

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

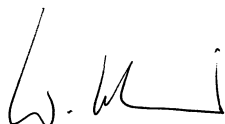
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Eine Untersuchung der Spitäler Obwalden, Zug und Basel



Quelle:<http://www.fotocommunity.de/pc/pc/display/24745908>

*Man darf das Schiff nicht an einen einzigen Anker und das Leben nicht
an eine einzige Hoffnung binden.*

Epiktet

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs VZ 2009-2012

Imgrüth Christoph, Vogler Fabienne & Weibel Julia

**Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen und jungen
Erwachsenen**

Eine Untersuchung der Spitäler Obwalden, Zug und Basel

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im August 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

In der vorliegenden Arbeit wurde die Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen in den Spitälern Obwalden, Zug und Basel untersucht. Die Arbeit behandelt ein Thema mit versorgungsrelevanter Fragestellung im medizinischen Kontext. Mittels Leitfadeninterviews wurde der Ist-Zustand erhoben. Ausgewählte Experten/Expertinnen aus der Psychiatrie/Psychologie, der somatischen Medizin und der Sozialarbeit stellten die Stichprobe dar. Es ist festzuhalten, dass diese Forschung in einem kleinen Rahmen stattgefunden hat, jedoch Basiswissen zur Krisenintervention generiert.

Die Arbeit hat zum Ziel, auf der Basis der Darstellung der Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen in den Krankenhäusern und den Erkenntnissen über die beteiligten Professionen, die Position der Sozialarbeit mit ihren Handlungsmöglichkeiten und -grenzen bei der Krisenintervention aufzuzeigen. Die Konzepte der Entwicklungsaufgaben, der Resilienz sowie ausgewählte Kriseninterventionsliteratur dienten als theoretische Grundlage sowie zur Einordnung und Bewertung der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der Forschung legen dar, dass die Sozialarbeit bis anhin eine eher untergeordnete, beigeordnete oder zudienende Rolle spielt, obwohl laut Gernot Sonneck (2000) eine suizidale Krise nie losgelöst von der sozialen Dimension zu verstehen ist (S.18). Es erstaunt dabei, dass die Interdisziplinarität in den untersuchten Spitälern wenig Beachtung findet.

Die Arbeit ist ein Plädoyer für die Thematisierung der Jugendsuizidalität, soll eine Sensibilisierung für die Professionalisierung der Krisenintervention sein und die Etablierung der Sozialarbeit in diesem Feld stärken.

Danksagung

Zum Gelingen dieser Arbeit dankt die Autorenschaft herzlich dem Kantonsspital Obwalden, der Psychiatrie Obwalden, dem Zuger Kantonsspital, den Ambulanten Psychiatrischen Diensten Zug und dem Universitätsspital Basel respektive der Kriseninterventionsstation für die professionelle Mitwirkung an der Forschung ohne die, die vorliegende Arbeit nicht zu Stande gekommen wäre.

Die Autorenschaft dankt zudem den Korrekturlesern/-leserinnen: Aschwanden Jolanda, Bircher Dora, Imgrüth Sybille und Marohn Frank. Ebenfalls gilt der Dank Weibel Jonas fürs Layout, Gschwind Kurt und Metzger Marius für die kompetenten Fachpools sowie der Firma Agima - Zitag für den kostenlosen Druck der Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	4
Danksagung	5
Inhaltsverzeichnis	6
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	9
1 Einleitung.....	10
1.1 Ausgangslage	10
1.2 Fragestellung	12
1.3 Berufsrelevanz.....	13
1.4 Motivation	13
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	14
2 Jugend	15
2.1 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz	15
2.2 Krisen in der Adoleszenz.....	17
2.2.1 Identitätsentwicklung.....	17
2.2.2 Die Bedeutung von zwischenmenschlichen Beziehungen	18
2.3 Schutz- und Risikofaktoren bei der Entwicklung von Suizidalität bei Jugendlichen	19
2.3.1 Suizidalität in der Adoleszenz.....	20
2.3.2 Der konkrete Versuch sich das Leben zu nehmen	21
3 Krisenintervention	23
3.1 Ziele und Arbeitsweise in einer Krisenintervention bei Suizidalität.....	23
3.1.1 Krisenverläufe.....	24
3.1.2 Ziel der Krisenintervention	25
3.1.3 Abschätzen der Suizidalität	26
3.1.4 Persönlichkeitsanforderungen an Professionelle.....	26
3.1.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Krisenintervention	27
3.2 Kriseninterventionsmodelle	28
3.2.1 Krisenintervention nach Manuel Rupp.....	28
3.2.2 Interventionskonzept BELLA.....	29
3.2.3 Gesprächsführung mit Suizidpatienten und Suizidpatientinnen	31

3.3 Krisenintervention im Spital.....	32
3.3.1 Klinische Sozialarbeit.....	32
3.3.2 Konsiliarpsychiatrie	34
4 Methodenbeschrieb.....	36
4.1 Stichprobe	36
4.1.1 Kantonsspital Obwalden.....	37
4.1.2 Kantonsspital Zug	38
4.1.3 Universitätsspital Basel	39
4.2 Erhebung der Daten	40
4.2.1 Erstellung des Leitfadens.....	41
4.2.2 Durchführung der Experteninterviews.....	41
4.3 Aufbereitung der Daten	41
4.3.1 Paraphrase.....	42
4.3.2 Überschriften.....	42
4.3.3 Thematischer Vergleich.....	42
4.3.4 Soziologische Konzeptualisierung	43
4.4 Auswertung der Daten	43
5 Ergebnisse	44
5.1 Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden.....	44
5.1.1 Krisenintervention.....	44
5.1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	48
5.1.3 Sozialarbeit in der Krisenintervention.....	48
5.1.4 Bedeutung von Jugendsuizid	49
5.1.5 Ausblick.....	49
5.2 Krisenintervention im Kantonsspital Zug	50
5.2.1 Krisenintervention.....	50
5.2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	54
5.2.3 Sozialarbeit in der Krisenintervention.....	55
5.2.4 Bedeutung von Jugendsuizid	55
5.2.5 Ausblick.....	56
5.3 Krisenintervention am Universitätsspital Basel	58
5.3.1 Krisenintervention.....	58

