zur Suizidprävention geeignet?

Innerhalb der „Assist gemeinnützigen GmbH“ sind laut der Aussagen der Interviewpartner*innen derzeit keine spezifischen Strukturen zur Suizidprävention vorhanden,. Trotz der Sensibilisierung für das Thema „Suizidalität“ fehlen klare Richtlinien und Methoden, um angemessen mit Suizidgefährdung umzugehen.

Die Diagnose und die Einschätzung des Suizidrisikos erfordern ein sensibles Gespräch basierend auf Wissen und Erfahrung der Mitarbeiter*innen. Es ist wichtig, Faktoren zu berücksichtigen, die das individuelle Suizidpotenzial beeinflussen können, darunter Identifikation mit Suizidgedanken und konkrete Suizidpläne. Das Betreuungspersonal sollte in der Lage sein, akute Suizidrisiken angemessen einzuschätzen und zu

intervenieren. Dazu gehört die Überprüfung der Fähigkeit zur Distanzierung und Kommunikationsstärke. Die Prävention suizidaler Krisen erfordert eine strukturierte Vorgehensweise und die Früherkennung der suizidalen Anzeichen und Risikofaktoren für Suizidalität.

Es ist wichtig, Maßnahmen zu implementieren, um das Bewusstsein für Suizidprävention innerhalb der Organisation zu schärfen und angemessen auf Suizidkrisen zu reagieren. Strukturelle und konzeptionelle Faktoren spielen dabei entscheidende Rollen, wie die Qualifikation und Anzahl der Mitarbeitenden, Kontinuität und Kooperation im Team und angemessene diagnostische Beurteilung und therapeutische Maßnahmen. Das Betreuungspersonal muss in der Lage sein, verschiedene Kriterien zu beachten und entsprechende Maßnahmen zur Suizidprävention zu ergreifen, je nach Situation und Bedarf der Klient*innen.

Das Konzept der Krisenintervention betont die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Helfenden und Betroffenen sowie die genaue Erfassung der emotionalen Situation und der spezifischen Gefahren wie Suizidalität. Der aktuelle Anlass der Krise und die soziale Situation der Betroffenen sind ebenfalls wichtige Faktoren, die bei der Planung des weiteren Vorgehens berücksichtigt werden müssen. Klare Schritte für die Intervention und eine kontinuierliche Unterstützung der Betroffenen sind entscheidend für den Erfolg der Intervention und das angemessene Beenden derselben. (vgl. Sonneck u.a., 2016, S. 20).

Bezüglich der zweiten Hauptfrage der Arbeit werden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Wie kann das Betreuungspersonal in der „Assist gemeinnützigen GmbH“ mit den Klient*innen in der Suizidkrise gelingend intervenieren?

Das Betreuungspersonal in der „Assist gemeinnützigen GmbH“ kann bei den Klient*innen in Suizidkrisen erfolgreich intervenieren, indem es Maßnahmen ergreift, die auf den Bedürfnissen und der aktuellen Situation der Betroffenen basieren. Zunächst ist es wichtig, eine einfühlsame Atmosphäre zu schaffen und mit den Klient*innen in einem sensiblen Gespräch ohne Zeitdruck zu kommunizieren. Dabei sollten nicht nur die Suizidgedanken, sondern auch die Lebensumstände und die psychische Verfassung der Person berücksichtigt werden. Ein offener Dialog, in dem die betroffene Person ihre Gefühle ausdrücken kann, ist entscheidend, um die suizidale Krise konstruktiv zu bewältigen.

Des Weiteren kann das Betreuungspersonal unterstützende Maßnahmen wie die Bereitstellung von Informationen über Suizidalität, die Entlastung von belastenden Gefühlen und die Stärkung von Selbsthilfemöglichkeiten ergreifen. Hierbei sollten auch Medikamente in Betracht gezogen werden, die beruhigend und angstlösend wirken können, jedoch als ergänzende und kurzfristige Maßnahme empfohlen werden.

