

Handlungsleitlinien für die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst

Mitglied im



Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland

 **Gesundheitsamt**

Impressum

Herausgeberin Stadt Münster
Gesundheitsamt
Sozialpsychiatrischer Dienst

Redaktion Brigitte Kempe

Text Mechthild Imhorst,
Anneke Krüskemper

Satz und Layout Anneke Krüskemper

Titel-Illustration elemente designagentur
Astrid Bowinkelmann

Druck Stadt Münster

März 2012, 170 Exemplare

Vorwort

Die Handlungsleitlinien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Münster sind Folge von organisatorischen, strukturellen und personellen Veränderungen und Ergebnis einer längerfristigen kontinuierlichen Auseinandersetzung mit den Arbeitsstandards. Das „Betriebsbuch“ des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Stade lieferte für die Verschriftlichung dieser Arbeitsstandards erste Anregungen, die im Rahmen einer Teamentwicklungsmaßnahme weiter konkretisiert wurden. Die Handlungsleitlinien spiegeln die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie den aktuellen Stand der Arbeit wider; es ist keine wissenschaftliche Arbeit. Die Handlungsleitlinien werden unter Berücksichtigung personeller und struktureller Veränderungen sowie der Zunahme von Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei Bedarf fortgeschrieben und an Veränderungen angepasst.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in dieser Ausarbeitung abwechselnd mal die weibliche und mal die männliche Form verwandt. Sie bezieht jedoch stets sowohl Frauen als auch Männer ein.

Inhaltsverzeichnis

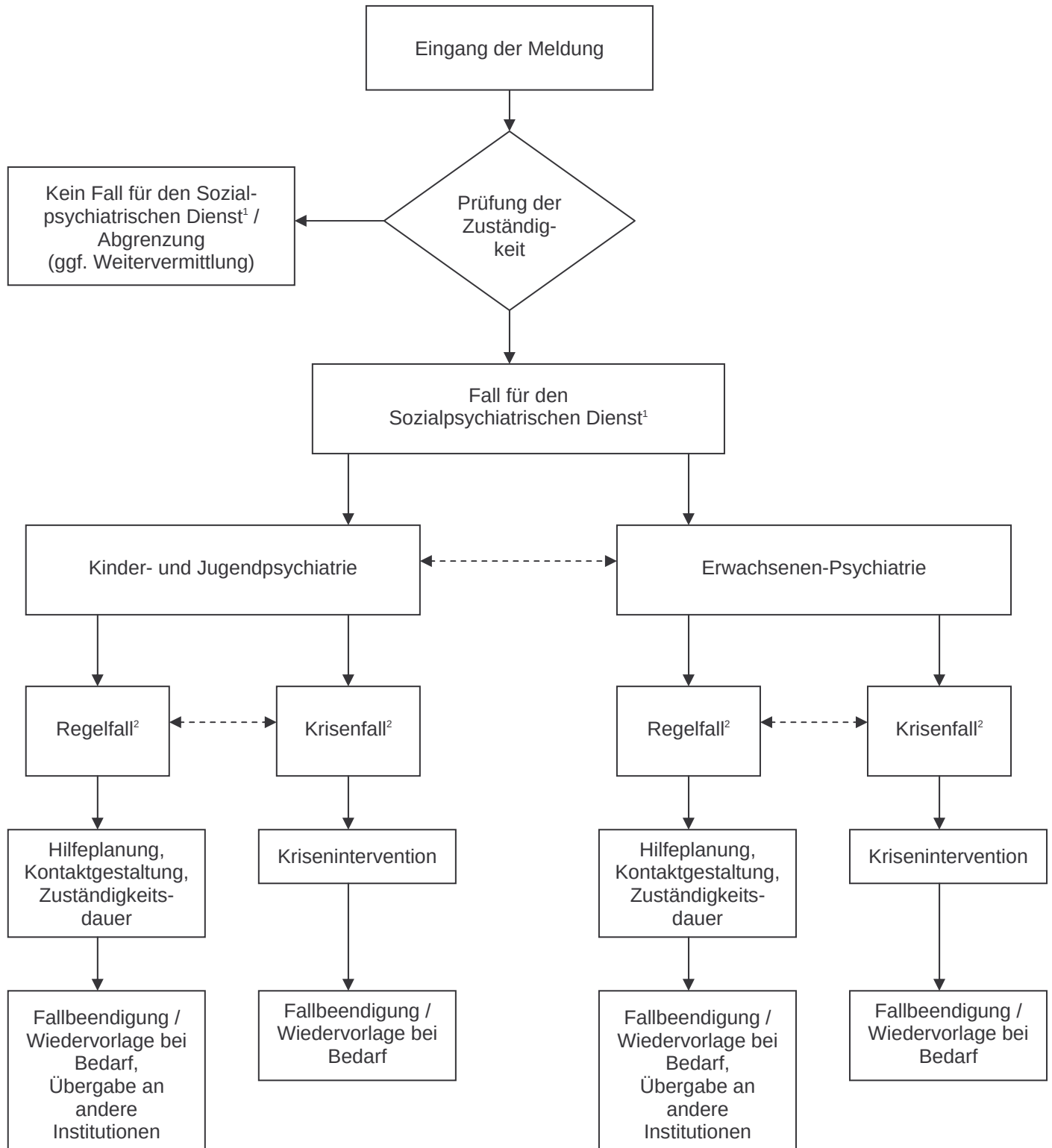
	Seite
1. Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst nach dem PsychKG	4
2. Wann ist ein Fall ein Fall?	5
3. Ziele und Grundsätze	6
3.1 Rechtliche Grundlagen	6
3.2 Schweigepflicht und Datenschutz	6
3.3 Genderaspekte	6
3.4 Demographischer Wandel	7
3.5 Migrationsaspekte	7
4. Methoden im Sozialpsychiatrischen Dienst	8
4.1 Soziale Einzelfallhilfe	8
4.2 Bereitschaftsdienst	9
4.3 Kollegiale Beratung	10
4.4 Kooperation und Schnittstellen	11
5. Der Umgang mit psychisch Kranken	12
5.1 Leitlinien für die Kontaktgestaltung	12
5.1.1 Arbeitsstrukturierung	12
5.1.2 Bedürfnisorientierung	12
5.1.3 Ziel- und Lösungsorientierung	12
5.1.4 Ressourcenorientierung	12
5.2 Leitlinien für den Umgang mit Klienten	13
6. Regelfall	14
6.1 Fallannahme	14
6.2 Fallbearbeitung	15
6.3 Persönlicher Klientenkontakt	16
6.3.1 Psychosoziale Diagnostik	16
6.3.2 Psychopathologische Befundsbeschreibung	17
6.3.2.1 Ausdruck / Verhalten	17
6.3.2.2 Kognitive Fähigkeiten	18
6.3.2.3 Wahrnehmung / Inneres Erleben	18
6.3.2.4 Sonstige Auffälligkeiten / Störungen	19
6.3.3 Handlungsphase	19
6.3.4 Schlussphase	19

6.4	Fallübergabe und Fallbeendigung im Regelfall	20
6.4.1	Übergabe von Klienten in die Eigenverantwortlichkeit oder in ein Hilfesystem	20
6.4.2	Übergabe von Klienten innerhalb der Bezirke im Sozialpsychiatrischen Dienst ...	21
6.4.3	Übergabe von Klienten vom Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Erwachsenenbereich	21
6.4.4	Fallannahme und –bearbeitung in einer Vertretungssituation	21
6.4.5	Langfristige Begleitung und Unterstützung	22
7.	Psychiatrische Krise	23
7.1	Wann ist ein Fall eine Krise?	23
7.2	Krisenintervention / Handlungsablauf	24
7.3	Arbeitsmaterialien für Außenkontakte	25
7.4	Checkliste Krankenhauseinweisung	25
8.	Suizidalität	26
8.1	Präsuizidales Syndrom	26
8.2	Unterscheidung Eigengefährdung	27
8.3	Handlungsablauf	27
8.3.1	Vorermittlung	27
8.3.2	Abklärung der Suizidalität	28
8.3.3	Handlungsoptionen	28
8.4	Nachbereitung des Klientenkontakts	28
9.	Umgang mit aggressiven bzw. gewaltbereiten Klienten	29
9.1	Leitlinien im Umgang mit aggressiven bzw. gewaltbereiten Klienten	29
9.1.1	Vorbereitung auf den Kontakt	30
9.1.2	Handlungsempfehlungen für den persönlichen Kontakt	31
9.1.3	Nachbereitung des Klientenkontakts	32
10.	Dokumentationsaufbau	33
10.1.	Neuer Klient	33
10.2	Bereits bekannter Klient	33
10.3	Psychopathologische Befundsbeschreibung	33
11.	Ausblick	34

Anhang:

•	Anamnesebogen Bereich Erwachsenenpsychiatrie	35
•	Anamnesebogen Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	39
•	Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität	43