5.3.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	61
5.3.3 Sozialarbeit in der Krisenintervention	62
5.3.4 Bedeutung von Jugendsuizid	63
5.3.5 Ausblick.....	64
6 Diskussion der Ergebnisse	65
6.1 Schlussfolgerungen für die Spitäler.....	65
6.1.1 Schlussfolgerungen für das Kantonsspital Obwalden	65
6.1.2 Schlussfolgerungen für das Kantonsspital Zug	69
6.1.3 Schlussfolgerungen für das Universitätsspital Basel	72
6.2 Einordnung der Kriseninterventionsabläufe in die Kriseninterventionstheorie	75
6.2.1 Kantonsspital Obwalden.....	75
6.2.2 Zuger Kantonsspital.....	77
6.2.3 Universitätsspital Basel	78
6.2.4 Resümee	79
6.3 Fazit der Erkenntnisse	80
7 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit	82
7.1 Fazit der Erkenntnisse für die Sozialarbeit	82
7.2 Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit.....	84
7.3 Persönliche Stellungnahme	87
7.4 Ausblick	88
8 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	90
Anhang.....	93
Vorlage Leitfadenterviews	93

Die Arbeit wurde von den drei Autoren und Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl Suizide nach Altersgruppe, Schweiz, Jahr 2008	10
Abbildung 2: Organigramm Kantonsspital Obwalden.....	37
Abbildung 3: Organigramm Zuger Kantonsspital	38
Abbildung 4: Organigramm Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	39
Abbildung 5: Organigramm Erwachsenen-Psychiatrische Klinik.....	40
Abbildung 6: Psychiatrische Triage in der Krisenintervention, Obwalden	45
Abbildung 7: Krisenintervention Kantonsspital Obwalden	47
Abbildung 8: Krisenintervention Zuger Kantonsspital.....	54
Abbildung 9: Krisenintervention Universitätsspital Basel	61
Abbildung 10: Empfehlungen für das Kantonsspital Obwalden.....	68
Abbildung 11: Empfehlungen für das Zuger Kantonsspital	71
Abbildung 12: Empfehlungen für das Universitätsspital Basel	75
Abbildung 13: Funktion & Aufgaben der sozialarbeiterischen Beratung.....	84
Abbildung 14: Arbeitsfelder und Berufsfelder Sozialer Arbeit.....	86
Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	16
Tabelle 2: Risikofaktoren für suizidales Verhalten in der Adoleszenz.....	21
Tabelle 3: Alarmzeichen	22
Tabelle 4: Interventionskonzept BELLA.....	30
Tabelle 5: beziehungsfördernde Grundhaltung	31
Tabelle 6: Intervention bei suizidalen Krisen	32
Tabelle 7: Arbeitsfelder der klinischen Sozialarbeit.....	33

1 Einleitung

Jugendsuizidalität - ein Wort, das eine ungute Empfindung, ein mulmiges Gefühl auslöst, irgendwie beängstigend, irgendwie beunruhigend. In der Schweiz nimmt sich laut Pro Juventute (2011) jeden vierten Tag ein Jugendlicher/eine Jugendliche das Leben. Suizid ist bei Jugendlichen die zweit häufigste Todesursache. Eine vernichtende Zahl, noch viel höher ist die Zahl der Suizidversuche. Diese wird auf jährlich 10'000 geschätzt, wobei hier eine hohe Dunkelziffer zu vermuten ist. In der Schweiz sterben jährlich mehr als doppelt so viele Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle. Bei diesen Zahlen lässt sich annehmen, dass dem Thema eine grosse Aufmerksamkeit gewidmet wird, dass Schulen sich rüsten, dass Eltern agieren, dass Präventionsmassnahmen aus dem Boden schiessen etc. Leider ist dies nicht der Fall, Suizid ist nach wie vor ein grosses Tabuthema, trotz diesen alarmierenden Zahlen.

Untenstehende Statistik zeigt die Anzahl Suizide nach Altersgruppen auf.

Jahr Altersgruppe	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0 Jahre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 – 4 Jahre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 – 9 Jahre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 – 14 Jahre	5	4	5	4	1	6	1	2	5	4	1
15 – 19 Jahre	34	38	35	47	28	36	29	29	37	39	37
20 – 24 Jahre	81	68	64	68	77	64	56	63	50	71	56

Abbildung 1: Anzahl Suizide nach Altersgruppe, Schweiz, Jahr 2008

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Todesursachenstatistik.

In der Abbildung wird ersichtlich, dass die Anzahl Suizide ab dem 14. Lebensjahr stark zunimmt. Das lässt annehmen, dass die Zahl der Suizidversuche in dieser Altersspanne ebenfalls hoch ausfällt.

Die Autorenschaft bezieht sich in dieser Forschungsarbeit auf Jugendliche/junge Erwachsene in einer Altersspanne zwischen 13 – 25 Jahren. Es wird bewusst keine Definition von Jugendlichen/jungen Erwachsenen verwendet, da die Altersspanne aufgrund der Stichprobe so gewählt werden musste. Die Begriffe Jugend, junges Erwachsenenalter und Adoleszenz werden im Folgenden sinngemäss für die genannte Altersspanne verwendet.

1.1 Ausgangslage

Durch eine grosse Vorrecherche hat sich ergeben, dass bezüglich der Krisenintervention in Spitälern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Suizidversuch wenig empirische Daten vorhanden sind.

Wolflast Gabriele (2005) befasste sich mit den ethischen und rechtlichen Herausforderungen im klinischen Alltag bezüglich Suizid und Suizidversuchen. Eine weitere wissenschaftliche Arbeit liegt von Hans Wedler von 1984 vor. Diese nimmt den Suizidpatienten/die Suizidpatientin im Krankenhaus in den Fokus. In Anbetracht der vergangenen Jahre und dem damit verbundenen gesellschaftlichen Wandel, bietet diese Arbeit zwar wichtiges Wissen, jedoch orientiert sie sich an deutschen Rahmenbedingungen und ist somit nicht an Schweizer Verhältnisse angepasst. Die Daten sind mittlerweile knapp 30 Jahre alt und konzentrieren sich nicht spezifisch auf Jugendliche.

Jugendliche und junge Erwachsene, die einen Suizidversuch unternommen haben, werden in den regionalen Spitälern durch unterschiedliches Fachpersonal betreut. Dabei können Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Psychiater/Psychiaterinnen sowie das Pflegepersonal und Sozialarbeitende beteiligt sein. Diese haben den Auftrag, sich um das Wohlergehen des/der Jugendlichen zu kümmern, sowie nachhaltige Folgemaßnahmen sicherzustellen.