Eine effektive Krisenintervention erfordert schnelles Handeln, realistische Zielsetzung, präzise definierte Inhalte, ein pragmatisches Vorgehen und eine zeitliche Begrenzung. Dabei sollten die Betreuenden die Schritte „Schützen“, „Entlasten“ und „Stützen“ berücksichtigen, um die betroffene Person vor Schaden zu bewahren, sie von belastenden Gefühlen zu befreien und Hilfe zur Bewältigung der Krise anzubieten.

Es ist auch wichtig, zwischen den Klient*innengruppen zu unterscheiden, Personen mit und ohne Suizidgeschichte. Die Intervention sollte spezifisch auf die Bedürfnisse dieser Gruppen zugeschnitten sein und gegebenenfalls eine stationäre oder ambulante Behandlung sowie eine reibungslose Übergabe an weitere Helfer*innen umfassen.

Zusätzlich sollten Schulungen und Weiterbildungen zur Suizidprävention und Intervention während Suizidkrisen für das Betreuungspersonal angeboten werden, um ihre Sensibilität und Kompetenz in diesem Bereich zu stärken. Diese Schulungen könnten auch für die Klient*innen der Einrichtung angeboten werden, um das Bewusstsein für Suizidprävention zu erhöhen und ihnen die Möglichkeit zu geben, an der Bewältigung ihrer Krise aktiv teilzunehmen.

9 Reflexion und Ausblick

Es ist offensichtlich, dass Forschungsarbeiten wie die vorliegende nicht den Anspruch erheben können, eine umfassende Analyse zu bieten. Es wurde lediglich eine kleine Auswahl an Personen innerhalb der „Assist gemeinnützig GmbH“ befragt. Auch wenn dies die Qualität der erhobenen Daten nicht schmälert, ist es dennoch wichtig zu erwähnen, dass es sich hierbei um individuelle Erfahrungen handelt, die von Einzelpersonen geteilt wurden.

Die Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ für andere soziale Einrichtungen oder für Mitarbeiter*innen und Klient*innen innerhalb dieser Einrichtungen. Die befragten Personen und ihre Antworten geben lediglich einen eingeschränkten Einblick in die vielschichtige und komplexe Thematik des Umgangs mit Suizidalität in der „Assist gemeinnützig GmbH“. Trotzdem bieten die Interviews teilweise Material für vielversprechende weiterführende Fragen und Forschungen, die im Folgenden erwähnt werden sollen.

Im Verlauf der Datenanalyse, insbesondere während des Prozesses der Strukturierung der verschiedenen Kategorien, hat sich ein Modell herausgebildet, das ein zentrales Phänomen hervorhebt. Dieses Modell ist auf die Suizidalität in der „Assist gemeinnützig GmbH“ fokussiert. Folglich geben die Kategorien Einblicke in den Kontext, die Ursachen, die Bedingungen, die Strategien und die Konsequenzen und verweisen stets auf das zentrale Phänomen. Während der Entwicklung dieses Modells konnten andere Kategorien nicht einbezogen werden, da sie keinen direkten und ausreichenden Zusammenhang mit dem zentralen Phänomen aufwiesen. Im Kontext der diskutierten Strategien, welche die Haltungs- und Handlungskompetenzen betreffen, wurden ausschließlich jene in Betracht gezogen, die von den Befragten besonders hervorgehoben wurden. Weitere Strategien wurden zwar im Kodierprozess berücksichtigt, jedoch aufgrund der begrenzten Rahmenbedingungen dieser Arbeit nicht ausführlich behandelt.

Eine Bereicherung des Ansatzes könnte durch die Berücksichtigung der Perspektiven der Klient*innen erfolgen, vor allem im Kontext zwischenmenschlicher Interaktionen und der Beziehung zwischen Fachkräften und Leiter*innen und Fachkräften und Klient*innen.

Die Untersuchung verschiedener Perspektiven anderer relevanter Interessengruppen (nicht nur Mitarbeiter*innen und Klient*innen, sondern auch die Familien oder Angehörige der Klient*innen sowie andere externe Stakeholder) kann ebenfalls ein tiefgreifendes Verständnis für die Bedürfnisse, Herausforderungen und Erfahrungen aller Beteiligten ermöglichen.