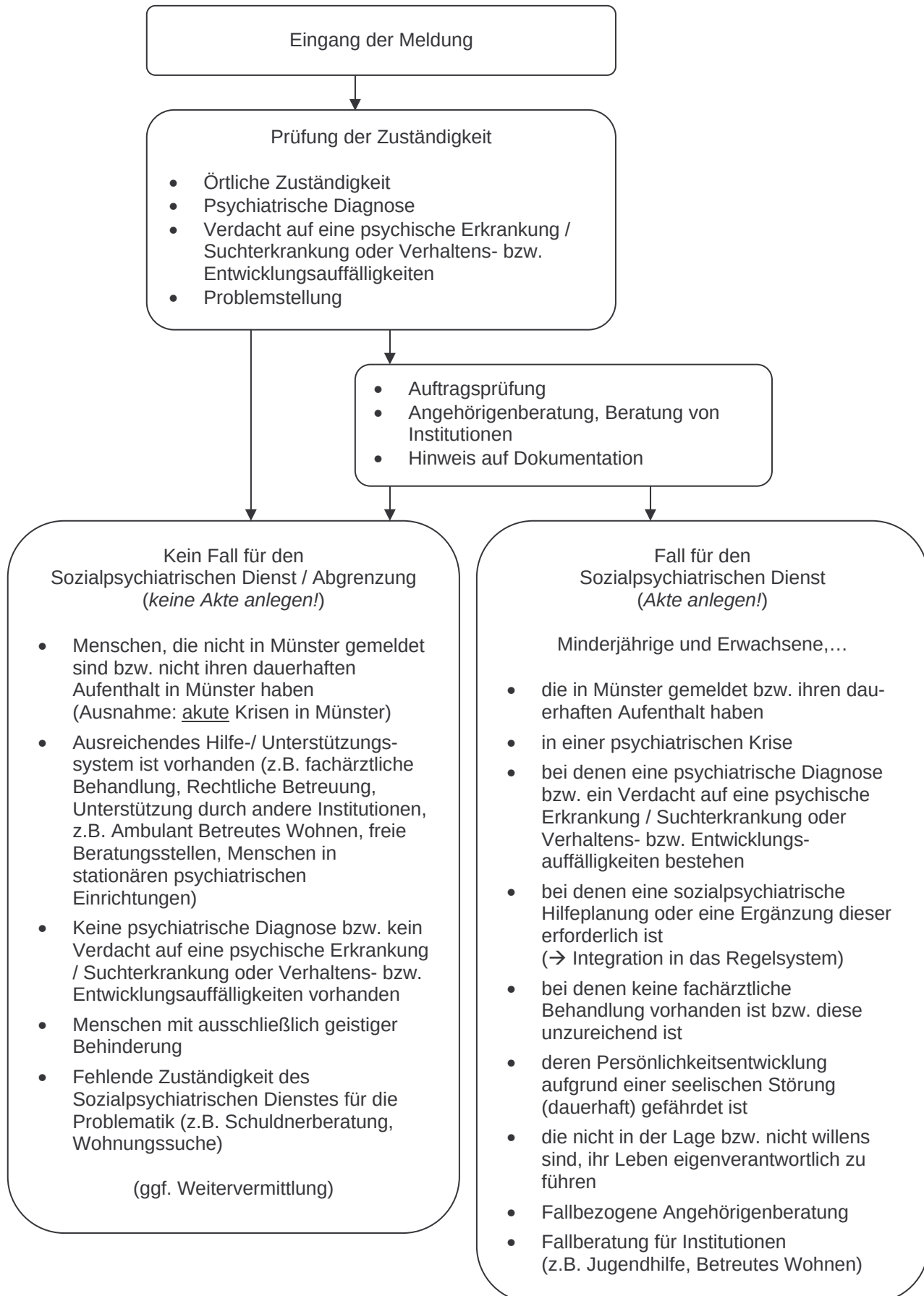
1. Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst nach dem PsychKG



¹⁾ siehe Ausarbeitung „Wann ist ein Fall ein Fall“ (siehe Seite 5)

²⁾ Jeder Krisenfall kann in jedem Stadium zu einem Regelfall werden und umgekehrt. So kann auch ein Krisenfall als Regelfall weiterbearbeitet werden.

2. Wann ist ein Fall ein Fall?



3. Ziele und Grundsätze

„Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden. Befinden sich die Betroffenen in ärztlicher, psychologisch psychotherapeutischer oder kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer (ärztlicher und psychotherapeutischer) Behandlung, werden die Hilfen ergänzend gewährt. Art, Ausmaß und Dauer der Hilfen richten sich, soweit dieses Gesetz nicht bestimmte Maßnahmen vorschreibt, nach den Besonderheiten des Einzelfalls. Sie werden nur geleistet, wenn sie freiwillig angenommen werden.“
(§ 3 PsychKG)

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Art. 1, Abs. 1 Grundgesetz). Jeder Mensch besitzt eine eigenständige, in sich wertvolle Persönlichkeit, die in der Verschiedenartigkeit respektiert wird. Zwei Personen sind niemals gleich, auch nicht zwei mit der gleichen Behinderung oder dem gleichen Krankheitsbild. Jedem Menschen muss in seiner ganz eigenen Art und Ausdrucksweise, auch wenn sie unverständlich erscheint, mit Toleranz, Respekt und Verständnis begegnet werden.

3.1 Rechtliche Grundlagen

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bei seinen Aufgaben handelt es sich um Pflichtaufgaben der Stadt Münster, die im ÖGDG NRW und im PsychKG NRW verankert sind. Weitere Rechtsgrundlagen für Aufgabenbereiche ergeben sich aus dem FamFG, dem BGB sowie dem SGB II, SGB VIII und SGB XII.

3.2 Schweigepflicht und Datenschutz

Sämtliche Mitarbeiterinnen im Sozialpsychiatrischen Dienst unterliegen der Schweigepflicht und sind zur Beachtung des Datenschutzes verpflichtet.

Die Verschwiegenheitspflicht bzw. Schweigepflicht dient unmittelbar dem Schutz der Privatsphäre einer Person und verpflichtet bestimmte Berufsgruppen, ihnen anvertraute Geheimnisse sowie personenbezogene und andere Daten nicht an Dritte weiterzugeben. Sie ist eng mit dem Datenschutz verknüpft. Informationen bzw. Daten dürfen nur nach einer schriftlichen Einverständniserklärung durch die Person (Schweigepflichtsentbindung) übermittelt werden. Dementsprechend wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmung geschützt.

3.3 Genderaspekte

Es gibt keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit, weder bei den Helfenden noch bei Klienten und Angehörigen. Auch die Störungen und Erkrankungen wirken sich bei Frauen / Mädchen und Männern / Jungen unterschiedlich aus. Ebenso ist das Gesundheitsverhalten der Menschen u.a. geprägt durch das Geschlecht, das Alter, die Herkunft und die Lebensgeschichte des Einzelnen.

Dies bedeutet für die Mitarbeitenden des Sozialpsychiatrischen Dienstes, den Menschen gegenüber eine geschlechtssensible Perspektive einzunehmen, um so Unterschiede zu berücksichtigen und einen gleichberechtigten Zugang zu Hilfen zu ermöglichen. Wenn möglich sollen geschlechtsspezifische Konstellationen in der Beratung und der Vermittlung von Hilfen geschaffen werden.

Im Rahmen von Fort- und Weiterbildung des Teams sollen zukünftig verstärkt Themen der Genderproblematik einbezogen werden.

3.4 Demographischer Wandel

Der Demographische Wandel beschreibt Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung mit drei grundlegenden Dimensionen: Geburtenverhalten, Sterblichkeit sowie Zu- bzw. Abwanderung. In Deutschland wird das Zusammenspiel der unterschiedlichen Entwicklungen in den nächsten zwei Jahrzehnten dramatische Veränderungen mit sich bringen. So ist die Geburtenrate in den vergangenen 30 Jahren erheblich zurückgegangen, wodurch sich das Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen verändert hat. Die Zahl der älteren Menschen nimmt trotz jüngerer zuziehender ausländischer Personen weiter zu.

Der Demographische Wandel bedeutet sowohl für die Gesellschaft als auch für die Politik eine Herausforderung. So werden insbesondere Bereiche wie Gesundheit, Wohnen, Arbeit und Bildung vom Demographischen Wandel und dessen Konsequenzen betroffen sein. Auch im wirtschaftlichen Bereich von Angebot und Nachfrage wird es Veränderungen geben. So ist z.B. mit steigenden Zahlen pflegebedürftiger Menschen und sinkenden Zahlen für deren Hilfe zu rechnen.

Neben vielen anderen Einrichtungen und Institutionen wird sich auch der Sozialpsychiatrische Dienst zunehmend den Veränderungen und neuen Aufgaben stellen müssen. So kann z.B. bei Zunahme altersbedingter Erkrankungen wie Demenz, aber auch bei psychischen Erkrankungen im Alter, wie Depressionen oder Suchterkrankungen, zunehmend das Tätigwerden des Sozialpsychiatrischen Dienstes erforderlich werden.

3.5 Migrationsaspekte

In Münster leben ca. 55.000 Frauen, Männer, Mädchen und Jungen mit Migrationsvorgeschichte. Das sind über 23% aller Münsteranerinnen und Münsteraner.

Migration initiiert - auch in nachfolgenden Generationen - lebenslange intrapsychische Prozesse, die geprägt sein können durch schwerwiegende Ereignisse in der Heimat, Widersprüche zwischen der Heimatkultur und der aktuellen kulturellen Lebenswirklichkeit und durch ein hohes Maß an Fremdbestimmtheit. Diese multiplen Belastungsfaktoren führen nicht selten zu behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, wie z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungs- und Kommunikationsstörungen sowie Somatisierungsstörungen.

Die Begegnung mit Migrant*innen erfordert somit ein hohes Maß an Wissens- und Haltungskompetenz, insbesondere interkultureller Kompetenz. Die Mitarbeitenden des Sozialpsychiatrischen Dienstes entwickeln deshalb fortlaufend ihre kulturelle Sensibilität. Kultursensibilität setzt eine hohe Reflexionsfähigkeit gegenüber eigenen kulturellen Haltungen voraus und sie zeichnet sich durch ein Bewusstsein der Kulturgebundenheit der eigenen Wahrnehmung aus. Des Weiteren gilt es Empathie, Neugierde und Interesse an anderen Kulturen weiterzuentwickeln, um so vorhandene Kommunikationsschranken leichter überwinden zu können und einen gleichberechtigten Zugang zu gezielten Hilfen für Menschen mit Migrationsvorgeschichte besser gewährleisten zu können.

4. Methoden im Sozialpsychiatrischen Dienst

4.1 Soziale Einzelfallhilfe

Der Sozialpsychiatrische Dienst leistet ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ im Sinne der Stabilisierung und Reaktivierung, aber auch durch Anregung, Förderung und Begleitung. Unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips werden Probleme der Klientin eigenständig und gemeinsam bearbeitet. Vorrangig werden Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten, der Angehörigen oder anderer Kontaktpersonen berücksichtigt und genutzt. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird an der Stelle unterstützend tätig, wo die Möglichkeiten des Klienten, seiner Angehörigen etc. nicht ausreichen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst berücksichtigt den Gedanken des inklusiven Gemeinwesens (vgl. Art. 19 UN-Behindertenkonvention). Ausgrenzung aus gesellschaftlichen Regelstrukturen soll weitgehend vermieden werden, Barrieren sollen abgebaut und soziale Institutionen zugänglich gemacht werden. Ziel ist es, gleichberechtigte Teilhabemöglichkeiten durch individuelle Unterstützung herzustellen.

Die methodische Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgt durch die *Soziale Einzelfallhilfe*. Die Soziale Einzelfallhilfe ist eine zeitlich begrenzte pädagogische Intervention und umfasst die systematische Anamnese und Untersuchung der Krankheitsgeschichte des Klienten, sowie seiner vergangenen und aktuellen Lebensumstände. Erforderlich ist eine ganzheitliche Sicht auf die Situation. Voraussetzungen sind die Freiwilligkeit, das Einverständnis und die Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Klientin – ausgenommen akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Bei Bedarf werden Angehörige oder andere professionelle Systeme in die Arbeit einbezogen. Bei dem Vorliegen einer rechtlichen Betreuung ist die Nachrangigkeit der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu prüfen.