Bei jährlich ungefähr 10`000 Suizidversuchen in der Schweiz scheint die Betreuung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Spital von immenser Bedeutung zu sein. Während den ersten 48 Stunden nach einem Suizidversuch sind Jugendliche und junge Erwachsene am zugänglichsten. Dies unterstreicht die Tatsache, dass Akteure/Akteurinnen im Spital als Weichensteller für die Zukunft der Jugendlichen und jungen Erwachsenen fungieren. Die deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und die deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (1999) merken in diesem Kontext an:

Die Form der weitergehenden Untersuchung, Behandlung und Nachsorge richtet sich nach den spezifischen Gegebenheiten und Möglichkeiten des jeweiligen Krankenhauses. Es soll vermieden werden, dass Krisenpatienten und ihre signifikanten Bezugspersonen wie im Verschiebeparkplatz behandelt werden. Es soll andererseits die Chance der akuten oder ausklingenden Krise zur schnellen Intervention und Krisenbewältigung benutzt werden. (Krisenintervention am Allgemeinkrankenhaus, ¶1, 09.04.2012)

Allgemein lässt sich eine Vielzahl an Literatur finden, die sich mit der Suizidprävention beschäftigt. Es wird dargelegt, dass Suizidprävention an Schulen besser gefördert und umgesetzt werden soll. Dabei sollen Risikofaktoren, die einen Suizidversuch begünstigen, gemindert und Schutzfaktoren gefördert werden. Querschnittsuntersuchungen legen ebenso dar, dass eine Grosszahl an Patienten/Patientinnen, welche bereits einmal einen Suizidversuch unternommen haben, im Anschluss an stationäre Aufenthalte oder ambulante Nachbetreuungen eine höhere Gefährdung aufweisen, einen weiteren Suizidversuch zu unternehmen. So beschreibt Gernot Sonneck (2000):

Sehen wir von Extremwerten bei einigen Untersuchungen ab, so bestätigt die Mehrzahl, dass etwa 10 Jahre nach dem Suizidversuch 5 - 10 % an Suizid verstorben sind, also etwa 1% pro Jahr, wobei unmittelbar nach dem Suizidversuch dieser Prozentsatz höher anzusetzen ist, später etwas niedriger, jedoch konstant weitergeht. (S. 152)

Dieser Fakt unterstreicht auch Andreas Dick (2002), indem er darlegt, dass Jugendliche, die in ihrem Leben bereits einmal einen Suizidversuch begangen haben, ein deutlich erhöhtes Risiko für weitere Suizidversuche aufweisen (S.331). Umso wichtiger erscheint es, die Krisenintervention in Spitälern der Schweiz mittels einer Forschung zu untersuchen und Wissen über die Abläufe in der Krisenintervention zu generieren.

Deshalb wird in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, wie die Krisenintervention in drei ausgewählten Spitälern der Schweiz aussieht und welche Professionen daran beteiligt sind. Die Autorenschaft

möchte aufzeigen, wie die Krisenintervention in den untersuchten Spitälern verbessert werden könnte und möchte insbesondere die Rolle der Sozialarbeit darin beleuchten.

1.2 Fragestellung

Diese Arbeit hat das Ziel, die Position der Sozialarbeit mit ihren Handlungsmöglichkeiten und -grenzen bei der Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufzuzeigen. Basis dazu bilden die Darstellung der Krisenintervention in Krankenhäusern sowie die Erkenntnisse über die beteiligten Professionen. Folgende Fragestellungen haben sich dabei ergeben und sind für diese Arbeit wegleitend:

Beschreibungs- und Erklärungswissen

- Welche Entwicklungsaufgaben stellen sich im Jugendalter und welche Krisen können auftreten?
- Welche Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen die Suizidalität von Jugendlichen?

Diese Fragen werden im Kapitel 2 - Jugend beantwortet und generieren hauptsächlich Erklärungswissen. Die Erläuterungen zu den Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz ergänzen das Kapitel mit Beschreibungswissen.

Beschreibungs- und Handlungswissen

- Was ist Krisenintervention und welche Kriseninterventionsmodelle gibt es?
- Wie definiert sich die klinische Sozialarbeit und die Konsiliarpsychiatrie und wie grenzen sie sich voneinander ab?

Bei diesen Fragen, welche im Kapitel 3 - Krisenintervention erläutert werden, wird einerseits Handlungswissen bezüglich Krisenintervention und andererseits Beschreibungswissen durch die Ausführungen zu der klinischen Sozialarbeit und der Konsiliarpsychiatrie generiert.

Handlungswissen (Forschungsfragen)

- Wie intervenieren professionelle Akteure/Akteurinnen nach einem Suizidversuch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Krankenhaus?
- Welche Schlussfolgerungen, Handlungspotentiale und -grenzen lassen sich aufgrund der Ist-Situation der Krisenintervention für die Sozialarbeit im Umgang mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Suizidversuch ableiten?

Die Forschungsfragen dienen dazu, die Wissenslücke zu schliessen und werden im Kapitel 5 - Ergebnisse, Kapitel 6 - Diskussion der Ergebnisse und Kapitel 7 - Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit beantwortet. Das genaue Vorgehen zu der Erhebung der Daten wird im Kapitel 4 - Methodenbeschrieb dargestellt.

Bewertungswissen

- Wie können die untersuchten Kriseninterventionsabläufe in die Kriseninterventionstheorien eingeordnet werden?
- Wie sind die untersuchten Kriseninterventionsabläufe im Kontext des Professionsverständnisses der Sozialen Arbeit zu bewerten?

Die Ergebnisse der Forschung werden im Kapitel 6 - Diskussion der Ergebnisse und im Kapitel 7 - Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit bewertet.