Eine Analyse der Best-Practice-Modelle zur Suizidprävention in vergleichbaren Einrichtungen oder Organisationen könnte Erkenntnisse liefern, die auf die „Assist gemeinnützige GmbH“ übertragbar sind. Dies könnte beinhalten, dass etablierte Methoden, neue Herangehensweisen und erfolgreiche Maßnahmen identifiziert werden, die als Anstoß für die Weiterentwicklung eigener Praktiken dienen könnten.

Eine weitere Perspektive ist das Verständnis von Sozialer Arbeit als politische Arbeit und die verschiedenen Auswirkungen, welche politische und ökonomische Rahmenbedingungen auf die Leistungen, Struktur und Strategien innerhalb sozialer Einrichtungen haben. Diese sollten somit auch als intervenierende Bedingungen berücksichtigt werden.

Im Kapitel „Forschungsinteresse“ wurden die Beweggründe der Autorin erwähnt, diese Forschung durchzuführen:

„Sie befand sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in Situationen, in denen aufgrund des Mangels an umfassenden Richtlinien zur Bewertung, Prävention und Intervention bei Suizidkrisen sie sich verunsichert fühlte“.

Die Forschung hat gezeigt, dass trotz des Mangels an angemessenen Richtlinien zur Einschätzung, Prävention und Intervention bei Suizidkrisen, und obwohl dieser Mangel von den meisten Mitarbeiter*innen wahrgenommen wird, bisher keine Anfragen von ihnen an die Verantwortlichen der Einrichtung gestellt wurden, um solche Richtlinien zu erhalten. Ein weiterer wichtiger Punkt, der aus den Aussagen einiger Interviewpartner*innen hervorgeht, ist, dass trotz der Ernsthaftigkeit des Themas die präventiven Maßnahmen und die Fähigkeiten zur Krisenintervention lediglich als Option betrachtet werden, da es in den letzten Jahren keinen Suizidversuch in der Einrichtung gegeben hat. Einige Äußerungen in den Interviews deuteten darauf hin, dass die Einrichtung erst dann in Prävention und Intervention bei Suizidkrisen investieren würde, wenn die Krise als ernsthaft und äußerst notwendig empfunden wird. In diesem Fall wäre die Einrichtung bereit, verschiedene Ressourcen zur Lösung des Problems einzusetzen, beispielsweise ein Budget für die Fort und-Weiterbildung der Mitarbeiter*innen bereitzustellen.

Dennoch bleibt die Frage offen, was genau als Dringlichkeit oder Notwendigkeit betrachtet werden sollte. Angesichts der den Verantwortlichen obliegenden Aufgabe sollten Präventionsmaßnahmen im Bereich Suizidalität ergriffen werden. Mitarbeiter*innen sollten zu Interventionsmethoden bei Suizidkrisen geschult werden, damit sie ihre Aufgabe bestmöglich erfüllen können. Darüber hinaus ist auch die Schulung der Klient*innen wichtig. Wenn sie sich mit diesem Thema vertrauter machen, können sie ihre Gefühle besser wahrnehmen und natürlich auch besser ihre Bedürfnisse ausdrücken, damit das Personal sie besser unterstützen kann. Außerdem können Informationen über Einrichtungen, die im Bereich der Suizidintervention tätig sind, für Klient*innen hilfreich sein; insbesondere in Situationen, in denen sie aus verschiedenen Gründen nicht in der Einrichtung sind und keinen Zugang zu Mitarbeiterinnen und ihrer Unterstützung haben, um eigenständig schützende Maßnahmen zu ergreifen.