Innerhalb der Sozialen Einzelfallhilfe finden folgende Interventionsansätze Anwendung:

- **Beratung und Betreuung**

Die Einzelberatung und –betreuung orientiert sich an der individuellen und spezifischen Lebenslage des Klienten. Sie erfolgt sowohl im Gesundheitsamt als auch aufsuchend (z.B. Hausbesuche, Begleitungen). Bei Bedarf erfolgen eine Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfen sowie der Einbezug von anderen Fachdiensten.

Gesprächsführungstechniken, wie die klientenzentrierte, die lösungsorientierte und die motivierende Gesprächsführung, finden in der Beratung Anwendung.

- **Soziale Netzwerkarbeit**

Das soziale Beziehungsgeflecht eines Klienten zu Personen, Gruppen und Institutionen sowie deren Nutzung, Gestaltung und Ressourcen wird analysiert. Bei Bedarf kann eine Optimierung oder Ausweitung der Unterstützungsnetzwerke angestrebt werden. Des Weiteren werden Hilfen und Hilfesysteme vernetzt, z.B. durch Hilfeplankonferenzen.

- **Krisenintervention**

Bei Eigen- oder Fremdgefährdungen eines Klienten erfolgen Kriseninterventionen in Zusammenarbeit mit Ärztinnen mit Psychiatrieerfahrung.

(siehe Punkt 7.2, Seite 24)

- **Langfristige Begleitung und Unterstützung**

In Ausnahmefällen kann eine langfristige Begleitung und Unterstützung erfolgen.

(siehe Punkt 6.4.5, Seite 22)

Die Aufgaben innerhalb dieser Interventionsansätze umfassen u.a.

- Einzelberatung
- Präventive sowie nachsorgende Beratung und Betreuung
- Kontakte im Gesundheitsamt
- Hausbesuche
- Ärztliche Sprechstunden im Gesundheitsamt
- Vermittlung von Arztkontakten, Hilfen und Therapien
- Kontakte zu Ärzten, Behörden, Fachberatungsstellen etc., in Einzelfällen auch Begleitung
- Angehörigenberatung
- Kooperation mit anderen Institutionen, Teilnahme an Arbeitskreisen
- Dokumentation der Arbeit

 Der Sozialpsychiatrische Dienst führt keine ärztlichen Behandlungen und Psychotherapien durch.

4.2 Bereitschaftsdienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst gewährleistet eine telefonische und persönliche Erreichbarkeit zu den Servicezeiten der Stadt Münster. Diese Erreichbarkeit wird durch die Sozialarbeiter/-pädagoginnen durch einen wechselnden Bereitschaftsdienst gesichert.

Servicezeiten:	Montag-Mittwoch	8.00 - 16.00 Uhr
	Donnerstag	8.00 - 18.00 Uhr
	Freitag	8.00 - 13.00 Uhr

Die Erreichbarkeit wird zusätzlich durch einen Anrufbeantworter sowie eine allgemeine E-Mail-Adresse erzielt. Bei Bedarf werden die Telefone der einzelnen Mitarbeiter mit einer Rufumleitung zum Bereitschaftsdienst versehen.

Die Aufgabe des Bereitschaftsdienstes sind u.a.:

- Entgegennahme, Weiterleitung und ggf. Bearbeitung ankommender Nachrichten.
- Krisenintervention, wenn die zuständige Mitarbeiterin nicht verfügbar ist.
- Abhören des Anrufbeantworters und Abrufen der E-Mails der allgemeinen E-Mail-Adresse zu Beginn des Bereitschaftsdienstes sowie Weiterleitung und ggf. Bearbeitung der dort eingegangenen Nachrichten.

4.3 Kollegiale Beratung

Kollegiale Beratung (oder Intervision) bezeichnet eine strukturierte Form von Fallberatung, die in einer Gruppe regelmäßig und ohne externe Leitung durchgeführt wird. Bei der Fallberatung werden Fragen, Probleme und Schwierigkeiten, die einen Mitarbeiter als Fall aus seiner beruflichen Praxis vorstellt, mit Beteiligung aller Anwesenden reflektiert und es werden gemeinsam mögliche Lösungsansätze entwickelt.

Die Fallberatung bei der Kollegialen Beratung ist in mehrere Phasen gegliedert, die sowohl die Situationsschilderung und Anliegenklärung beinhalten als auch Phasen zur Ideensammlung, Reflexion und Rückmeldung.

Ziele der Kollegialen Beratung sind u.a.

- Problemlösungen für die vorgestellten Fälle durch konkrete Handlungsideen oder neue Perspektiven zur Situationsbewertung finden,
- Konzeptentwicklung und stellvertretendes Lernen durch regelmäßige Gespräche über berufliche Problemsituationen und Lösungswege,
- Unterstützung, Rückhalt und Entlastung.

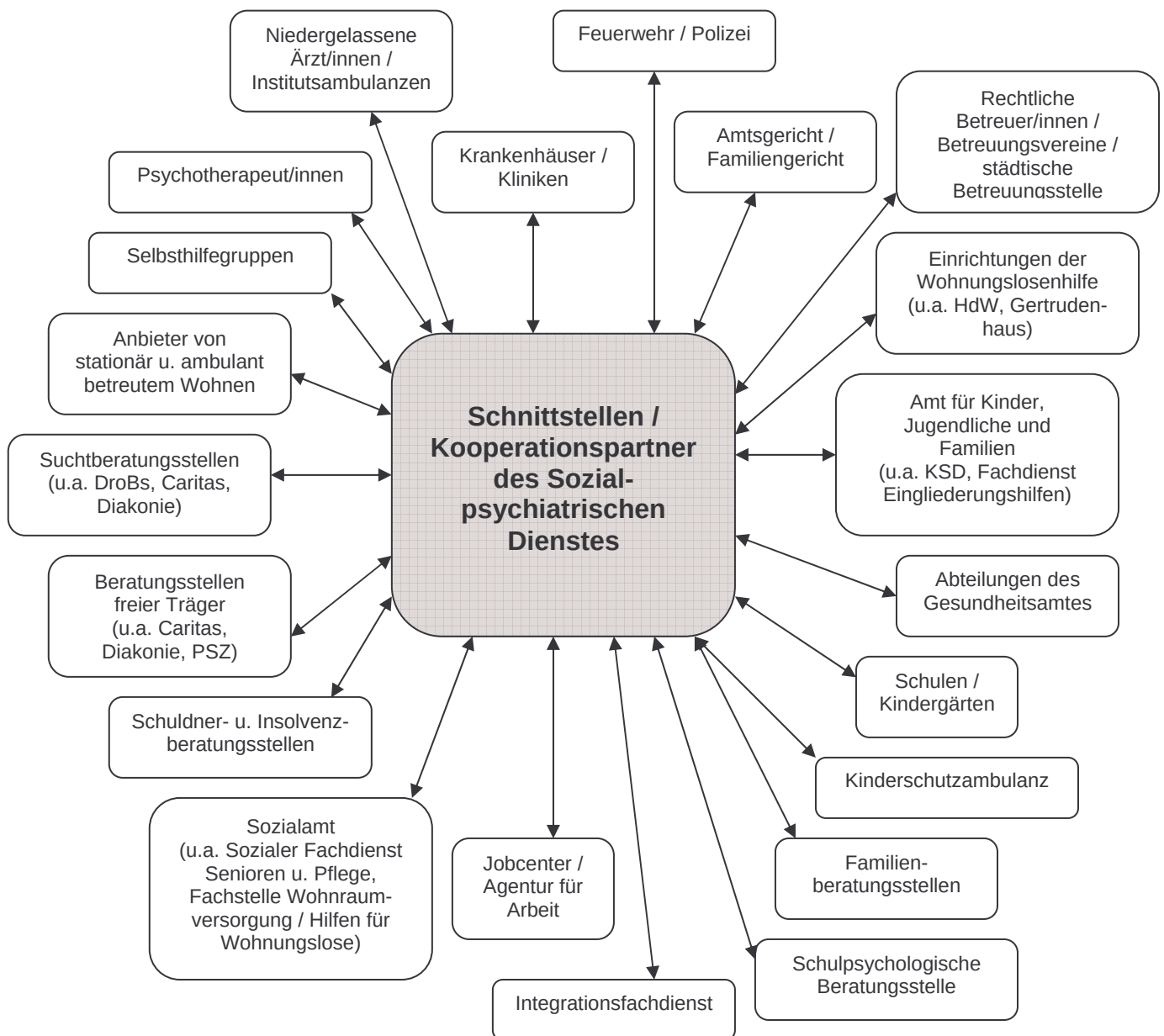
(vgl. Ryschka, J., Solga, M., Mattenklott, A. (Hrsg.). 2011. Handbuch Personalentwicklung. 3. Auflage. Wiesbaden.)

Im Sozialpsychiatrischen Dienst findet die Kollegiale Beratung einmal im Monat unter Beteiligung sämtlicher Mitarbeiterinnen statt. Die Fallvorstellung und die Moderation erfolgen im Wechsel.

Neben der Kollegialen Beratung wird eine regelmäßige Supervision für die Mitarbeitenden im Sozialpsychiatrischen Dienst angestrebt.

4.4 Kooperation und Schnittstellen

Der Sozialpsychiatrische Dienst tritt als Vermittler und Kooperationspartner in einem komplexen sozialen und gesundheitlichen Hilfesystem auf. Häufige Schnittstellen bzw. Kooperationspartner des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind*:



*) Diese Grafik erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

5. Der Umgang mit psychisch Kranken

5.1 Leitlinien für die Kontaktgestaltung

5.1.1 Arbeitsstrukturierung

- Dem Klienten, aber auch Angehörigen sowie Institutionen, sind die gesetzlichen Grundlagen zu erläutern sowie Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes aufzuzeigen.
- Jeder Klientenkontakt wird vor- und nachbereitet. Dies erfolgt u.a. durch das Aktenstudium, die Vergegenwärtigung bzw. Planung von Zielen und Vorgehensweisen sowie durch Reflexion (z.B. in der ärztlichen Sprechstunde oder im Team).

5.1.2 Bedürfnisorientierung

- Die Arbeit richtet sich weit möglichst nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Klienten, sodass eine Zufriedenheit des Klienten erreicht werden kann.
- Auch die Anliegen von Angehörigen und mitwirkenden Fachkräften anderer Institutionen finden Berücksichtigung.

