



Herwig Oberlerchner

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

Der stationäre Suizid an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Klagenfurt – eine 10-Jahres-Bilanz

Einleitung

Auf das Thema Suizidalität und Suizid im Krankenhaus sowie Suizidprävention wird an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee ein besonderes Augenmerk gelegt. Seit 2010 erfolgt eine exakte statistische Erfassung der stationären Suizide. Der *stationäre Suizid* wird definiert als Suizid während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes, der sich entweder in den Räumlichkeiten selbst (Kliniksui-zid) oder während Ausgängen und Beur-laubungen in oder außerhalb des Kran-kenhausgeländes abspielt (vgl. [3]). Die stationären Suizide an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Kli-nikum Klagenfurt (APP) während der letzten 10 Jahre werden in dieser Arbeit in Form einer epidemiologisch-deskrip-tiven Darstellung beschrieben und aus-gewertet.

Statistische Erfassung

In Kärnten gibt es seit dem Jahr 2018 eine exakte Suizidstatistik, die sich aus Daten der Exekutive, des Psychiatrischen Krisendienstes, des Kriseninter-ventionsteams des Roten Kreuzes sowie der beiden psychiatrischen Abteilungen in Kärnten (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Landeskrankenhaus Villach, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee) zusammensetzt. Zuvor war man auf die Daten der Statistik Austria angewiesen,

die eine doch erhebliche Diskrepanz zu den Daten der neuen Kärntner Suizid-datenbank ergeben, es finden sich im Jahr 2018 z. B. 122 Suizide in der Kärnt-ner Suiziddatenbank versus 111 in der Statistik Austria.

» Die Anzahl der PatientInnensuizide beträgt durchschnittlich 148/100.000 Aufnahmen

Die Suizidzahlen in Kärnten sind be-kanntermaßen hoch und zeigen erhebliche Schwankungen über die Jahre (siehe **Abb. 1**), sie belaufen sich z. B. im Jahr 2019 auf 108 (19/100.000 Einwohner). In dieser Abbildung werden die Suizidraten von Kärnten und Österreich in absolu-ten Zahlen und Raten bis zum Jahr 2017 dargestellt.

Die stationären Suizide der APP Kla-genfurt während der letzten 10 Jahre, statistisch zusätzlich erhoben, sind Teil der Gesamtstatistik.

Die Anzahl der stationären Suizide wird traditionell auf 100.000 stationäre Aufnahmen bezogen und beträgt durch-schnittlich 148/100.000 Aufnahmen [10, S. 204]. Durch die Veränderung des LKF(Leistungsorientierte Kranken-an-staltenfinanzierung)-Systems in Kärnten hatte die APP Klagenfurt im Jahr 2016 noch 3348 stationäre Aufnahmen, im Jahr 2017 jedoch nur mehr 2872 Aufnah-men, da die teilstationären Aufnahmen nun als ambulante Leistung abgerech-

net werden. Die stationären Aufnahmen an der APP Klagenfurt betragen in den Jahren 2011 bis 2016 durchschnitt-lich 3430, in den Jahren 2017 bis 2020 nach Umsetzung der Änderung der ambulanten Abrechnung der leistungs-orientierten Krankenhausfinanzierung 2560. Hier verändern sich also die Be-zugszahlen und somit relativieren sich auch die Kennzahlen. Das Jahr 2020 war ein besonderes. Aufgrund der COVID-19-Pandemie gab es weniger stationäre Aufnahmen, kärntenweit weniger Sui-zide und 4 stationäre Suizide an der Abteilung. Errechnet man den Durch-schnittswert der stationären Aufnahmen und setzt diese Zahl in Relation zu den Suiziden der letzten 10 Jahre so ergibt sich daraus für die APP Klagenfurt eine PatientInnensuizidrate von 58 pro 100.000 Aufnahmen.

Ergebnisse

Trotz der hohen Vigilanz der Stations-teams und der exakten Einschätzung der individuellen Suizidalität der Patient-Innen (Suizidblatt) kam es in den letzten 10 Jahren bedauerlicherweise zu 18 stationären Suiziden.