Literatur

Bässler Roland (2017): Qualitative Forschungsmethoden, RB Research&Consulting Verlag, Wien

Bauer Emmanuel J., Fartacek Reinhold, Nindl Anton (2011): Wenn das Leben unerträglich wird. Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Bronisch Thomas (1995): Der Suizid, C.H.Beck Verlag, München

Corbin Juliet, Straus Anselm (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Beltz Verlag, Weinheim

Corbin Juliet, Straus Anselm (2015): Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory, SAGE Verlag, Los Angeles, London

Flick Uwe, Steinke Ines, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch, Rowohlt's Taschenbuch Verlag, Reinbek

Fuß Susanne, Karbach Ute, Budrich Barbara (2014): Grundlagen der Transkription, Budrich Verlag, Opladen

Geißler-Piltz, Mühlum, Pauls (2005): Klinische Sozialarbeit, Ernst Reinhardt Verlag, München

Geppert Friederike (2015), Bachelorarbeit: Biografiearbeit als methodischer Ansatz in der Sozialen Arbeit, Hochschule Darmstadt

Hofer-Moser, Hintenberger, Dominicus, Brunner (2020): Krisenintervention kompakt Vandenhoeck & Ruprecht Verlage, Göttingen

Hülshoff Thomas (2017): Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen, Ernst Reinhardt Verlag, München

Juckel Georg, Hoffmann Knut (2016): Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie, Pabst Science Publishers, Lengerich

Juckel Georg, Hoffmann Knut (2016): Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie, Pabst Verlag, Lengerich

Kunz Stefanie, Scheuermann Ulrike, Schürmann Ingeborg (2009): Krisenintervention: Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung, Juventa Verlag, Weinheim und München

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Basel, Beltz Verlag, Weinheim

Lueger Manfred (2010): Interpretative Sozialforschung: die Methoden, Facultas.WUV, Wien

Mecheril Paul (2018): Was meint soziale Zugehörigkeit, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden.

Micheal Eink, Horst Haltenhof Horst (2017): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Psychiatrie Verlag, Köln

Noyon Alexander, Heidenreich Thomas (2020): Schwierige Situationen in Therapie und Beratung, Beltz Verlag, Weinheim

Schmidt-Herholz (2004): Die Evaluation der Krisenintervention für prosoziale Berufe aus arbeits- und organisationspsychologischer Sicht, LIT Verlag, Münster

Sonneck Gernot, Kapusta Gerald, Tomandl Nestor, Voracek Martin (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung, UTB Verlag, Wien

Stein Claudius (2009): Spannungsfelder der Krisenintervention, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Strübing Jörg (2004): Grounded Theory: zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung, Sozialwiss.Verlag, Wiesbaden

Teismann Tobias, Dorrman Wolfram (2014): Suizidalität, Hogrefe Verlag, Göttingen

Wedler Hans (2017): Suizid kontrovers, W.Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Weidler Alina (2022), Bachelorarbeit: Umgang mit Suizidalität in der Sozialen Arbeit, Hochschule Neubrandenburg

Wewetzer Christof, Quaschner Kurt (2019): Suizidalität, Hogrefe Verlag, Göttingen

WKO-Wirtschaftskammern Österreich Gründerservice (2024): Einfach machen. Leitfaden zur Gründung, <https://www.wko.at/oe/gruendung/leitfaden-gruendung.pdf> (26.02.2024)

Wolfersdorf M. (2008): Suizidalität, Spring Verlag, Heidelberg

Wolfersdorf M., Bronisch T. und Wedler H. (2008): Suizidalität; Verstehen, Vorbeugen, Behandeln Roderer Verlag, Regensburg

Daten

Int. 01: Interview mit der pädagogischen Leitung der befochtenen Einrichtung, durchgeführt am 03.10.2023 von Bahareh Afshari. Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Int. 02: Interview mit dem Team Koordinator des Standorts (1210 Wien) der erforschten Einrichtung, durchgeführt am 29.09.2023 von Bahareh Afshari. Das Transkript ist durchgehend nummeriert.