5.1.3 Ziel- und Lösungsorientierung

- Vor einem Klientenkontakt erfolgt eine Einschätzung des Hilfebedarfs. Diese Einschätzung wird im Verlauf der Beratung bzw. Betreuung fortgeschrieben.
- Die Beratung und Unterstützung erfolgt ziel- und lösungsorientiert. Sie ist nicht allumfassend, sondern beschränkt sich auf die wichtigsten Bereiche bzw. Themen, die in Form von Zielen realistisch eingeschätzt, definiert und formuliert werden.
- Die Ziele werden mit der Klientin besprochen und im Verlauf beachtet und geprüft.
- Erreichte Ziele bzw. Erfolge werden im Klientenkontakt benannt und gestärkt.
- Ein Klientenkontakt soll motivierend beendet werden.
- Nach Möglichkeit sollen Angehörige und weitere Fachkräfte (z.B. Ärztinnen, Psychotherapeutinnen) zur Erreichung der Ziele in die Arbeit einbezogen werden.

5.1.4 Ressourcenorientierung

- Die größtmögliche Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Klienten soll unterstützt und gestärkt werden. Eine Abhängigkeit des Klienten soll vermieden werden.
- Die Ressourcen, d.h. die gesunden Anteile der Klientin, sollen ermittelt und gestärkt werden.
- Der Klient soll nicht überfordert oder zu sehr unter Druck gesetzt werden. Individuelle Ressourcen und Einschränkungen sowie die aktuellen Lebensumstände sind zu beachten, z.B. bei Intelligenzminderung.

Besonderheiten im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich

- Die Familie und deren individuelle Besonderheiten sind speziell einzubeziehen. So werden u.a. Sorgeberechtigte engmaschig beraten, betreut und unterstützt.
- Der institutionelle Bezugsrahmen (u.a. Kindertagesstätten, Schulen) wird besonders in die Fallarbeit einbezogen.
- Es sind gesonderte gesetzliche Rahmenbedingungen zu beachten.

5.2 Leitlinien im Umgang mit Klienten

- Der Klientin über die Schweigepflicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes informieren.
- Persönliche Gespräche in einem geschützten Rahmen führen.
- Zugewandte Körperhaltung einnehmen und Blickkontakt halten.
- Wohlwollend eindeutige Haltung (Nähe-Distanz-Problematik).
- Klient mit „Sie“ ansprechen, angebotenes „Du“ ablehnen.
(Ausnahmen im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich)
- Direkte Ansprache der Klientin, auch in Anwesenheit von Dritten.
- Offen und ehrlich mit der Klientin sprechen.
- Einfache, klare und sachliche Kommunikation, aktives Zuhören, Fremdwörter vermeiden, Anpassung der Sprache an die Ressourcen und Lebensumstände des Klienten (z.B. Verständnis prüfen, Sprachbarriere bei Migranten beachten).
- Situationsorientiert flexibel reagieren.
- Authentischer und respektvoller Umgang mit der Klientin, positive Wertschätzung entgegenbringen.
- Auf den Klienten eingehen, auch bei Themen wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen.
- Einführendes Verständnis für krankheitsbedingtes Verhalten und Einschränkungen zeigen.
- Geduld bewahren.

6. Regelfall

6.1 Fallannahme

Bei einem telefonischen, schriftlichen oder persönlichen Falleingang sind folgende Daten aufzunehmen:

- Datum, Uhrzeit
- Name, Anschrift und Telefonnummer des Melders
- Erreichbarkeit des Melders
- Beziehung zum Klienten
- Name, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer der Klientin
- Erreichbarkeit der Klientin
- Vertrauenspersonen / Angehörige
- Anliegen des Melders

Einschätzung:

- Ist der Sozialpsychiatrische Dienst der richtige Dienst?
(Ggf. Weitervermittlung an andere Dienste / Ansprechpartner)
- Bin ich der richtige Ansprechpartner?
(Ggf. Weiterleitung an den zuständigen Sachbearbeiter)
- Liegt eine akute psychiatrische Krise vor?
(Akuter medizinischer Handlungsbedarf? Suizidgefahr? Fremdgefährdung?)

 Im Krisenfall weiter verfahren mit Punkt 7 (Seite 23)

6.2 Fallbearbeitung

Wenn keine akute psychiatrische Krise vorliegt, erfolgt die weitere Bearbeitung im zuständigen Bezirk.

Zur Einschätzung der Dringlichkeit erfolgt die Klärung folgender Daten:
(Zur Datenerhebung siehe Anamnesebogen im Anhang)

- Hausarzt?
- Facharzt?
- Medikamente abgesetzt?
- Verwirrtheit (Drogen, Demenz, Psychose)?
- Schlafstörungen?
- Akuter sozialer Hilfebedarf?
- Soziale Kontakte? Drohende Isolation?
- Drohende Wohnungslosigkeit?
- Fehlendes Einkommen?
- Fehlender Krankenversicherungsschutz?
- Drohender Arbeitsplatzverlust?

Die Bewertung der erhobenen Daten folgert eine der weiteren möglichen Vorgehensweisen:

- Direkte Fallrücksprache mit dem zuständigen Arzt im Gesundheitsamt
- Planung eines persönlichen Kontakts
(Vorstellung in der Beratungsstelle, Hausbesuch)
- Einladung in das Gesundheitsamt / Hausbesuch in der nächsten ärztlichen Bezirkssprechstunde
- Fallrücksprache in der nächsten ärztlichen Bezirkssprechstunde

Grundsätzlich erfolgt eine Fallbearbeitung innerhalb von 14 Tagen.

-  Bei der Beendigung jeden Gesprächs sind eindeutige Vereinbarungen zu treffen. Diese sind zeitnah zu dokumentieren!
(siehe Punkt 10, Seite 33)

6.3 Persönlicher Klientenkontakt

Ein persönlicher Klientenkontakt sollte i.d.R. 45-60 Minuten nicht überschreiten.

-  Bei jedem Kontakt ist zu prüfen, ob eine akute psychiatrische Notfallsituation mit Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt (*siehe Punkt 7, Seite 23*).

6.3.1 Psychosoziale Diagnostik

Die Gesamtbeurteilung der Klientin bzw. der Situation umfasst alle Veränderungen und Auffälligkeiten, die für die psychische Störung des jeweiligen Klienten bedeutsam sind. Diese beinhalten sowohl vorhandene Defizite als auch Ressourcen und Fähigkeiten.

In die Psychosoziale Diagnostik fließen sowohl Angaben des Klienten, Verhaltensbeobachtungen durch Dritte sowie die Beurteilung durch Fachkräfte ein.

Im Folgenden werden die Bestandteile der Psychosozialen Diagnostik aufgelistet:

Sozialanamnese

- **Eigenanamnese / Biographische Daten**

Herkunft

Persönliche Entwicklung (insb. Besonderheiten im Säuglings-, Kleinkind-, Schulalter und der Adoleszenz)

Schulische und Berufliche Entwicklung / Berufstätigkeiten (besuchte Schulen / Schwierigkeiten und Auffälligkeiten / Berufsausbildung / aktuelle Situation)

Lebensereignisse

Wohnsituation / Finanzielle Situation

Soziale Kontakte (Kontaktart und -intensität) / Soziale Auffälligkeiten

Freizeitgestaltung / Interessen

- **Familienanamnese**

Stand in der Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern)

Psychologische Auffälligkeiten / psychiatrische Erkrankungen in der Familie

Familiäre Kontakte (Kontaktart und -intensität)

Familienstand / Kinder

Gesundheitsanamnese

- **Psychiatrische Vorgeschichte / Verlauf**

Bisherige psychiatrische Behandlungen (ambulant, teilstationär, stationär)

Diagnosen / Medikation

Hausarzt / Facharzt / weitere involvierte Fachkräfte

Physische Erkrankungen

- **Psychopathologischer Befund (Arzt / Ärztin!)**

Aktuelle gesundheitliche Situation / Symptomatik und Problematik

6.3.2 Psychopathologische Befundsbeschreibung

Bestandteile des psychopathologischen Befundes sind:

6.3.2.1 Ausdruck / Verhalten

- **Äußeres Erscheinungsbild**

Kleidung, Körperhygiene, Statur und Körperhaltung, Gangart, Besonderheiten

- **Nonverbales Verhalten**

Mimik, Gestik, Blickkontakt

- **Sprache**

Artikulation, Sprechverhalten, Stimmlage, Sprachverständnis, Kommunikationsstil, Vokabular, Komplexität, Lautstärke

- **Kontaktverhalten / Situatives Verhalten**

Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Abhängigkeit von Dritten, Selbstsicherheit, Kooperation, Benehmen, Umgangsformen, Verhaltensauffälligkeiten

- **Psychomotorik / Antrieb**

Aktivität, Dynamik, qualitative Auffälligkeiten wie Stereotypen oder Tics, Antriebshemmung, Antriebsmangel, Antriebsverarmung, Antriebschwäche, Antriebssteigerung (u.a. Unruhe, Rastlosigkeit, Triebhaftigkeit, Impulshandlungen); Psychomotorische Störungen: beharrliches Schweigen (Mutismus), Nachahmen vorgemachter Bewegungen, Verharren in einer Körperhaltung, Wiederholen vorgesprochener Sätze / Wörter

- **Bewusstsein / Wachheit (Vigilanz)**

Grad der Wachheit, Benommenheit, Dämmerzustand, Schläfrigkeit, Bewusstlosigkeit / Koma, Bewusstseinstrübung, Bewusstseinsverengung, Verwirrheitszustände, Delir, Ansprechbarkeit, Reaktionen auf Reize, Bewusstseinsverschiebung / -erweiterung

6.3.2.2 Kognitive Fähigkeiten

- **Aufmerksamkeit**
Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Reaktion / Fixierung auf innere oder äußere Reize, Ansprechbarkeit auf Außenreize
- **Orientierung**
Zeitliche, örtliche, situative Orientierung sowie zur eigenen Person
- **Gedächtnis / Aufmerksamkeit / Konzentration (Mnestische Funktionen)**
Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Steuerung, Kurzzeit- / Langzeitgedächtnis, inhaltliche oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücken (Amnesien), Konfabulationen (Füllen von Erinnerungslücken mit Einfällen), Paramnesien (Umänderung von Erinnerungen im Sinne eines Wahns), beeinträchtigte Wiedergabe von Erfahrungen, Einschätzung der allgemeinen Intelligenz
- **Wille**
Zielstrebigkeit, Ausdauer, Gleichgültigkeit, Beharrlichkeit, Konsequenz