Suizide nach einer formalen Entlas-sung, in welchem Zeitraum nach der Ent-lassung auch immer, werden als poststa-tionäre Suizide bezeichnet.

An der APP Klagenfurt nahmen sich in den 10 Jahren von 2011 bis 2020 *18 Menschen* das Leben (2011: 3; 2012: 0; 2013: 1; 2014: 1; 2015: 3; 2016: 2; 2017: 0; 2018: 3; 2019: 1; 2020: 4). Das *Durch-*

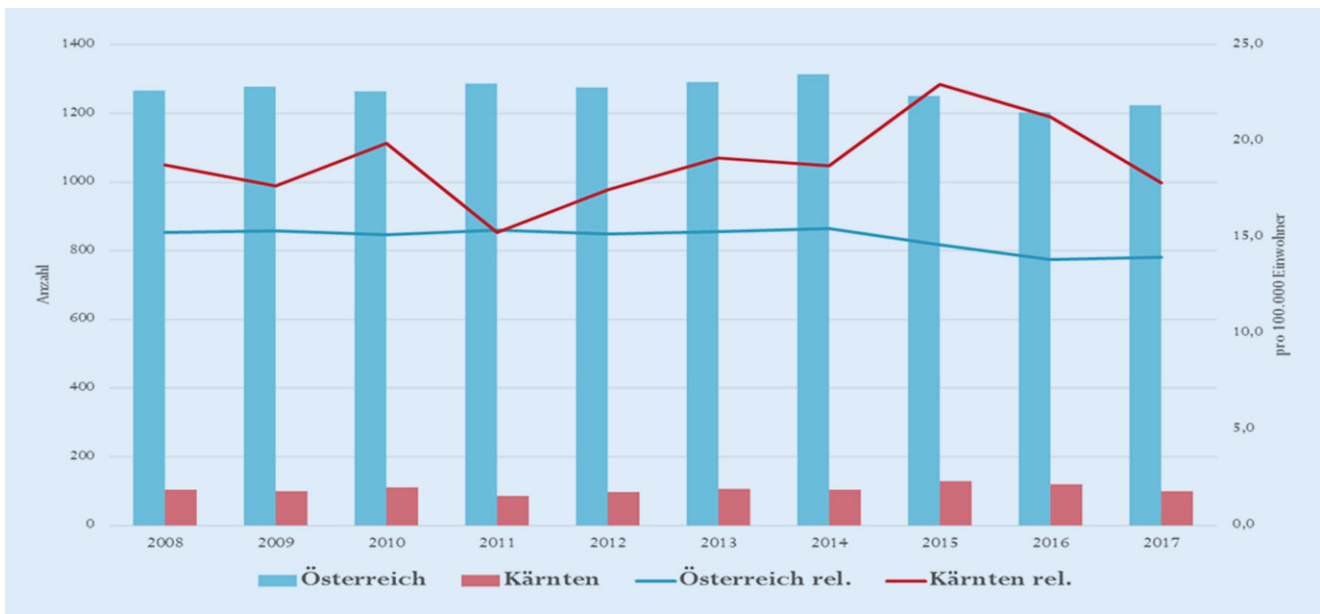


Abb. 1 ▲ Suizidzahlen der Jahre 2008 bis 2017 von Kärnten und Österreich in absoluten und relativen Zahlen