Int. 03: Interview mit einem Mitarbeiter (Fachkraft) der befochtenen Einrichtung, durchgeführt am 01.10.2023 von Bahareh Afshari. Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Int. 04: Interview mit einem Mitarbeiter (Fachkraft) der befochtenen Einrichtung, durchgeführt am 04.10.2023 von Bahareh Afshari. Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Int. 05: Interview mit einer Mitarbeiterin (Fachkraft) der befochtenen Einrichtung, durchgeführt am 27.09.2023 von Bahareh Afshari. Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Int. 06: Interview mit einem Klienten der befochtenen Einrichtung, durchgeführt am 27.09.2023 von Bahareh Afshari. Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

Int. 07: Interview mit einem Klienten der befochtenen Einrichtung, durchgeführt am 27.09.2023 von Bahareh Afshari. Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert.

CA 01: Codierung und Auswertung von Int. 01, durchgeführt von Bahareh Afshari

CA 02: Codierung und Auswertung von Int. 02, durchgeführt von Bahareh Afshari

CA 03: Codierung und Auswertung von Int. 03, durchgeführt von Bahareh Afshari

CA 04: Codierung und Auswertung von Int. 04, durchgeführt von Bahareh Afshari

CA 05: Codierung und Auswertung von Int. 05, durchgeführt von Bahareh Afshari

CA 06: Codierung und Auswertung von Int. 06, durchgeführt von Bahareh Afshari

CA 07: Codierung und Auswertung von Int. 07, durchgeführt von Bahareh Afshari

Abkürzungen

B.	Befragte
bzw.	beziehungsweise
CA	Codierung und Auswertung
d.h.	das heißt
ebd.	Ebenda
etc.	et cetera
FH	Fachhochschule
ggf.	gegebenenfalls
GmbH.	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
I.	Interviewerin
ID	Identifikationsnummer
Int.	Interview
i.S.	im Sinne
u.a.	und andere
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Abbildungen

Abbildung 1: Wechselwirkung der Faktoren, die Entstehung und Verlauf psychosozialer Krisen beeinflussen (vgl. Stein, 2009, S. 25)	20
Abbildung 2: Die Wechselwirkung zwischen Datensammlung und -analyse (vgl. Strauss/Corbin, 2015, S. 8)	30
Abbildung 3: Grounded Theory-Pyramide (vgl. Strauss/Corbin, 2015, S. 77)	30
Abbildung 4: Kodierparadigma nach Strauss (vgl. Strübing, 2004, S.27).....	32
Abbildung 5: Paradigmatisches Modell mit Suizidalität als zentrales Phänomen	33
Abbildung 6: Entscheidungsprozess der Suizidalität.....	52

Tabellen

Tabelle 1: Risikofaktoren (vgl. Wolfersdorf u.a., 2008, S. 119-127)	16
Tabelle 2: Gefährdungen in Krisen (vgl. Stein, 2009, S. 96-98)	20
Tabelle 3: Grundprinzipien der Krisenintervention (vgl. Stein, 2009, S. 157)	21
Tabelle 4: Übersicht der Interviewpartner*innen	28
Tabelle 5: Elemente der Krisenintervention (vgl. Eink/Horst, 2017, S.113)	53

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden – Pädagogische Leitung

Anhang B: Interviewleitfaden – Teamkoordinator*in

Anhang C: Interviewleitfaden – Mitarbeiter*innen (Fachkräfte)

Anhang D: Interviewleitfaden – Klient*innen

Anhang E: Auswertungstabellen – Vorlagen

Anhang A: Interviewleitfaden – Pädagogische Leitung

Persönliche Daten der befragten Person

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Ort:

Zeit:

Interviewnummer/ID:

Einleitungstext

Ich danke Ihnen, dass Sie sich für mich Zeit genommen haben, um dieses Interview zu führen.

Die Fragen dieses Interviews dienen dazu, Informationen für die Durchführung von der Masterarbeit „Methoden in der Sozialen Arbeit im Wohnkontext bei Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben“ zu sammeln. Die statistische Grundgesamtheit dieser Untersuchung sind die Mitarbeiter*innen und Klient*innen der Firma Assist GmbH. Ich werde dieses Gespräch aufnehmen, wenn es für Sie passt. Dazu benötige ich Ihr Einverständnis und Ihre Unterschrift auf dieser Einverständniserklärung der FH St. Pölten.