6.3.2.3 Wahrnehmung / Inneres Erleben

- **Affekt / Stimmung**
Gefühlsleben, vegetative Begleiterscheinungen, unkontrollierte Affekthandlungen, Emotionalität / Gemüt, verringerte Steuerungsfähigkeit / Kontrolle der Gefühlsäußerungen, Spannungs- oder Unruhegefühl, Affektstarre, Stimmungswechsel, Ambivalenz von Gefühlen und Strebungen
- **Denken**
Formale Denkstörungen: Denkverlangsamung, Denkhemmung, umständliches Denken, eingegengtes Denken, krankhaftes Haften an Worten und Gedanken (Perseveration), sinnloses Wiederholen vorher gebrauchter Worte und Gedanken (Verbigeration), Grübeln, Gedanken-drängen, Ideenflucht, Zerfahrenheit (Inkohärenz), Wortneubildungen (Neologismen);
Inhaltliche Denkstörungen: Störung des Gedachten, Verzerrungen und Veränderungen der inhaltlichen Ergebnisse des Denkprozesses z.B. Wahnformen und Zwangsideen
- **Angst / Phobien**
Angst, Furcht, Panikattacke, Phobie
- **Wahn**
Wahninhalt, formale Struktur des Wahns;
Formen: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahnidee, Wahneinfälle und –gedanken, Wahnerinnerungen, Wahnsystem, Wahndynamik, systematischer Wahn, symbiotischer Wahn (Folie à deux), Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Eifersuchtwahn, Beziehungswahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn, Größenwahn, Schuldwahn
- **Zwang**
Zwangssymptome, Zwangshandlungen, Zwangsgedanken, Zwangsimpulse, Zwangsgrübeln, Zwangszereemoniell, Zwangsvorstellungen
- **Sinnestäuschungen**
Illusionen, akustische, optische, taktile oder olfaktorische Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen, Déjà-vu, Personenverkennungen, Pseudohalluzinationen
- **Ich-Störungen**
Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Entfremdungserlebnisse (wie Depersonalisation, Derealisation), Ich-Steuerung, Ich-Bewusstsein, Ich-Identität, Ich-Konsistenz, Ich-Vitalität

6.3.2.4 Sonstige Auffälligkeiten / Störungen

- **Rhythmusstörungen**
Tag-Nachtrhythmus, Schlafstörungen
- **Somatische Störungen**
Körperliche Beschwerden, Schmerzen, organische Begründbarkeit
- **Suizidalität**
Suizidgedanken, Suizidhandlungen, Suizidabsichten, Suizidvorbereitungen
- **Intoxikation / Suchtverhalten**
Substanzmissbrauch, stoffgebundenes und nichtstoffgebundenes Suchtverhalten
- **Selbstschädigende Tendenzen**
Körperliche Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch, exzessive Verhaltensweisen
- **Krankheitseinsicht / -gefühl**
- **Sonstige Auffälligkeiten**

6.3.3 Handlungsphase

Die folgenden Vorgehensweisen werden unter der Berücksichtigung der individuellen krankheitsbedingten Einschränkungen sowie den kommunikativen und sozialen Kompetenzen des Klienten durchgeführt.

So kann die weitere Arbeit mit dem Klienten alleine oder unter Einbezug von Angehörigen oder Vertrauenspersonen erfolgen.

Es wird stets im Sinne der Klientin gehandelt. Hierbei ist zu berücksichtigen:

- Auftrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes und Hilfsangebot ausdrücklich definieren
- Ziele und Teilziele ressourcenorientiert erarbeiten, eingrenzen und definieren
- Vereinbarungen treffen
- Teilaufgaben delegieren, ggf. unter Zuhilfenahme von Angehörigen

 Bei hochgradiger Erregung oder Angst sind diese immer primär zum Thema zu machen. Es ist zu erfragen, welche Maßnahmen der Klient früher selbst durchgeführt hat, um die Angst zu reduzieren.

6.3.4 Schlussphase

Beendigung des persönlichen Kontakts durch...

- Zusammenfassung der Gesprächsinhalte
- Reflexion und Ausblick

6.4 Fallübergabe und Fallbeendigung im Regelfall

Die Anzahl der Kontakte sollten in einem Regelfall 6 persönliche Kontakte in Form von Hausbesuchen oder Kontakten im Amt oder einen Zeitraum von 6 Monaten nicht überschreiten. Die konkrete Anzahl der Kontakte richtet sich nach dem Einzelfall. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bezieht sich die Anzahl auch auf die Kontakte mit dem Umfeld.

Sollte ein Regelfall nach dieser Zeit nicht abgeschlossen sein, erfolgt eine Fallvorstellung innerhalb des Teams oder in Rücksprache mit dem Bezirksarzt / der Bezirksärztin.

Hiervon ausgenommen sind langfristige Begleitungen (*siehe Punkt 6.4.5, Seite 22*).

-  Ein Regelfall kann nach der Fallbeendigung bei Bedarf jederzeit erneut zum Regel- oder Krisenfall werden → Wiedervorlage bei Bedarf.

6.4.1 Übergabe von Klienten in die Eigenverantwortlichkeit oder in ein Hilfesystem

Kriterien für eine Übergabe in die Eigenverantwortung oder in ein Hilfesystem

- Die Klientin ist in der Lage, sich selbst zu helfen und der gesundheitliche Zustand der Klientin lässt eine Übergabe zu.
- Die Klientin ist in ein stabiles professionelles Hilfesystem eingebunden (z.B. behandelnder Arzt, Therapeut, Ambulant Betreutes Wohnen, Ambulant Psychiatrische Pflege, Gesetzliche Betreuung, Suchtberatungsstelle, Sozialer Fachdienst Senioren und Pflege, Pflegedienst).
- Der Klient ist in ein stabiles soziales Hilfesystem eingebunden (z.B. Familie, Partner, Freunde, Nachbarn).
- Die Klientin zieht in eine andere Stadt
(ggf. sollte eine Übergabe an den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgen).

Vorgehensweise

- Der Klient wird auf die Übergabe oder die Kontaktbeendigung frühzeitig im Gespräch vorbereitet. Zu beachten ist das Subsidiaritätsprinzip (Nachrangigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes).
- Der Klientin wird mitgeteilt, dass sie sich bei Bedarf erneut an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden kann.
- In Ausnahmefällen kann bei der Abgabe in die Eigenverantwortlichkeit ein erneuter Telefonkontakt in 3-6 Monaten vereinbart werden.
- Dem Klienten werden die Möglichkeiten des Hilfesystems für den Bedarfsfall genannt. Bei Bedarf können der Klientin die Kontaktdaten von z.B. Krisennotdienst (Faltblatt), Telefonseelsorge, Selbsthilfegruppen etc. an die Hand gegeben werden.
- Das Abschlussgespräch sollte positiv verlaufen. Das Erreichte soll reflektiert und konkret benannt werden.

Kontraindikationen für eine Übergabe in die Eigenverantwortung

- Beim Klienten besteht ein instabiler Krankheitsverlauf mit wechselnden Symptomen.
- Die Klientin zeigt eine fehlende oder geringe Krankheitseinsicht, bei der ggf. eine zeitnahe Einleitung von Maßnahmen des PsychKG erforderlich werden kann.
- Fehlendes soziales Netz und / oder professionelles Hilfesystem.
- Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Fehlende Mitwirkung der Sorgeberechtigten.

Die Kontraindikationen können dazu führen, dass ein Regelfall langfristig begleitet und unterstützt wird (siehe Punkt 6.4.5, Seite 22).

6.4.2 Übergabe von Klienten innerhalb der Bezirke im Sozialpsychiatrischen Dienst

Dieser Fall tritt ein, wenn ein Klient z.B. von einem Bezirk in einen anderen Bezirk umzieht.

Vorgehensweise

- Die Klientin wird frühzeitig über den Wechsel des Ansprechpartners informiert.
- Vor der Übergabe erfolgt eine Fallrücksprache zwischen den Sachbearbeiterinnen.
- Die Fallübergabe erfolgt spätestens nach 8 Wochen.
- Ausnahmen, z.B. bei Überschreitung des Zeitraums, werden im Team besprochen.

6.4.3 Übergabe von Klienten vom Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Erwachsenenbereich

Eine Übergabe von kinder- und jugendpsychiatrischen Fällen in den Erwachsenenbereich erfolgt spätestens nach dem 21. Lebensjahr. Im Übergang zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr wird eine Übergabe jeweils fallbezogen entschieden. Hierzu erfolgt eine Rücksprache zwischen den jeweils zuständigen Sachbearbeitern aus den Bereichen.

6.4.4 Fallannahme und –bearbeitung in einer Vertretungssituation

- Eine Fallbearbeitung innerhalb einer Vertretungssituation erfolgt nur, wenn diese nicht bis zur Rückkehr des zuständigen Mitarbeiters aufgeschoben werden kann.
- Der Klient wird direkt darauf hingewiesen, dass eine persönliche Beratung nur im Rahmen der Vertretung erfolgt und der zuständige Mitarbeiter die weitere Fallarbeit übernimmt, sobald er wieder verfügbar ist.
- Falls bekannt wird dem Klienten der Zeitraum benannt.
- Die Fallübergabe an den zuständigen Mitarbeiter erfolgt schnellstmöglich.

 Ausgenommen von dieser Regelung sind Krisenfälle sowie Fälle, bei denen Hinweise auf eine krisenhafte Entwicklung bestehen!

6.4.5 Langfristige Begleitung und Unterstützung

Klienten, die über einen längeren Zeitraum als 6 Monate vom Sozialpsychiatrischen Dienst begleitet und unterstützt werden, werden langfristig begleitet.

Langfristige Begleitungen können entstehen...

- bei dauerhaft instabilen Krankheitsverläufen mit wechselnden Symptomen.
- bei fehlender oder geringer Krankheitseinsicht, bei der eine Einleitung von Maßnahmen nach dem PsychKG voraussichtlich erforderlich werden kann.
- bei Fehlen eines sozialen Netzes und / oder professionellen Hilfesystems.
- wenn keine Anbindung an ein anderes Hilfesystem möglich ist, obwohl dies erforderlich und eine Übergabe in die Eigenverantwortlichkeit nicht möglich scheint.

Es gibt Klientinnen, die zum Teil seit Jahren regelmäßig in Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst stehen. Die Kontakte finden zumeist in größeren zeitlichen Abständen statt. Bezüglich dieser Klienten wird mit dem Bezirksarzt, dem vertretenden Sachbearbeiter oder im Team regelmäßig besprochen, ob eine weitere Betreuung und Begleitung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst noch erforderlich ist bzw. ob eine Fallbeendigung möglich ist.

 Langfristige Begleitungen sind nur in begründeten Einzelfällen möglich!