1.3 Berufsrelevanz

"Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben" (Avenir Social, 2010, S.8). So kann nahegelegt werden, dass die Soziale Arbeit nicht einfach wegschauen darf, wenn das Wohlbefinden eines Menschen gefährdet ist. Die Soziale Arbeit ist dazu da, Menschen zu befähigen, dass das Wohlbefinden wieder erreicht werden kann. Sei dies durch Beratungen oder Angliederungen an soziale Projekte oder Fachstellen. Es ist ihre Aufgabe, das Wohlbefinden der Menschen zu fördern und die Menschen wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

Nicht zuletzt möchte die Autorenschaft einen kleinen Beitrag für die Positionierung der Sozialen Arbeit im Spital leisten. Sie möchte Professionswissen generieren und sich für die Professionalisierung der Disziplin Soziale Arbeit stark machen. Dies mit dem Ziel, dass die Krisenintervention in den Spitälern besser beleuchtet wird, dass die agierenden Professionen sowie ihre Handlungsfelder aufgezeigt werden und dass Optimierungsmöglichkeiten der Krisenintervention im Bereich der Sozialen Arbeit benannt werden.

Die vorliegende Arbeit richtet sich in erster Linie an die untersuchten Spitäler und an deren Akteure/Akteurinnen. Des Weiteren wendet sich die Arbeit grundsätzlich an Schweizer Spitäler und an die Professionellen der Sozialen Arbeit. Zudem ist es wünschenswert, wenn die breite Bevölkerung mit der Arbeit im Sinne einer Sensibilisierung für das Thema Jugendsuizidalität erreicht werden könnte.

1.4 Motivation

Es ist erschreckend, dass eine Vielzahl Jugendlicher und junger Erwachsener ihrem Leben frühzeitig ein Ende bereiten (wollen). Dies obwohl in der Schweiz zahlreiche Hilfs- und Unterstützungsangebote, wie beispielsweise die Jugend- und Familienberatung, die Schulsozialarbeit sowie die Jugendarbeit, bestehen. Diese können von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Krisenzeiten genutzt werden. Dass es trotzdem immer wieder dazu führt, dass Jugendliche und junge Erwachsene Suizid begehen und keinen Ausweg in ihrer Krisenzeit sehen, ist für die Autorenschaft eine erschreckende Erkenntnis.

Die Autorenschaft möchte mit dieser Arbeit das Tabu Thema Suizid ansprechen und aufzeigen, dass Suizid zum alltäglichen Leben dazugehört und dabei darlegen, welche Krisen Jugendliche und junge Erwachsene zu einer Suizidhandlung treiben können. Praktisch jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens von Suizid oder von Suizidversuchen betroffen sein. Sei dies in der Familie, im Freundeskreis oder bei der Arbeit. Die Autorenschaft ist insbesondere davon betroffen, dass sie selbst noch im jungen Erwachsenenalter ist.

Obwohl schon einige präventive Ansätze vorhanden sind, die darauf abzielen, dass es gar nicht erst zu einer Suizidhandlung kommt, scheint es der Autorenschaft wichtig, das Handlungsfeld der Krisen-

intervention in einem Spital zu beleuchten. Die Zeit unmittelbar nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus, weist eine hohe Gefährdung auf, einen weiteren Suizidversuch zu unternehmen.

In Anbetracht der hohen Dunkelziffer an Suizidversuchen, liegt der Fokus der Arbeit auf dem Suizidversuch und auf dem Interventionsort Krankenhaus. Der Autorenschaft ist es wichtig, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mehr Gehör zu verschaffen. Es erscheint der Autorenschaft bedrückend, dass viele Jugendliche und junge Erwachsene in einer hoch entwickelten Zeit mit ihrer Lebenssituation so unzufrieden sind, dass der Tod als einzige Lösung gewählt wird. Die Autorenschaft erachtet das Spital als ein Handlungsfeld, bei dem Jugendliche und junge Erwachsene Hilfsangebote erhalten sollten, welche ihren Lebenswillen positiv beeinflussen können.

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit behandelt das Thema Jugend. Es wird verdeutlicht, welche Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz bewältigt werden müssen und welche Probleme und Krisen zu einer Suizidhandlung führen können. Ebenfalls werden in diesem Zusammenhang die Risiko- und Schutzfaktoren erörtert, die Einfluss auf die suizidale Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben.

Weiter wird beschrieben, was mit dem Begriff Krisenintervention gemeint ist und es werden ausgewählte Kriseninterventionsmodelle vorgestellt. Überdies wird in diesem Kapitel die klinische Sozialarbeit und die Konsiliarpsychiatrie genauer betrachtet.

Im Kapitel 4 folgt der Methodenbeschrieb, in welchem der systematische Ablauf der Forschung erklärt wird. Ziel ist es, dass der Ablauf von der Fragestellung bis hin zur Fertigstellung des Leitfadens ersichtlich wird. Darauffolgend werden im Kapitel 5 die Ergebnisse der einzelnen, untersuchten Spitäler erläutert. Diese beruhen auf den Leitfadeninterviews und werden anhand der erhobenen Daten beschrieben. Weiter folgen die Schlussfolgerungen der einzelnen Kriseninterventionen in den jeweiligen Spitälern. Dabei werden förderliche und hinderliche Aspekte der Krisenintervention aufgezeigt und die Schlussfolgerungen jeweils mit einer Empfehlung beendet. Zum Ende folgen Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit und die Spitalsozialarbeit. Dabei wird beschrieben, inwiefern sich die Sozialarbeit in der Krisenintervention behaupten soll und was für Ressourcen und Möglichkeiten sie vermehrt ausschöpfen sollte.

2 Jugend

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, was Jugendliche/junge Erwachsene zu einem Suizidversuch führt, wie Entwicklungsaufgaben, Risiko- und Schutzfaktoren für Suizidalität im Zusammenhang stehen und welche Krisen in der Adoleszenz entstehen können. Da dies aber nicht das zentrale Thema dieser Forschungsarbeit ist, dient dieses Kapitel lediglich als Basis. Eine Vertiefung ist aufgrund des umfangreichen Themas nicht möglich.

Laut Rolf Oerter und Eva Dreher (2008) stellt die Adoleszenz die Übergangszeit zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter dar. Diese Zwischenposition, nicht mehr Kind, aber auch noch nicht erwachsen zu sein, bringt viele Veränderungen auf verschiedenen Ebenen mit sich. Freiheiten und Verhaltensformen der Kindheit müssen zu Lasten von Aufgaben, Rollen und Zukunftsperspektiven des künftigen Erwachsenenalters aufgegeben werden (S.271).