Einstieg

1 Sie betreuen in den Einrichtungen von Assist unterschiedliche Klient*innenengruppen, unter anderem auch Menschen, die bereits Suizidversuche begangen haben. Mit welchen methodischen Überlegungen wird dabei gearbeitet?

2 Gibt es so etwas wie einen Leitfaden oder ein Konzept für die „Assist gemeinnützige GmbH“ zur Suizidprävention?

2a) Wie sieht der Leitfaden aus?

2b) Werden dieser Leitfaden für die Klient*innen mit und ohne Suizidversuch im Hintergrund verwendet?

Hauptfragen

3 In Wien und NÖ haben Sie verschiedene Standorte. Gibt es einen Standort, von dem Sie wissen, dass Menschen mit SV betreut werden? Würden Sie einen Standort als „Best Practice“ beschreiben? Wie wird dort gearbeitet?

4 Wer betreut Klient*innen mit Suizidaler Vorgeschichte bzw. welche Qualifikationen brauchen die Betreuer*innen um diese Aufgabe richtig zu machen?

5 Bekommen die Mitarbeiter*innen (des Standorts) spezifische Einschulung/Fortbildung/Weiterbildung zum Umgang mit Suizidalität?

6 Sehen Sie unterschiedliche Besonderheiten entsprechend der Zielgruppen (Menschen mit geistiger, psychischer, körperlicher Behinderung oder Mehrfachbehinderung) bei der Suizidprävention?

7 Wird in Bezug auf die Ausstattung des Wohnraums die Vorgeschichte der Klient*innen mit einbezogen? Wenn beispielsweise der Suizidversuch ein Sprung aus hoher Höhe war, eine Wohnung im EG.

8 Braucht es Ihrer Meinung nach spezifische Ressourcen für die Suizidprävention?

9 Mit welchen Organisationen für Suizidprävention kooperierte die „Assist gemeinnützige GmbH“ und was waren die Inhalte der Zusammenarbeit?

10 Welche Erfahrungen hat die „Assist gemeinnützige GmbH“ bis zum heutigen Tag mit diesen Organisationen gemacht?

Abschlussfragen

11 Welche Methoden bzw. Strategien sind Ihrer Meinung nach geeignet zur Suizidprävention innerhalb der „Assist gemeinnützige GmbH“ und was sind die Hindernisse bei der Umsetzung dieser Strategien?

12 Von welchen ethischen Grundlagen gehen Sie bei der SP aus? Und wie wird das in den Einrichtungen verhandelt?

Abschlussrede

Danke für Ihre Bereitschaft, uns an Ihren Erfahrungen und Expertisen teilhaben zu lassen, und dass Sie nicht für unsere Fragen Zeit genommen haben.

Anhang B: Interviewleitfaden – Teamkoordinator*in

Persönliche Daten der befragten Person

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Ort:

Zeit:

Interviewnummer/ID:

Einleitungstext

Ich danke Ihnen, dass Sie sich für mich Zeit genommen haben, um dieses Interview zu führen.

Die Fragen dieses Interviews dienen dazu, Informationen für die Durchführung von der Masterarbeit „Methoden in der Sozialen Arbeit im Wohnkontext bei Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben“ zu sammeln. Die statistische Grundgesamtheit dieser Untersuchung sind die Mitarbeiter*innen und Klient*innen der Firma Assist GmbH. Ich werde dieses Gespräch aufnehmen, wenn es für Sie passt. Dazu benötige ich Ihr Einverständnis und Ihre Unterschrift auf dieser Einverständniserklärung der FH St. Pölten.

Einstieg

1 In diesem Standort werden Menschen betreut, die Suizidversuch in ihrer Geschichte begangen haben. Welche Rolle spielen Methoden der Krisenintervention und Suizidprävention in der Betreuung?

2 Was macht das Betreuungspersonal bei einer Suizidgefahr innerhalb der „Assist gemeinnützige GmbH“? Gibt es ein Handbuch oder einen Leitfaden dafür?