7. Psychiatrische Krise

„Eine Krise bezeichnet einen Zustand, der sich bei Bedrohung eines wichtigen Lebensziels einstellt und die aktuellen Bewältigungsmechanismen eines Individuums überfordert. Krisenintervention ist gekennzeichnet durch den raschen Beginn, das intensive Engagement des Helfers, die Methodenflexibilität und die aktive Einbeziehung des Umfelds.“

(Rentrop, Michael. Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Auflage. 2009)

7.1 Wann ist ein Fall eine Krise?

Nach dem PsychKG ist ein unmittelbares Eingreifen erforderlich, wenn gewichtige Anhaltspunkte vorliegen, dass der Klient wegen einer psychischen Erkrankung sich selbst erheblichen Schaden zufügt oder bedeutende Rechtsgüter anderer zu gefährden droht (vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 PsychKG). „Von einer gegenwärtigen Gefahr [...] ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.“ (§ 11 Abs. 2 PsychKG)

Ein Verdacht auf eine vitale Bedrohung der Klientin oder Dritter durch den Klienten kann beispielsweise bei folgenden Merkmalen vorliegen:

- Psychische Dekompensation
- Verwirrtheitszustände
- Hoher Grad an Isolation
- Äußerung suizidaler Gedanken
- Beeinflussende Halluzinationen
- Verfolgungswahn
- Bedrohliches Auftreten
- Impulsdurchbrüche
- Handlungsunfähigkeit
- Schlechter körperlicher Allgemeinzustand
- Schlechter Pflegezustand

7.2 Krisenintervention / Handlungsablauf

- Vervollständigung der Daten zur Person und zur aktuellen Situation durch Kontaktaufnahme zu Behandlern und professionellen Unterstützern sowie durch Kontaktaufnahme zu Verwandten und Bekannten etc.
↓
- Einstufung der Krise
↓
- Unmittelbarer Kontakt mit Präsenzarzt (Abteilungsarzt, Honorararzt, Amtsarzt)
↓
- Ärztliche Einschätzung der Krise
↓
- Planung der Handlungsschritte (z.B. gemeinsamer Hausbesuch, Vorführung)
↓
- Bei erforderlicher Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik
↓
- Kontaktaufnahme zum Einweiser der Feuerwehr
(Tel. 0251 / 20250)
↓
- Kontaktaufnahme zur aufnehmenden Ärztin in der entsprechenden Klinik
(LWL-Klinik Tel. 0251 / 915550)
(UKM Tel. 0251 / 8356601)

 In psychiatrischen Notfallsituationen soll ein gemeinsamer Kontakt mit Arzt und Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin Standard sein.

7.3 Arbeitsmaterialien für Außenkontakte

Die folgenden Materialien sollte jede Mitarbeiterin im Vorfeld zusammengestellt haben, um im Krisenfall keine Zeit zu verlieren.

- Formulare
(u.a. Ärztliches Zeugnis zur Unterbringung nach dem PsychKG, Schweigepflichtsentbindung)
- Diensthandy
- Liste mit wichtigen Telefonnummern
- Visitenkarten
- Flyer des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Krisennotdienstes
- Einweghandschuhe, -überschuhe
- Desinfektionsmittel
- Pfefferspray

Wichtige Vorinformationen aus der Akte sollten verfügbar sein.

7.4 Checkliste Krankenhauseinweisung

Bei einer Krankenhauseinweisung ist Folgendes zu beachten:

- Krankenhaustasche mitgeben (Inhalt insb. Krankenkassenkarte, Personalausweis, Schlüssel, Kleidung und Hygieneartikel).
- Wohnungssicherung (z.B. Fenster schließen, Herd ausstellen, Licht ausschalten).
- Versorgung von den im Haushalt lebenden Personen berücksichtigen (z.B. Kinder, pflegebedürftige Angehörige).
- Versorgung von Haustieren berücksichtigen (z.B. AWM informieren).
- Die Klinik bzw. den Sozialdienst über den Klienten bzw. die besondere Situation informieren.
- Falls erforderlich, wichtige Bezugspersonen über die Aufnahme informieren.

8. Suizidalität

„Suizid ist die absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang. Parasuizid ist eine absichtliche Selbstschädigung oder Beschädigung ohne tödlichen Ausgang.“

(Rentrop, Michael (2009). Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Auflage. München.)

Im Jahr 2009 starben in Deutschland 9616 Menschen durch einen Suizid, hiervon waren 2388 Frauen (25%) und 7228 Männer (75%). In Münster starben im Jahr 2008 durch einen Suizid 20 Menschen, die tatsächliche Zahl ist höher, da nur die Suizidopfer erfasst wurden, die ihren Erstwohnsitz in Münster haben.

Die Suizidziffern steigen mit zunehmendem Alter wesentlich an. 2009 erfolgten die meisten Suizide im Alter von 45-50 Jahren, dicht gefolgt von Menschen im Alter von 65-70 Jahren. Bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen sind Suizide die häufigste Todesursache nach Unfällen.

80% der Suizide werden vorher angekündigt.

Die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Zehnfaches höher, aufgrund der hohen Dunkelziffer liegen diesbezüglich jedoch keine genauen Angaben vor. Die höchsten Raten für Suizidversuche sind – entgegengesetzt zu denen der Suizide – bei den jüngeren Altersgruppen zu ermitteln, besonders bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen zwischen 15 und 30 Jahren.

(Quellen: Statistisches Bundesamt; Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention; Krisenhilfe e.V.)

8.1 Präsuizidales Syndrom

Das Präsuizidale Syndrom beinhaltet Verhaltensweisen, die einer Suizidhandlung vorausgehen. Es umfasst die Merkmale Einengung, Aggression gegen die eigene Person und konkrete Suizidphantasien.

(vgl. Betriebsbuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Stade, 5. Auflage)

Im Folgenden wird das Präsuizidale Syndrom näher erläutert:

Das menschliche Leben ist durch eine Fülle von Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten geprägt. Im Zustand des präsuizidalen Syndroms ist dieses Gefühl jedoch weitestgehend nicht mehr vorhanden. Die Lebensumstände werden als bedrohlich, unveränderbar und unüberwindbar erlebt. Die Personen empfinden sich als klein, hilflos und den übermächtigen Umständen ausgeliefert. Die Stimmung, Gedanken, Vorstellungen und Assoziationen gehen nur in eine negative Richtung. Durch diese einseitige Ausrichtung kommt es zu Verzweiflung, Angst und Panik. Im Moment der Selbsttötung erreicht die dynamische Einengung ihren Höhepunkt. Suizidale Menschen sind einsam, isoliert, fühlen sich von anderen Menschen verlassen und unverstanden. Nichts hat mehr einen „Wert“. Mangelnde Wertbezogenheit resultiert in Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, „Verdünnung“ des Lebens, Langeweile.

Andere Klienten neigen dazu, ihre Rachegefühle durch suizidale Impulse auszugleichen. Selbsttötung erfordert eine enorm aggressive Haltung gegen die eigene Person, obwohl im Grunde andere Menschen, auch in ihrer Gesamtheit, also als „die Gesellschaft“, das in Wirklichkeit gemeinte Ziel darstellen. Damit dies eintritt, muss ein starkes Aggressionspotential vorhanden sein und eine Abreaktion nach außen muss verhindert sein.

Suizidale Handlungen können sich auch in gesunden Phasen aufgrund einer Bilanzierung der Lebenssituation entwickeln.

Viele Menschen kennen lebenshinterfragende Gedanken. Solche gelegentlichen Gedanken führen üblicherweise nicht zum Suizid, sie sind an sich auch nicht als krankhaft zu sehen. Im Zustand des Präsuizidalen Syndroms unterscheidet sich die intensive gedankliche Beschäftigung mit der Selbsttötung davon grundlegend. Unterschieden wird zwischen den aktiven, d.h. willentlich intendierten Suizidvorstellungen, und den passiven, d.h. von Zwangsgedanken beeinflussten Suizidvorstellungen.

Die Inhalte der Phantasien lassen sich in drei Stufen unterteilen:

Bei der Vorstellung tot zu sein geht es um den Lustgewinn und Effekt, den dieses Ereignis bei den Mitmenschen auslöst und nicht um den Akt des Sterbens selbst. Der Vorgang des Sterbens selbst

wird übersprungen. Als „Toter“ bleibt man in der Phantasie sozusagen am Leben und genießt den „Lustgewinn“. Wie in den Phantasien oder Tagträumen von Kindern kann der Tod dabei jederzeit ungeschehen gemacht werden.

Die zweite Stufe besteht in der Vorstellung, Hand an sich zu legen, ohne dass dabei konkrete Methoden oder Vorgehensweisen phantasiert werden.

In der dritten Stufe wird die konkrete Durchführung, oft bis in das kleinste Detail geplant. Von hier zur aktuellen Durchführung ist es nur mehr ein kleiner Schritt.

 Klienten wirken in diesem Stadium oft besonders entlastet und heiter!

8.2 Unterscheidung Eigengefährdung

Psychisch erkrankte Menschen können sich aufgrund des Störungsbildes selbst vital gefährden ohne im engeren Sinne suizidal zu sein.

8.3 Handlungsablauf

Im Folgenden wird der Handlungsablauf für die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst mit suizidalen Klienten beschrieben.

8.3.1 Vorermittlung

Risikofaktoren für Suizidalität sind:

- Unüberwindbare Konflikt- bzw. Belastungssituationen?
- Vorausgegangene Suizidhandlungen?
- Vorherige Suizidankündigungen?
- Schwere psychiatrische Erkrankungen und / oder Abhängigkeitssyndrome?
- Suizide in der Familie?
- Völlige Isolation?
- Alte und vereinsamte Menschen?
- Chronische Schmerzzustände?

Diese Risikofaktoren besagen nichts über die aktuelle Gefährdung. Sie beschreiben eine Gruppe von Klienten, bei denen im Verlauf verstärkt mit Suizidalität gerechnet werden muss.

 siehe auch: Präsuizidales Syndrom (*Punkt 8.1, Seite 26*)

8.3.2 Abklärung der Suizidalität

Eine Suizidgefährdung erkennt man am sichersten, indem man den Klienten danach fragt.

Fragen an den Klienten, die zur Abklärung der Suizidalität dienen, sind folgende:

- Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?
- Seit wann denken Sie daran und sind diese Gedanken jetzt besonders stark?
- Drängen sich diese Gedanken auf?
- Haben Sie einen Plan, wie Sie sich das Leben nehmen wollen?
- Gibt es einen Zeitpunkt, zu dem Sie sich das Leben nehmen wollen?
- Ziehen Sie sich von Freunden und Bekannten zurück?
- Haben Sie Ihre Interessen aufgegeben?
- Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben?
- Haben Sie früher schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen? In welcher Situation waren Sie damals?