Laut Robert J. Havighurst (1930) ist das ganze Leben ein einziger Lernprozess. Havighurst war einer der ersten, der das Konzept der Entwicklungsaufgaben erarbeitete. Für ihn stellen Entwicklungsaufgaben sogenannte Lernaufgaben dar, die während der gesamten Lebensdauer erfüllt werden sollten und zum Erwerb von Fähigkeiten und Kompetenzen führen (zit. in Rolf Oerter & Leo Montada, 2008, S.303). Kitty Cassée (2010) fügt an, dass gewisse Entwicklungsaufgaben den Sozialisationsprozess massgebend beeinflussen. Sie meint damit, dass insbesondere Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter bewältigt werden müssen. Nur so kann von einer gelungenen Sozialisation gesprochen werden (S.40).

Es ist also von Bedeutung den Fokus zuerst auf die spezifischen Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz zu legen, um zu begreifen, welchen Veränderungen Jugendliche gegenüberstehen. Mit dem Fokus darauf, wie Suizidalität im Jugendalter erklärt werden kann, wird der Frage nachgegangen, inwieweit Entwicklungsaufgaben und deren (Nicht-) Bewältigung damit zusammenhängen.

2.1 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz

Die Adoleszenz wird gemäss Oerter und Dreher (2008) als die Phase des grossen Wandels beschrieben. Jugendliche sind grossen emotionalen Schwankungen ausgesetzt. Der Lebensstil geht von einem Extrem ins andere. Dabei werden sie von positiven und negativen Gemütsbewegungen begleitet, wobei insbesondere negative Emotionen häufiger und intensiver vorkommen als in anderen Entwicklungsstadien (S.314).

Havighurst (1956) definiert Entwicklungsaufgaben folgendermassen:

Eine Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe, die in oder zumindest ungefähr zu einem bestimmten Lebensabschnitt des Individuums entsteht, deren erfolgreiche Bewältigung zu dessen Glück und Erfolg bei späteren Aufgaben führt, während ein Misslingen zu Unglücklichsein, zu Missbilligung durch die Gesellschaft und zu Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben führt. (zit. in August Flammer & Françoise D. Alsaker, 2002, S.56)

Flammer und Alsaker (2002) sagen, dass Entwicklungsaufgaben immer Herausforderungen darstellen, die es zu bewältigen gilt (S.63). Entwicklungsaufgaben und deren Bewältigung wird also eine grosse Bedeutung zugeschrieben. Sie sind prägend für den weiteren Lebensverlauf. Dreher und Dreher (1996) haben die Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen in verschiedene Kategorien eingeteilt und spezifische Aufgaben dazu formuliert, welche in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden:

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	
Peer	- Einen Freundeskreis aufbauen - Beziehungen zu Gleichaltrigen eingehen
Körper	- Akzeptieren der körperlichen Veränderungen und der eigenen körperlichen Erscheinung
Rolle	- Individuelle Gestaltung der männlichen/weiblichen Geschlechterrolle - Umgang mit Autoritätspersonen
Beziehung	- Intime Beziehungen aufnehmen - Sexualität
Ablösung	- Sich von den Eltern ablösen - Gestaltung der freien Zeit
Beruf	- Bewältigung der schulischen Anforderungen - Berufswahl/Berufsausbildung
Partnerschaft bzw. Familie	- Vorstellungen entwickeln, wie man die eigene zukünftige Familie bzw. Partnerschaft gestalten möchte
Selbst	- Eine eigene Identität entwickeln
Werte	- Ein eigenes Wertesystem aufbauen: sich darüber klar werden, welche Werte man vertritt und an welchen Prinzipien man das eigene Handeln ausrichten will
Zukunft	- Eine Zukunftsperspektive entwickeln

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben im Jugendalter

(Quelle: Dreher & Dreher (1996) zit. in Oerter & Dreher 2008, S.279)

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, nehmen insbesondere zwischenmenschliche Beziehungen eine wichtige Komponente ein. Dies zeigt sich darin, dass unter Gleichaltrigen Peer-Gruppen entstehen oder eine erste Liebesbeziehung aufgenommen wird.

Leo Montada (2008) erwähnt einerseits die in der Tabelle genannten Entwicklungsaufgaben, die bewältigt werden müssen und andererseits die kritischen, unvorhersehbaren Lebensereignisse, die Einfluss auf die Entwicklung nehmen können. Sofern die betroffene Person nicht in der Lage ist, dieses Ereignis zu verarbeiten, kann dies eine Krise verursachen (S.36). Montada (2008) spricht von einer Krise, „wenn eine Person durch einen Verlust oder ein Problem emotional belastet, aber nicht in der Lage ist, eine angemessene Lösung zu entwickeln oder sich an die veränderte Situation anzupassen“ (S.36).

Jugendliche können somit doppelt gefordert sein. Einerseits haben sie sich mit den altersspezifischen Entwicklungsaufgaben auseinanderzusetzen und andererseits können kritische Lebensereignisse dazu führen, dass diese Phase zusätzlich erschwert wird, da man diese Krise nicht meistern kann. Wie in der Tabelle ersichtlich ist, sind Jugendliche vielen Veränderungen ausgesetzt. Sie müssen sich von zu Hause ablösen und lernen, mit beiden Beinen im Leben zu stehen. Kommt hier nun noch ein Ereignis hinzu, das schwer zu verarbeiten ist, wird der Jugendliche/die Jugendliche stark gefordert.

Gemäss Montada kann aus eben genannten Situationen eine Krise entstehen, welche im Folgenden beschrieben werden.

2.2 Krisen in der Adoleszenz

Erik H. Erikson (1973) fasst zusammen, dass es in der Jugend vor allem darum geht, dass junge Menschen sich eine eigene Identität aneignen. Jugendliche müssen Neues in ein konsistentes Selbstbild integrieren und zugleich erste Entscheidungen für den späteren Werdegang einleiten (S.37). Gelingt dies Jugendlichen nicht, führt dies zu einer Rollendiffusion, die gemäss Erikson (1973) „durch Unverträglichkeiten und Unausgewogenheiten zwischen Haltungen und Werten, zwischen Aspirationen und Möglichkeiten, durch Instabilität von Zielen, gelegentlich zu ideologischer Einseitigkeit, häufiger zu oberflächlichen und unstabilen Engagements und nicht selten zu abweichendem Verhalten wie Drogengebrauch und Delinquenz führt“ (zit. in Oerter & Montada, 2008, S.37).