schnittsalter betrug bei den Männern 49 Jahre, bei den Frauen 56 Jahre. Das Geschlechterverhältnis beträgt 1:3,5, was dem Geschlechterverhältnis auch in der Gesamtstatistik entspricht. Die Suizide fanden in 5 Fällen an der Station (Kliniksui-zide) statt und hiervon in 3 Fällen im Badezimmer durch Strangulation. Die Hauptmethoden der Suizide außerhalb des Psychiatriebauwerkes (13) im Rahmen der Aufenthalte waren Eisenbahn (6) und Sprung aus großer Höhe (3). Fünf Suizide der 13 außerhalb der Stationen durchgeführten Suizide ereigneten sich während gestatteter Tagesausgänge oder Beurlaubungen zu Hause, die anderen während genehmigter Ausgänge in der näheren Umgebung der Abteilung. Eine detailreichere bis zum Einzelfall reichende Darstellung wird an dieser Stelle aus Anonymitätsgründen unterlassen. Ein Kliniksui-zid fand an einer geschlossenen Station statt, alle anderen an offen geführten Stationen, nur vier der 18 PatientInnen waren zum Zeitpunkt des Suizides (noch) nach dem Unterbringungs-gesetz untergebracht. Zu den Hauptdiagnosen: 12 PatientInnen litten an einer (rezidivierenden) depressiven Störung, 6 an einer Erkrankung aus dem schizophre-nen Formenkreis.

Rahmenbedingungen

Die Zahl der stationären Suizide kann wie andere psychiatriespezifische Daten (Unterbringungs-raten, Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ...) natürlich nicht zum Vergleich verschiedener Abteilungen oder Krankenhäuser herangezogen werden, diese Zahlen können gleichzeitig auch nicht losgelöst von den Kontextfaktoren gesehen werden. Diese Kontextfaktoren sind vielfältig und umfassen Art und Umfang der extrastationären Angebote, Fachärzt-Innendichte, Versorgungsauftrag und Besonderheiten der Versorgungsland-schaft.

» Die Zahl der stationären Suizide kann nicht losgelöst von den Kontextfaktoren gesehen werden

In Kärnten gibt es zum Beispiel den psy-chiatrischen Krisendienst, der anonym, kostenlos und rund um die Uhr der Kärntner Bevölkerung zur Verfügung steht, zuständig für die beiden Regio-nen Kärnten Ost und West, jeweils von den beiden psychiatrischen Abteilungen aus organisiert [6]. Im Jahr 2019 wur-den seitens des Krisendienstes Ost 4156

PatientInnen-bezogene Telefonate ge-führt und 1954 Einsätze dokumentiert. In dieser Statistik wird auch gezielt Sui-zidalität als Kontakt- bzw. Einsatzmotiv erhoben, dies war bei 308 Kontakten im Jahr 2019 der Fall. Das suizidpräventive Wirken von Krisendiensten steht außer Zweifel.

Einschätzung des Suizidrisikos – Suizidblatt

Um Kliniksui-zide und poststationäre Sui-zide kurz nach der Entlassung zu verhin-dern, wurde schon vor Jahren an der APP ein zweiseitiges Suizidblatt eingeführt. In diesem Dokument, das inzwischen in die elektronische Fieberkurve implementiert ist, wird bei allen PatientInnen, die am Beginn oder je während des Aufenthaltes Suizidalität aufweisen, diese Suizidalität, die vom multiprofessionellen Team (Pfle-gepersonal, ÄrztInnen und Therapeut-Innen) eingeschätzt wird, dokumentiert. Es werden hier aber nicht nur das Ba-sisrisiko und Art und Ausmaß der indi-viduellen Suizidalität beschrieben, son-dern auch die ergriffenen Maßnahmen erfasst (Gespräch, Medikation, Überstel-lung, Ausgangsbeschränkung ...). Der juristische Aspekt ist in diesem Kontext relevant (Stichwort: Dokumentationsgü-te), noch wichtiger ist jedoch der ge-zielt auf das Thema Suizidalität gelenkte

Hier steht eine Anzeige.



Aufmerksamkeitsfokus. Das Suizidblatt wird nach einigen Tagen nicht wahrnehmbarer Suizidalität abgesetzt, kann aber jederzeit neu angelegt werden. Die wichtigste suizidpräventive Maßnahme ist aber nicht Dokumentation oder Einschränkung, sondern Beziehungsmedizin [5, 11].