(siehe auch: *Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität* im Anhang)

 „Nach Suizidgedanken fragen, darüber sprechen und der Gefährdeten zuhören provoziert keine Suizidalität, wenn man entsprechend schonend vorgeht. Es stärkt die Vertrauensbeziehung und mindert die Gefahr.“
(Finzen, Asmus (1990). Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Leitlinien für den therapeutischen Alltag. 2. Auflage. Bonn.)

8.3.3 Handlungsoptionen

- Problemanalyse
- Zeitliche und inhaltlich eindeutige Vereinbarungen treffen
- Ggf. schriftliche Vereinbarungen zum Suizidaufschub treffen
- Ggf. umgehende Krankenhausbehandlung

8.4 Nachbereitung des Klientenkontakts

Wenn eine Mitarbeiterin in Kontakt mit einem suizidalen Klienten gekommen ist, ist im Anschluss immer eine Nachbereitung erforderlich.

- Die Situation sowie das eigene Verhalten sollen im Team reflektiert werden, um eine Verarbeitung des Vorfalls zu stützen. Des Weiteren kann so eine mögliche Fehlerwiederholung vermieden werden.
- Entscheidungen und Absprachen werden über das weitere Vorgehen - ggf. im Team - getroffen und weitere Schritte eingeleitet.
- Dokumentation und Auswertung (Qualitätsverbesserung), ggf. Akte mit Warnhinweis versehen.

9. Umgang mit aggressiven bzw. gewaltbereiten Klienten

Als Aggression wird ein manifestes Verhalten bezeichnet, das darauf abzielt, einem anderen Menschen, einem Tier oder einem Gegenstand Schaden zuzufügen.

Eine Aggression kann u.a. offen (körperlich, verbal) oder verdeckt (phantasiert), sie kann instrumentell (zielgerichtet), emotional als Reaktion auf bestimmte Bedingungen oder als Ausdrucksmöglichkeit von Gefühlen oder erregungsgeleitet (weder vom Betroffenen noch von anderen Personen steuer- oder beeinflussbar) sein.

Unter Umständen werden durch aggressives Verhalten grundlegende Rechte anderer und / oder soziale Normen und Regeln verletzt.

Aggressives Verhalten kann vielfältige Ursachen haben, wie z.B. Frustration, Angst oder Überforderung. Weitere Gründe können eine emotionale Erregung und Stimulation, der Versuch der Manipulation oder Einschüchterung sein oder der Durchsetzungsversuch von eigenen Interessen und Zielen. Des Weiteren kann Gewalt eine verzweifelte Form der Kommunikation darstellen, weil andere Möglichkeiten nicht zur Verfügung stehen.

Folgende nonverbale bzw. verbale Drohgebärden können Signale für Aggressionen sein:

- Kopf zurück werfen
- Zugekniffene Augen
- Stechender und eindringlicher Blickkontakt
- Ausgestreckter Zeigefinger in Richtung des Gesprächspartners
- Geballte Fäuste
- Hände in die Hüften stemmen
- Weites Ausholen von Armen und Beinen
- Anschwellen der Stimmlage

Folgende Faktoren gelten als Risikofaktoren für fremdaggressives Verhalten:

- Vorgeschichte mit fremdaggressiven Verhaltensweisen (verbal, tätlich)
- Planung von Gewalt (abwägen, vorhaben)
- (Akuter) Kontrollverlust, Impulsivität
- Feindseligkeit
- Anspannung, Agitation
- Wahnsymptome und ängstigende Halluzinationen
- Nicht kompensierbare Gefühle wie Ärger und Angst bzw. nicht kompensierbare unsichere oder bedrohende Lebenssituationen

9.1 Leitlinien im Umgang mit aggressiven bzw. gewaltbereiten Klienten

Für alle Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst soll in regelmäßigen Abständen ein Deeskalationstraining erfolgen, um die erworbenen Kenntnisse zu aktualisieren und zu internalisieren.

 siehe auch: Handout „Umgang mit Aggressionen“ von Axel Kalus (Deeskalationstraining vom 23.11.2011)

9.1.1 Vorbereitung auf den Kontakt

Vor jedem Kontakt mit einem potentiell aggressiven bzw. gewaltbereiten Klienten ist eine Risikoeinschätzung vorzunehmen.

Risikoeinschätzung

Zur Risikoeinschätzung werden Informationen u.a. beim Eingang der Meldung, bei Dritten (Ärztinnen, Angehörige usw.) sowie bei der Aktendurchsicht eingeholt. Folgende Informationen sind für die Risikoeinschätzung elementar:

- Gab es in der Vergangenheit bereits Gewaltandrohungen oder -anwendungen?
- Sind Anzeichen für Störungen der Impulskontrolle bekannt?
- Sind aktuell destabilisierende Einflüsse oder sonstige Stressoren bekannt?
- Ist der Klient wegen Gewalttätigkeit vorbestraft? Gibt es einen Bewährungshelfer?
- Sind Waffen oder (Kampf)Hunde in Besitz der Klientin?
- Betreibt der Klient Kampfsport oder ist Mitglied im Schützenverein?
- Welche Diagnose besteht bei der Klientin?
- Gibt es Anhaltspunkte auf eine schwerwiegende paranoide oder manische Störung?
- Ist der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in das Wahnsystem des Klienten einbezogen worden?
- Gibt es Hinweise auf Drohungen, Ängste oder Verkennungen?
- Besteht ein aktueller Substanzmittelgebrauch?

Vorbereitende Maßnahmen

Bevor ein persönlicher Kontakt zu der Klientin stattfindet sind diverse Vorkehrungen zu treffen, um die eigene Sicherheit zu gewährleisten:

- Wo und wie soll der Klient angetroffen werden?
- Wer ist noch anwesend? Ggf. sollten Angehörige hinzugezogen werden, wenn dies zur Deeskalation beitragen kann.
- Beim Hausbesuch das Diensthandy und Pfefferspray mitnehmen und griffbereit halten.
- Beim Kontakt im Amt Alarmsystem prüfen (Computer) und Gegenstände, die als Waffen genutzt werden können, entfernen.
- Klare Absprachen im Team bzw. mit dem Bereitschaftsdienst treffen, z.B. Name und Anschrift des Klienten mitteilen, Rückruf zu einem festen Zeitpunkt vereinbaren.
- Den Kontakt nicht alleine wahrnehmen, sondern eine Kollegin hinzuziehen oder Unterstützung anfordern (Polizei, Ordnungsamt, Feuerwehr). Die Zusammenarbeit im Vorfeld koordinieren und Absprachen treffen.
- Gedankliche Vorbereitung auf eine mögliche Gewaltsituation.
- Den Kontakt im Amt einem Hausbesuch vorziehen.

Zu den Standards sollten ein regelmäßiges Deeskalationstraining und Supervision gehören.

9.1.2 Handlungsempfehlungen für den persönlichen Kontakt

Sollten bereits im Vorfeld Hinweise auf mögliche Aggressionen oder eine Gewaltbereitschaft des Klienten bestehen, ist eine Risikoeinschätzung sowie das Treffen von Vorkehrungen erforderlich (siehe Punkt 9.1.1, Seite 30).

Im persönlichen Kontakt mit aggressiven bzw. gewaltbereiten Klientinnen sind folgende Kriterien zu beachten:

Vorbereitende Maßnahmen

- Wie ist die räumliche Situation?
- Sind Zeichen abgelaufener Gewalt erkennbar?
- Wer sitzt bzw. steht wo?
- Eigenen Fluchtweg offen halten.
- Sind gefährliche Gegenstände oder Waffen vorhanden?
- Hunde in einen anderen Raum bringen lassen.
- Bei Anwesenheit der Polizei, diesen den Vortritt lassen.
- Dem Klienten nicht den Rücken zuwenden.
- Ausreichende Körperdistanz einnehmen (mind. eine Armlänge).
- Aktentasche, ggf. Pfefferspray zur Gefahrenabwehr bereithalten.
- Verhalten und Dynamik der Klientin beobachten, Körpersprache und Mimik, Brust und Arme beobachten (heftige Bewegungen der Brust kündigen aggressive Reaktionen an).
- Mögliche Gegenstände, die als Waffe genutzt werden können, entfernen.
- Abstand von der Tür beim Klingeln bzw. Klopfen halten (mind. eine Armlänge).
- Seitlich zugewandte Körperhaltung.

Handlungsempfehlungen in der Situation mit aggressiven bzw. gewaltbereiten Klienten

Je früher die Gefahr erkannt wird, desto größer ist die Chance, diese abzuwenden. Oberste Priorität hat stets die eigene Sicherheit. Daher sollten folgende Leitlinien beachtet werden:

- Die eigene Situationseinschätzung ernst nehmen, aber dennoch auf Gefährlichkeit überprüfen / hinterfragen.
- Ruhige Atmosphäre schaffen und Sicherheit ausstrahlen.
- Drohungen, Vorwürfe, Beschuldigungen oder Anklagen vermeiden.
- In angemessener Lautstärke sprechen und sachlich bleiben.
- Kommunikation aufrecht erhalten.
- Distanz wahren (mind. drei Armlängen) und dem Klienten nicht zu nahe treten.
- Dem Klienten und sich selbst einen Fluchtweg offen lassen.
- Ruckartige oder hektische Bewegungen vermeiden.
- Die Klientin von festgefahrenen und aggressiven Themen ablenken oder das Thema wechseln. Ggf. ein „time out“ anbieten (z.B. Zigarette rauchen lassen, Bewegung oder ein Getränk anbieten).
- Etwas Unerwartetes tun (Überraschungseffekt).
- Verbale Grenzsetzung – den Klienten klar und unmissverständlich darauf hinweisen, dass bestimmte Verhaltensweisen nicht erwünscht bzw. nicht tolerierbar sind, z.B. zu dichtes Herankommen oder Berührungen. Aufzeigen von Konsequenzen.
- Drohungen ernst nehmen.
- Flexibel reagieren, wenn sich die Situation verändert.
- Öffentlichkeit herstellen und ggf. Hilfe holen → Sicherheit durch Übermacht (Angehörige, Polizei, Kollegen).
- Keine Heldentaten! Im Zweifel stets den Rückzug antreten.

9.1.3 Nachbereitung des Klientenkontakts

Nach aggressiven bzw. gewalttätigen Situationen ist im Anschluss immer eine Nachbereitung erforderlich.