3 Wie ist Ihre Einschätzung (als Koordinator)? Sind die Mitarbeiter*innen in Bezug auf Suizidprävention gut ausgestattet und gerüstet? Welche Rolle hat er dabei in so einer Situation?

Hauptfragen

4 Wie wird mit Klient*innen von „Assist gemeinnützige GmbH“ in Bezug auf die Biographie gearbeitet? Gibt es eine andere Haltung, wenn schon ein Suizidversuch

bekannt ist bzw. welchen Stellenwert hat Biographiearbeit bei der „Assist gemeinnützige GmbH“?

5 Wie passiert die Risikobeurteilung der Suizidgefährdung? Wer macht die Risikoeinschätzung der Suizidalität? Wie läuft es im Team ab? (Wenn jemand spricht von Suizid, Wie geht es weiter? Ist das unterschiedlich bei jeden Klient*innen, die bereits einen Suizidversuch begangen hat? Wenn ja, wie schaut das aus dem Unterschied?) Welche Routinen haben sich da etabliert?

6 Welche Ressourcen sind innerhalb der „Assist gemeinnützige GmbH“ zur Intervention realisiert?

(z.B.: direkte Kooperation mit Primärversorgung Zentrum -Betreuungskonzept für die Nachsorge- oder erreichbare Psycholog/in, das Manuell zur Arbeit mit Suizidale Klient*innen Nach Suizidversuch)

Abschlussfragen

7 Kann man Ihrer Meinung nach einen verzweifelten Menschen, der bereits einen Suizidversuch in der Vergangenheit begangen hat und sich in einer Krisensituation befindet, wieder zum Leben verführen? Welche Methoden verwenden Sie dafür?

Abschlussrede

Danke für Ihre Bereitschaft, uns an Ihren Erfahrungen und Expertisen teilhaben zu lassen, und dass Sie nicht für unsere Fragen Zeit genommen haben.

Anhang C: Interviewleitfaden – Mitarbeiter*innen (Fachkräfte)

Persönliche Daten der befragten Person

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Ort:

Zeit:

Interviewnummer/ID:

Einleitungstext

Ich danke Ihnen, dass Sie sich für mich Zeit genommen haben, um dieses Interview zu führen.

Die Fragen dieses Interviews dienen dazu, Informationen für die Durchführung von der Masterarbeit „Methoden in der Sozialen Arbeit im Wohnkontext bei Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben“ zu sammeln. Die statistische Grundgesamtheit dieser Untersuchung sind die Mitarbeiter*innen und Klient*innen der Firma Assist GmbH. Ich werde dieses Gespräch aufnehmen, wenn es für Sie passt. Dazu benötige ich Ihr Einverständnis und Ihre Unterschrift auf dieser Einverständniserklärung der FH St. Pölten.

Einstieg

1 Welche Ausbildung hast du abgeschlossen und was hast du in der Ausbildung über das Thema Krisen, Krisenintervention und Suizidalität gelernt?

2 Wie wurdest du nach der Einstellung in der Assist zu den Themen vorbereitet?

2a) Wenn es eine Einschulung gibt, welche fachlichen Fähigkeiten und Kompetenzen erlangt das Personal während der Einschulung? Welches Lernmaterial wird während der Einschulung verwendet?

Hauptfragen

3 Wie wird die Suizidgefährdung bei den Klient*innen eingeschätzt? Welche Kriterien gibt es für die Risikoabschätzung?

4 Welcher Einfluss hätte eine mündliche Bekanntgabe der Klient*innen über Suizidillusion/-Gedanken auf die Risikobeurteilung?

5 Welche Erfahrung machst du in der Arbeit bei Klient*innen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, wenn sie sich in einer Krise befinden?

6 Können detaillierte Informationen über das suizidale Verhalten in der Vergangenheit der Klient*innen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben (wie z.B. die Biographie), im Fall einer Krisensituation bzw. einer suizidalen Krise für Sie hilfreich sein? Wenn ja, wie und warum?