Telefonkette – Verständigungsabfolge

Erfolgt ein Suizid während des stationären Aufenthaltes, sollte es eine eindeutig definierte Telefonkette geben, wer, wann, wen, wie verständigt. Diese klare und transparente Form von Zuständigkeit hilft, in Krisensituationen rasche Entscheidungen zu treffen (Verständigung des Abteilungsvorstandes, Kontaktaufnahme mit der Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaft, Direktorium, Angehörige).

Postvention

Der Suizid eines/r Patienten/in während eines stationären Aufenthaltes (Kliniksuizid) – insbesondere, wenn dieser an der Station passiert – ist wohl eines der herausforderndsten Ereignisse für ein multiprofessionelles Team [2]. Einerseits gilt es, die organisatorisch notwendigen Abläufe (Telefonate, Kontakte mit Exekutive ...) zu koordinieren, die MitpatientInnen und evtl. auch Angehörige zu betreuen und gleichzeitig die trotzdem noch notwendigen Stationsalltagserfordernisse zu erfüllen. Klare Abläufe, eine eindeutig festgelegte Telefonkette und die Möglichkeit zur Inter- und Supervision entlasten die Teams in diesen schwierigen Situationen.

Dem Thema Postvention sind einerseits die hausinterne Intervention und im Bedarfsfall fallbezogene Supervision gewidmet. Die Postvention betrifft aber andererseits auch die MitpatientInnen, die im Rahmen eines Informations- und psychoedukativ angelegten Gespräches vom Suizid des Mitpatienten oder der Mitpatientin informiert werden. Begleitende Einzel- und Gruppengespräche, verbunden mit Trauer Ritualen, finden statt.

Im Wissen um die erhöhte Suizidrate von Angehörigen von SuizidentInnen [7]

psychopraxis. neuropraxis 2021 · 24:233–237 <https://doi.org/10.1007/s00739-021-00719-y>
© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2021

H. Oberlerchner

Der stationäre Suizid an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Klagenfurt – eine 10-Jahres-Bilanz

Zusammenfassung

Der stationäre Suizid wird definiert als Suizid während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes, der sich entweder in den Räumlichkeiten selbst (Kliniksuizid) oder während Ausgängen und Beurlaubungen in oder außerhalb des Krankenhausgeländes abspielt. In dieser Arbeit erfolgt eine epidemiologisch-deskriptive Darstellung der

insgesamt in den letzten 10 Jahren während des Aufenthaltes vollzogenen 18 stationären Suizide an einer psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus mit Vollversorgungsauftrag.

Schlüsselwörter

Kliniksuizid · Suizidprävention · Suizidalität · Postvention · Einschätzung der Suizidalität

Inpatient Suicide in the Psychiatric and Psychotherapy Ward in Klagenfurt: a 10-Year Account

Abstract

Inpatient suicide is defined as suicide during full or partial hospitalisation that takes place either on the hospital premises (hospital suicide) or during the course of exits and periods of leave, in the hospital grounds or elsewhere. In this work, a descriptive epidemiological account is given of a total of 18 inpatient suicides committed inpatient

over the last 10 years during stays at the psychiatric ward of a hospital that provides full mandatory care.

Keywords

Hospital suicide · Suicide prevention · Suicidality · Postvention · Assessment of suicidality

sollte eine Kontaktaufnahme mit den Angehörigen erfolgen, mit dem Ausdruck der Anteilnahme, Angebot des gemeinsamen Besprechens des Suizides, Einblick in die Krankenakte und Vermittlung von Angeboten einer Selbsthilfegruppe. Wenn Suizidalität Ausdruck psychischer Erkrankung oder einer schweren psychosozialen Krise ist und wir um die familiäre Häufung psychischer Erkrankung wissen, so ist diese Kontaktaufnahme eine wichtige postventive, für die noch lebenden Angehörigen jedoch präventive Intervention (vgl.: [1, S. 107]). Die zum Teil berührenden, aber auch oftmals schwierigen Gespräche mit den Angehörigen dienen nicht nur der Trauerbegleitung durch die Rekonstruktion der Ereignisse, sondern auch der Vermittlung von Anlaufstellen, Psychotherapieangeboten, Angehörigengruppen, aber – nicht zu vergessen – auch der eigenen Psychohygiene [4]. Vielleicht hilft diese Intervention auch, die transgenerationale Weitergabe psychischer Strukturen wie Schweigen aus Scham, Tabuisierung und Ausgrenzung zu un-

terbrechen. Denn Suizidalität ist weniger ein genetisches Risiko als vielmehr ein epigenetisches, weil psychosozial getriggertes Phänomen [8].