Kann der Jugendliche Entwicklungsaufgaben nicht oder nur ungenügend lösen, so kann dies zu oben genanntem Verhalten führen. Kommt nun zum Misslingen der Entwicklungsaufgaben noch ein kritisches Lebensereignis hinzu, befindet sich die betroffene Person in einem sehr instabilen Zustand; in einer Krise.

Montada (2008) relativiert hier, dass sich kritische Lebensereignisse nicht zwingend schlecht auf die Entwicklung auswirken müssen. Als Beispiele für solche Ereignisse nennt er die Geburt eines Geschwisters, den Tod eines Angehörigen, die Scheidung der Eltern oder einen Orts- und Schulwechsel. Es sind Schicksalsschläge im Lebenslauf, die im Nachhinein oft als Wendepunkte bezeichnet werden. Sie können zu Problemen, sozialen Konflikten oder belastenden Emotionen führen, aber genauso auch einen positiven Verlauf nehmen, wenn sie gemeistert werden (S.39). Flammer und Alsaker (2002) fügen an, dass die Forschung gezeigt hat, dass es nicht zwingend kritische Lebensereignisse sind, die die Entwicklung ungünstig beeinflussen, sondern dass viel mehr die Kumulation vieler verschiedener negativer Faktoren und chronischen Belastungen das Wohlbefinden und den Selbstwert von Jugendlichen senken (S.63).

Während der Adoleszenz ist der junge Mensch ständig der Notwendigkeit ausgesetzt, selbstständiger und eigenverantwortlicher zu werden. Er muss sich selbst aus den bisherigen Abhängigkeiten lösen und sich immerfort neu orientieren.

2.2.1 Identitätsentwicklung

Erikson (1973) beschreibt den erfolgreichen Umgang mit Entwicklungskrisen oder kritischen Lebensereignissen als den Aufbau von Selbstkonsistenz. Er sagt: „Man weiss, wer man ist und worin über Zeit, Situationen und soziale Kontexte hinweg die Einheitlichkeit und Unverwechselbarkeit der eigenen Person (Individualität) begründet ist“ (zit. in Oerter & Dreher, 2008, S.277 – 278). Dieses hier beschriebene Identifikationsverhalten ist sehr wichtig, denn nur so kommen junge Menschen zu ihren eigenen Werten, Zielen und gesellschaftlich bedeutsamer Rollen (zit. in Oerter & Dreher, 2008, S.277-278).

Oerter und Dreher (2008) definieren diese Individualität beziehungsweise Identität als einzigartige Persönlichkeitsstruktur, sowie als den Eindruck, den die Aussenwelt von dieser Person hat. Spezifisch für die Jugend kommt hier noch eine dritte, wichtige Komponente hinzu, nämlich das eigene Selbstbild, also das persönliche Verständnis dafür, wer man ist oder sein möchte (S.303). Gerade Mädchen

in der Adoleszenz, so erläutern Oerter und Dreher (2008), haben mit dem eigenen Selbstbild oftmals Mühe. Sie sind unzufrieden mit dem eigenen Körper und dem Aussehen und fühlen sich nicht wohl, so wie sie sind. Dies drückt sich durch starke Emotionen bis hin zu depressiven Gefühlen aus (S.314).

Weiter hat sich laut Rolf Göppel (2007) die heutige Generation der Jugendlichen dahingehend verändert, dass Markenkleidung, teure Turnschuhe, trendige Schultaschen und der Besitz diverser elektronischer Geräte zur Standardausrüstung gehören müssen. Wird diesen Trends nicht Folge geleistet, besteht die Gefahr einer Ausgrenzung durch das Umfeld. Diese Entwicklung erhöht den Druck auf die Jugendlichen. Wie bereits erwähnt, setzen sie sich in der Adoleszenz stark mit ihrem eigenen Körper und dem Aussehen auseinander, was das Selbstbild negativ beeinflussen kann. Dazu kommen auch noch die optischen Anforderungen von aussen, die Trends, welche bestimmen, was cool ist und was eben nicht. Kann dem nicht gefolgt werden, kann dies äusserst deprimierend für die betroffene Person sein (S.179).

Kurt Lewin (1963) beschreibt weiter, dass Krisen im Jugendalter nicht nur mit der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Aussehen zusammenhängen. Jugendliche sind, wie bereits erwähnt, nicht mehr Kinder, aber auch noch keine Erwachsenen. Lewin (1963) beschreibt die Stellung von jungen Menschen ähnlich wie die der Randgruppenpersonen. Er spricht dabei von *Marginalpersonen*. Der entscheidende Punkt für ihn ist, ob Jugendliche sich als Marginalperson wahrnehmen oder nicht. Falls sie sich als Randgruppenperson fühlen, kann dies zu Einsamkeit und einem Gefühl des nicht ernst-genommen-werden führen, was bei Jugendlichen zu Gedanken führen kann, dass sie nicht wichtig seien (zit. in Oerter & Dreher, 2008, S.317).

2.2.2 Die Bedeutung von zwischenmenschlichen Beziehungen

Gemäss Oerter und Dreher (2008) können Cliques über diese Gefühle hinweg helfen. Gleichgesinnte schliessen sich zusammen, woraus wichtige Freundschaften entstehen können. Soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen sind in der Jugend unter anderem deshalb von grosser Bedeutung. Es gibt aber auch Jugendliche, die weder einer Peergruppe angehören, noch feste Freunde haben (S.321). Oerter und Dreher (2008) beschreiben, dass solche Jugendliche oft ein sehr geringes Selbstwertgefühl haben. Weiter sagen sie: „Freundschaften dienen immer stärker als Medium des Sichanvertrauens. Die wechselseitige Rückmeldung von Verständnis, Vertrauen und Verlässlichkeit stabilisiert zudem die Identität, sodass Freundschaften aus dieser Perspektive nahezu unentbehrlich für eine gesunde Entwicklung im Jugendalter erscheinen“ (S.326).

Aber nicht nur soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen sind wichtig, sondern auch das familiäre Klima in dem man aufwächst. Laut Göppel (2007) ist für das subjektive Wohlergehen von Jugendlichen unter anderem auch die Qualität der familiären Beziehungen ausschlaggebend. Gegenseitiger Respekt, Wohlwollen, Vertrauen und Aufmerksamkeit unter Familienmitgliedern sind zentrale Faktoren, damit Jugendliche sich wohl und verstanden fühlen. Gerade in der Adoleszenz fühlen sich Eltern rasch überfordert und Jugendliche nicht verstanden, deshalb ist es umso wichtiger, dass innerhalb der Familie eine gute, positive Atmosphäre herrscht (S.178).