Abschlussfragen

7 Kann man Ihrer Meinung nach einen verzweifelten Menschen, der bereits einen Suizidversuch in der Vergangenheit begangen hat und sich in einer Krisensituation befindet, wieder zum Leben verführen? Mit welchen Methoden verwenden Sie dafür?

8 Wie geht es dir in der Arbeit in Bezug auf die Krisensituation bzw. eine suizidale Krise?

8a) Würdest du sagen, dass du psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt bist?

9 Welche Ideen hättest du, wenn es darum geht, Krisenintervention zu standardisieren oder Qualitätssicherung Maßnahmen einzuführen?

Abschlussrede

Danke für Ihre Bereitschaft, uns an Ihren Erfahrungen und Expertisen teilhaben zu lassen, und dass Sie nicht für unsere Fragen Zeit genommen haben.

Anhang D: Interviewleitfaden – Klient*innen

Persönliche Daten der befragten Person

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Ort:

Zeit:

Interviewnummer/ID:

Einleitungstext

Ich danke Ihnen, dass Sie sich für mich Zeit genommen haben, um dieses Interview zu führen.

Die Fragen dieses Interviews dienen dazu, Informationen für die Durchführung von der Masterarbeit „Methoden in der Sozialen Arbeit im Wohnkontext bei Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben“ zu sammeln. Die statistische Grundgesamtheit dieser Untersuchung sind die Mitarbeiter*innen und Klient*innen der Firma Assist GmbH. Ich werde dieses Gespräch aufnehmen, wenn es für Sie passt. Dazu benötige ich Ihr Einverständnis und Ihre Unterschrift auf dieser Einverständniserklärung der FH St. Pölten.

Hauptfrage

1 Welche Erfahrungen haben Sie mit den Betreuer*innen gemacht, in einer Situation, in der Sie nicht leben wollten? Welche Erwartung haben Sie von den Betreuer*innen der „Assist gemeinnützige GmbH“ bei Suizidgefahr? Welche Erlebnisse haben Sie bis jetzt, wenn Sie sich in dieser Situation befinden? Welche Unterstützung haben Sie von dem Betreuungspersonal bekommen? Wie könnten Sie besser unterstützt werden?

Abschlussrede

Danke für Ihre Bereitschaft, uns an Ihren Erfahrungen und Expertisen teilhaben zu lassen, und dass Sie nicht für unsere Fragen Zeit genommen haben.

Anhang E: Auswertungstabellen – Vorlagen

Offenes Kodieren (Konzept)

Passage	Konzeptualisieren				
	Zeilenummer	Nummer	theoretisches bzw. soziologisch konstruiertes Konzept	In vivo Codes (natürliche Codes)	Memos (Kode-Notizen)

Offene Kodieren-Synthese zu Kategorien

Synthese der Konzepte (Abstrahieren von Konzepten und Gruppierung zu Kategorien)					
Nummer	Kategorie	Nr. der beinhalteten Konzepte	Eigenschaften	Dimensionen	Memos (Kode-Notizen)

Übergang ins axiale Kodieren

Kodierparadigma (Übergang ins axiale Kodieren)					
Phänomen (=zentrale Kategorie: Was wird befragt?)	Ursache (= Warum ist dieses Phänomen aufgetreten?)	Bedingung (= Was bezieht sich auf dieses Phänomen?)	Kontext (Welche Eigenschaften gehören zu diesem Phänomen)	Handlung (= Wie wird dieses Phänomen bewältigt?)	Konsequenz (= Was ist die Folgewirkung des Phänomens?)

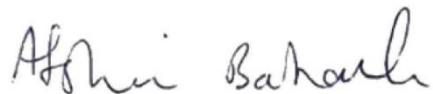
Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Bahareh Afshari**, geboren am **10.11.1979** in **Isfahan**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Wien, 25.04.2024

Unterschrift

The image shows a handwritten signature in cursive script that reads "Bahareh Afshari". The signature is written in black ink on a white background.