Ausblick

Die Kärntner Suizidstatistik wird für mindestens 2 Jahre weitergeführt. Diese soll auch die poststationären Suizide umfassen mit dem Schwerpunkt der exakten Risikoanalyse (Stichwort: Entlassungsmanagement). Die Kärntner Suizidatenbank ermöglicht natürlich, auch während einer kollektiven Krise wie der aktuellen COVID-19-Pandemie Auswirkungen auf die Suizidalität abzubilden. Ebenso ist eine Fortsetzung der Suizidstatistik, die stationären Suizide betreffend, geplant.

Eine Zusammenarbeit mit dem Johann-Felber-Institut bezüglich der Beforschung von Kliniksuiziden erfolgt, wie die bisherigen Erfahrungen in die Gestaltung des Neubaus (Stichwort: Suizidprävention in der Architektur) Einzug gehalten haben (vgl. [9]).

Fazit für die Praxis

In den psychiatrischen Abteilungen werden HochrisikopatientInnen bezüglich Suizidalität behandelt. Trotz gut ausgebildetem, gut geschultem und bezüglich Suizidalität hoch vigilantem Personal kommt es zu Suiziden, oftmals sehr unerwartet [2].

Neben den vielen Möglichkeiten, von psychiatrischen Abteilungen aus proaktiv Suizidprävention zu betreiben, sind folgende Möglichkeiten der Suizidprävention, stationäre Suizide betreffend, besonders hervorheben:

- Regelmäßige multiprofessionelle Einschätzung der Suizidalität – Suizidblatt
- Bezugspflege, TherapeutInnenkonstanz – Versorgungskette und Beziehungsmedizin [5]
- Klare Ausgangsregelung, Ausgangsrestriktion
- Postvention für Angehörige, MitarbeiterInnen und MitpatientInnen
- Analyse der stationären Suizide mit Nachbesprechungen (Suizidkonferenzen)

Korrespondenzadresse



© privat

Prim. Mag. Dr. Herwig Oberlerchner, MAS
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Feschnigstr. 11, 9020 Klagenfurt, Österreich
herwig.oberlerchner@kabeg.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Oberlerchner gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Bronisch T (2014) Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention, 6. Aufl. Beck, München
2. Etzersdorfer E (2018) Der unerwartete Suizid. Psychodynamische Überlegungen zu den Vorgängen und dem Umgang mit Suizidhandlungen. Psychoprax Neuroprax 21:27–31
3. Hartmann S (2019) Suizid im Krankenhaus. Clin Neuropsychiatry 6:10–11
4. Kersting A, Arolt V (2002) Das Gespräch mit den Angehörigen nach dem Suizid einer Patientin. Psychotherapeut 47:106–108
5. Oberlerchner H (2017) Bindung, Mentalisierung, Psychiatrie und Psychotherapie. Psychother Forum 22:128–133
6. Oberlerchner H, Rados C (2015) Der Psychiatrische Not- und Krisendienst in Kärnten. Geschichte, Trends, Entwicklungen. Psychoprax Neuroprax 3:82–86
7. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2002) Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorder: a nested case-control study based on longitudinal registers. Lancet 360:1126–1130
8. Sorensen HJ, Mortensen EL et al (2009) Suicide and mental illness in parents and risk of suicide in offspring. A birth cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 44:748–751
9. UniversalRAUM – Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen (2012) Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie
10. Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011) Suizid und Suizidprävention. Kohlhammer, Stuttgart
11. Wolfersdorf M (2012) Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. Psychiatr Pflege 18:262–267

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.