2.3 Schutz- und Risikofaktoren bei der Entwicklung von Suizidalität bei Jugendlichen

Im Weiteren wird der Fokus nun darauf gelegt, welche Risikofaktoren im Leben eines jungen Menschen bestehen, der sich das Leben zu nehmen versucht. Weiss man um die Risikofaktoren, so kennt man auch die Schutzfaktoren. Dies bedeutet, dass das Nichtvorhandensein eines potentiellen Risikofaktors, welcher die Möglichkeit von Suizidalität erhöht, gleichzeitig ein Schutzfaktor darstellt. Risikoerhöhende und -mildernde Bedingungen für die Bildung von Suizidgedanken können je nach Person- und Kontextmerkmalen ganz unterschiedlich sein. Bei jedem Suizidversuch muss also individuell darauf geachtet werden, was der Auslöser war und was die Gründe für diese Handlung waren.

Jessor, Turbin und Costa (1999) definieren Risikofaktoren folgendermassen: „Risikofaktoren sind Bedingungen oder Variablen, die die Wahrscheinlichkeit positiver oder sozial erwünschter Verhaltensweisen senken oder mit einer höheren Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen einhergehen“ (zit. in Corina Wustmann, 2011, S.36). Im Rahmen der Sozialisation sind Risikofaktoren also Einflüsse, die die gesunde Entwicklung in der Adoleszenz gefährden können. Corina Wustmann (2011) beschreibt, dass während der Kindheit psychosoziale Faktoren wie Konflikte oder Gewalt in der Familie grundlegende Risikofaktoren darstellen, während in der Jugend eher Risiken in der Schule, mit der Clique und Gewalterfahrungen an Bedeutung gewinnen (S.37). Weiter sagt Wustmann (2011), dass vor allem die Dauer, in welcher ein Jugendlicher/eine Jugendliche Risikofaktoren ausgesetzt ist, von zentraler Bedeutung ist. Es geht um die Chronizität, also die langanhaltende Belastung. Besonders langandauernde und stets wiederkehrende schädigende Einflüsse können zu persönlichen Veränderungen im biopsychosozialen Wohlbefinden führen (S.43).

Ob und wie sehr solche negativen Einflüsse die Person schädigen können, hängt gemäss Wustmann (2011) von der Vulnerabilität und der Resilienz der betreffenden Person ab (S.22). Vulnerabilität ist gemäss Fingerle (2000): „die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äusseren (ungünstigen) Einflussfaktoren“ (zit. in Wustmann, 2011, S.22). Resilienz ist das Gegenstück zur Vulnerabilität und meint gemäss Wustmann (2011):

Eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Als resilient können nur die Kinder angesehen werden, die sich trotz massiver Beeinträchtigung erstaunlich positiv entwickeln, im Vergleich zu denjenigen Kindern, die unter gleichen Bedingungen – d.h. gleicher starker Risikobelastung – psychische Beeinträchtigungen aufweisen. (S.18)

Die Resilienz und die Vulnerabilität kann erklären, warum sich einige Jugendliche in derselben Lage versuchen das Leben zu nehmen und andere wiederum nicht. Die Resilienz ist von sogenannten Schutzfaktoren beeinflusst, welche gemäss Wustmann (2011) risikomildernde Bedingungen darstellen. Risikomildernde Faktoren sind einerseits alle persönlichen Eigenschaften, die ein Jugendlicher mitbringt und andererseits das soziale Umfeld, in dem er aufwächst (S.46). Hierbei zeigt sich wieder die zentrale Bedeutung des sozialen Umfeldes für junge Erwachsene. Zudem spielt auch das eigene Selbstbild eine wichtige Rolle. Genau dies kann im Jugendalter zu grossen Problemen führen. In der Adoleszenz verändert sich der Selbstwert, die Identität entwickelt sich und Jugendliche sind unsicher,

wenn es um ihre persönlichen Eigenschaften geht. Es gibt also Risiko- und Schutzfaktoren, welche die Suizidalität von Jugendlichen fördern oder eben verhindern können. Das Vorhandensein dieser Faktoren hängt wiederum damit zusammen, wie vulnerabel oder resilient der junge Mensch ist. Einerseits können also viele Risikofaktoren vorhanden sein und trotzdem zeigen Jugendliche keine suizidale Entwicklung. Andererseits jedoch können viele Schutzfaktoren vorhanden sein und trotzdem versuchen sich Jugendliche das Leben zu nehmen.

2.3.1 Suizidalität in der Adoleszenz

Laut Andreas Dick (2002) ist ein Suizidversuch eine Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen. Während der Adoleszenz seien viele Suizidversuche nicht zwingend durch einen Wunsch zu sterben begründet, sondern eher durch das Bedürfnis, dem Umfeld die persönliche Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Wut mitzuteilen (S.326). Gemäss Heike Knebel und Nathalie Klüver (2010) haben Jugendliche nicht die Möglichkeit einfach alles "hinzuschmeissen und zu verduften". Sie können nicht einfach kündigen, wenn ihnen die Umgebung, ihre Aufgaben nicht passen. Sie können in der Schule nicht einfach fern bleiben, wenn ihnen die Lehrperson nicht passt oder sie gemobbt werden. Sie können nicht die Familie oder den Wohnort wechseln. Sie sind durch vieles an die Eltern und an ihre Umgebung gebunden und sind dazu gezwungen, die obligatorische Schulzeit zu absolvieren. Dieser Druck und das Wissen darum, dass man nicht einfach entfliehen kann, bringt viel Ausweglosigkeit mit sich. Ein Suizidversuch kann "erlösen". Dem Versuch sich das Leben zu nehmen, gehen immer durchlebte Krisen voraus, die für die Jugendlichen so bedrohlich wurden, dass sie keinen anderen Ausweg mehr gesehen haben (S.20).