- Reflexion der Situation und des eigenen Verhaltens im Team. Dies unterstützt bei der Verarbeitung des Vorfalls und kann eine mögliche Fehlerwiederholung vermeiden.
- Entscheidungen über das weitere Vorgehen, ggf. im Team, treffen, Absprachen treffen und weitere Schritte einleiten.
- Dokumentation und Auswertung (Qualitätsverbesserung), ggf. Akte mit Warnhinweis versehen.

10. Dokumentationsaufbau

Die Dokumentation erfolgt sowohl in der EDV als auch in der Handakte.

Es wird jede Aktivität dokumentiert. Die Dokumentation sollte möglichst deskriptiv und keinesfalls wertend erfolgen. Die Formulierungen sollten so gewählt werden, dass die Klientin den Text selbst lesen können sollte, ohne sich gekränkt oder verletzt zu fühlen. Die Beschreibungen sollten Hinweise zur Graduierung (z.B. leicht, mittel oder schwer) enthalten.

10.1 Neuer Klient

- Kontaktart / Anlass der Kontaktaufnahme / Beteiligte
- Sozialanamnese
(Eigenanamnese / Biographische Daten und Familienanamnese)
- Gesundheitsanamnese
(Psychiatrische Vorgeschichte / Verlauf und Psychopathologischer Befund)
- Zusammenfassung / Aktueller Hilfebedarf
- Vereinbarungen / Vorgehensweise / Nächste Schritte

10.2 Bereits bekannter Klient

- Kontaktart / Anlass der Kontaktaufnahme / Beteiligte
- Vergleich zum letzten Kontakt
- Zusammenfassung / Aktueller Hilfebedarf
- Vereinbarungen / Vorgehensweise / Nächste Schritte

10.3 Psychopathologische Befundsbeschreibung

Der Psychopathologische Befund umfasst die aktuelle gesundheitliche Situation, Symptomatik und Problematik.

(zur differenzierten Ausführung siehe Punkt 6.3.2, Seite 17).

11. Ausblick

Die Erweiterung und Fortschreibung dieser Handlungsleitlinien sieht für das Jahr 2012 u.a. die Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen nach § 16a SGB II, § 35a SGB VIII, § 53 SGB XII und ggf. auch § 67 SGB XII vor.

Anamnesebogen	
Datum: _____ Sachbearbeiter: _____	
Kontaktaufnahme durch:	
Name: _____ Institution: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	Grund der Kontaktaufnahme: _____ _____ _____ _____ _____
Angaben zur Person:	
☐ Frau ☐ Herr Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____	Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____
Angaben zur Familiensituation:	
Familienstand: _____ seit: _____ Kinder (Anzahl / Alter): _____ _____ _____ _____ ☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt	Eltern: _____ _____ ☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt Geschwister: _____ _____ ☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt
Angaben zur finanziellen Situation:	
Einkommensart: _____ _____ ☐ unbekannt	Schulden: _____ _____ ☐ unbekannt
Soziale Kontakte:	
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ ☐ unbekannt

Angaben zur Wohnsituation:	
Wohnverhältnisse: _____ _____ ☐ unbekannt	☐ Eigentum ☐ zur Miete ☐ sonstiges: _____ ☐ unbekannt
Angaben zur beruflichen Situation:	
Beschäftigung: als: _____ seit: _____ bis: _____ ☐ arbeitssuchend ☐ erwerbsgemindert / -unfähig ☐ Rentner/in ☐ unbekannt Schulabschluss: _____ ☐ ohne Schulabschluss ☐ unbekannt	Berufsausbildung: zur/zum: _____ ☐ mit Abschluss ☐ ohne Abschluss ☐ unbekannt Studium: zur/zum: _____ ☐ mit Abschluss ☐ ohne Abschluss ☐ unbekannt
Medizinische Daten:	
Psychiatrische Diagnose/n: 1. _____ Jahr d. Ersterkrankung: _____ 2. _____ Jahr d. Ersterkrankung: _____ 3. _____ Jahr d. Ersterkrankung: _____ ☐ unbekannt Suchterkrankung: 1. _____ Konsum seit: _____ Abstinenz seit: _____ 2. _____ Konsum seit: _____ Abstinenz seit: _____ 3. _____ Konsum seit: _____ Abstinenz seit: _____ ☐ Co-Abhängigkeit	Aktuelle Medikation: _____ _____ _____ ☐ unbekannt Allgemeinmedizinische Diagnose/n: _____ _____ _____ ☐ unbekannt Traumatische Lebenserfahrungen: _____ _____ _____ ☐ unbekannt

Bisherige psychiatrische Behandlungen:	
Stationäre Behandlungen: _____ _____ _____ _____ ☐ unbekannt	Teilstationäre Behandlungen: _____ _____ _____ _____ ☐ unbekannt
Psychische Erkrankungen in der Familie:	
Familienangehörige/r: _____ _____ _____ ☐ unbekannt	Art der Erkrankung: _____ _____ _____ ☐ unbekannt
Behandelnde/r Hausarzt/-ärztin:	Behandelnde/r Facharzt/-ärztin:
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ In Behandlung seit: _____ Behandlung unterbrochen seit: _____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ In Behandlung seit: _____ Behandlung unterbrochen seit: _____
Behandelnde/r Psychotherapeut/in:	
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	In Behandlung seit: _____ Behandlung unterbrochen seit: _____ Behandlung beendet seit: _____
Rechtliche Betreuung:	
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ _____ Betreuungsverein: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	☐ beantragt / angeregt am: _____ Aktenzeichen: _____ Betreuungsumfang: _____ _____ _____ Betreuung seit: _____ Betreuung beendet seit: _____

Bezugsperson/en:	
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ Beziehung: _____	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ Beziehung: _____
Schwerbehinderung:	Pflegestufe:
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ beantragt am: _____ GdB: _____ Merkzeichen: _____	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ beantragt am: _____ ☐ Pflegestufe I ☐ Pflegestufe II ☐ Pflegestufe III
Involvierte Fachkräfte:	Betreuungerschwernisse:
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Sonstige Daten / Bemerkungen:	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	☐ Migrationshintergrund _____ ☐ Kriminalität / Straffälligkeit _____ ☐ Bewährungshelfer/in: _____ _____

Anamnesebogen Kinder und Jugendliche	
Datum: _____ Sachbearbeiter: _____	
Kontaktaufnahme durch:	
Name: _____ Institution: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	Grund der Kontaktaufnahme: _____ _____ _____ _____ _____
Angaben zur Person:	
Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____	Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____
Angaben zu den Eltern:	
☐ Frau ☐ Herr Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ Sorgerechtsregelung: _____	☐ Frau ☐ Herr Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ Sorgerechtsregelung: _____
☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt Angaben zur beruflichen Situation: Beschäftigung als: _____ seit: _____ bis: _____ Schulabschluss: _____ Berufsausbildung / Studium zur/zum: _____ ☐ mit Abschluss ☐ ohne Abschluss ☐ unbekannt	☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt Angaben zur beruflichen Situation: Beschäftigung als: _____ seit: _____ bis: _____ Schulabschluss: _____ Berufsausbildung / Studium zur/zum: _____ ☐ mit Abschluss ☐ ohne Abschluss ☐ unbekannt

Angaben zur finanziellen Situation der Familie:	
Einkommensart: ☐ unbekannt	Schulden: ☐ unbekannt
Angaben zu den Sorgeberechtigten:	
☐ Frau ☐ Herr Nachname: Vorname: Geburtsdatum: Nationalität: Anschrift: Telefon: E-Mail: Sorgerechtsregelung: ☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt	☐ Frau ☐ Herr Nachname: Vorname: Geburtsdatum: Nationalität: Anschrift: Telefon: E-Mail: Sorgerechtsregelung: ☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt
Geschwister:	
	☐ im selben Haushalt lebend ☐ regelmäßiger Kontakt ☐ sporadischer Kontakt ☐ kein Kontakt
Institutioneller Bezugsrahmen:	
Kindergarten: seit: bis: Schule: seit: bis: Schule: seit: bis:	Schule: seit: bis: Verein: seit: bis: Verein: seit: bis:

Bisherige Maßnahmen:	
Involvierte Fachdienste:	Betreuungerschwernisse:
Medizinische Daten:	
Psychiatrische Diagnose/n: 1. Jahr d. Ersterkrankung: 2. Jahr d. Ersterkrankung: 3. Jahr d. Ersterkrankung: ☐ unbekannt Suchterkrankung: 1. Konsum seit: Abstinenz seit: 2. Konsum seit: Abstinenz seit:	Aktuelle Medikation: ☐ unbekannt Allgemeinmedizinische Diagnose/n: ☐ unbekannt Traumatische Lebenserfahrungen: ☐ unbekannt

Behandelnde/r Haus-/Kinderarzt/-ärztin:		Behandelnde/r Facharzt/-ärztin:	
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ In Behandlung seit: _____ Behandlung unterbrochen seit: _____		☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ In Behandlung seit: _____ Behandlung unterbrochen seit: _____	
Behandelnde/r Psychotherapeut/in:			
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____ E-Mail: _____		In Behandlung seit: _____ Behandlung unterbrochen seit: _____ Behandlung beendet seit: _____	
Bisherige psychiatrische Behandlungen:			
Stationäre Behandlungen: _____ _____ _____ _____ ☐ unbekannt		Teilstationäre Behandlungen: _____ _____ _____ _____ ☐ unbekannt	
Psychische Erkrankungen in der Familie:			
Familienangehörige/r: _____ _____ _____		Art der Erkrankung: _____ _____ _____	
Sonstige Daten / Bemerkungen:			
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		☐ Migrationshintergrund _____ _____ ☐ Kriminalität / Straffälligkeit _____ _____ _____	

Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, umso höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

Wenn noch keine Vertrauensbeziehung zu dem Klienten besteht, empfiehlt es sich, mit der 10. Frage zu beginnen.

1.	Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	ja		
2.	Häufig?	ja		
3.	Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	ja		
4.	Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	ja		
5.	Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	ja		
6.	Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Selbstmordabsicht gesprochen?	ja		
7.	Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	ja		
8.	Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	ja		
9.	Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	ja		
10.	Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als Ihre Probleme zu denken?	ja		
11.	Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?	ja		
12.	Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbys?			nein
13.	Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?			nein
14.	Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten?			nein
15.	Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?			nein
16.	Fühlen Sie sich einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?		nein	
Anzahl entsprechend beantworteter Fragen:				
Endzahl (max. 16):				

(vgl. Finzen, Asmus (1990). Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Leitlinien für den therapeutischen Alltag. 2. Auflage. Bonn.)