Gemäss Dick (2000) haben sich qualitativ schlechte Familienbeziehungen mit emotionaler Vernachlässigung, ebenso physischer wie auch sexueller Missbrauch als Hauptrisikofaktoren für suizidales Verhalten gezeigt. Andere Studien haben aufgezeigt, dass fehlende elterliche Liebe und Unterstützung, das Suizidrisiko eines Jugendlichen erhöhen. Problematisch kann auch sein, wenn ein Elternteil eine affektive Störung, Alkoholsucht oder selbst suizidale Neigungen aufweist (S.329). Weiter nennt Dick (2000) die soziale Isolation als grossen Risikofaktor. Gerade in der Adoleszenz, wo Beziehungen zu Gleichaltrigen und Freunden für die Entwicklung sozialer Kompetenzen und für einen gesunden Selbstwert entscheidend sind, kann sich soziale Isolation äusserst schädlich auswirken (S.330). Der wohl grösste Risikofaktor ist gemäss Dick (2000) die Depression. Allerdings reichen Störungen des Gefühlslebens alleine nicht aus, um Suizidversuche von jungen Erwachsenen zu erklären (S.327).

Die Risikofaktoren lassen sich wie in der folgenden Tabelle zusammenfassen. Es muss jedoch angemerkt werden, dass ein Suizidversuch sich nicht anhand eines vorgegebenen Musters erklären lässt, sondern immer subjektiv betrachtet werden muss. Denn wie bereits erläutert wurde, können noch so viele Risikofaktoren vorhanden sein und der/die Jugendliche ist nicht suizidal und umgekehrt.

Risikofaktoren für suizidales Verhalten in der Adoleszenz	
Risikofaktoren in der Familie	- Ungünstige Familienstrukturen - Unsicherheit der Erwartungen von Jugendlichen und Eltern aneinander - Plötzlicher oder häufiger Schul- und Wohnortswechsel - Scheidung, Tod - Vernachlässigung - Sexueller Missbrauch - Gewalt - Psychische Störungen eines Elternteils - Alkoholsucht
Risikofaktoren in den Beziehungen zu Gleichaltrigen	- Fehlende Gesprächsmöglichkeiten/Kontakte - Mangelnde zwischenmenschliche Beziehungen - Gewalterfahrungen - Mobbing
Risikofaktoren in der Schule/im Beruf	- Versagensängste - Drucksituationen - Leistungsanspruch der Gesellschaft
Persönliche Risikofaktoren	- Zukunftsängste - Drogenabhängigkeit - Depressionen - Psychische Erkrankungen - Angst vor dem Leben, vor der Wiederholung erlebter Situationen und vor der Unmöglichkeit, aus diesen herauszukommen - Einsamkeit - Übersteigerte politische oder religiöse Überzeugungen - Identitätskrisen

Tabelle 2: Risikofaktoren für suizidales Verhalten in der Adoleszenz
(Aktion Kinder- und Jugendschutz, 2001, S.29)

2.3.2 Der konkrete Versuch sich das Leben zu nehmen

Wie bereits erwähnt, wollen junge Menschen in der Regel den Tod nicht herbeiführen. Sondern vielmehr mit Hilfe eines Suizidversuches auf ihre belastende Lebenssituation aufmerksam machen. Junge Menschen erleben die Situation, in der sie leben, manchmal als unerträglich und wollen das Unerträgliche so nicht mehr länger ertragen. Gemäss Knebel und Klüver (2010) kommen Suizidabsichten nicht plötzlich. Suizidhandlungen gehen in der Regel durchlebte Krisen voraus (S.18).

Laut Jutta Schütz (2002) muss zwischen dem Auslöser, also dem Tropfen der das Fass zum Überlaufen brachte und der Ursache eines Suizidversuches unterschieden werden. Der Auslöser stellt nur selten die Ursache dar. Ein Auslöser kann ein schlechtes Zeugnis, Liebeskummer oder die Scheidung der Eltern sein. Diese Auslöser sind aber meist nur die Spitze des Eisberges. Die Ursachen für den Suizidversuch liegen tiefer (S.27). Helga Käsler (2001) sagt, dass betroffene Jugendliche sich durch mehrere Belastungen, die sich stückweise addieren, immer mehr eingeengt fühlen. Die Jugendlichen fühlen sich diesen Situationen ausgeliefert und haben das Gefühl, dagegen machtlos zu sein. Die Eingengung steigt, sie befinden sich in einer Sackgasse, ein Gefühl der Ohnmacht kommt auf. Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, bis hin zu Depressionen begleiten die betroffenen Jugendli-

chen. Werden diese nicht erkannt und dementsprechend nicht darauf reagiert, kann ein einzelnes Ereignis das Fass zum Überlaufen bringen und einen Suizidversuch auslösen (S.20).

80% aller Suizide werden gemäss der Aktion für Kinder- und Jugendschutz (2001) vorangekündigt. Jugendlichen geht es selten von einem auf den anderen Tag schlecht. Eine solche Stimmung bahnt sich an. Suizidversuche sind Hilferufe. Wie bereits mehrmals erwähnt, suchen die Jugendlichen nicht vorrangig den Tod, sondern eine Pause vom Leben. Es ist also nicht korrekt zu glauben, dass Personen, die einen Suizid begehen, unbedingt sterben wollen (S.29-30).

Vorankündigungen können sich durch auffälliges Verhalten, psychische Veränderungen oder somatische Beschwerden äussern. In der folgenden Tabelle sind einige dieser *Alarmzeichen* aufgeführt.

Alarmzeichen	
Auffälliges Verhalten	- Schulschwänzen - Weglaufen - Rückzug - Veränderungen der Essgewohnheiten - Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch - Verwahrlosungstendenzen - Gewalttätigkeit
Sprachliche und bildliche Ebenen	- Verbale Äusserungen über den Tod - Philosophisches Interesse - Schriftliche Äusserungen - Symbolische Zeichen bildlicher Art
Psychische Veränderungen	- Konzentrationsschwierigkeiten - Gleichgültigkeit - geringes Selbstwertgefühl - Stimmungsschwankungen
Somatische Beschwerden	- Bauchschmerzen - Kopfschmerzen - Übelkeit - Fieberschübe - Schlafstörungen

Tabelle 3: Alarmzeichen

(Quelle: Käsler-Heide, Helga, 2001, S.154)

Es ist gemäss Dick (2002) wichtig anzumerken, dass Jugendliche, die bereits einmal versucht haben sich das Leben zu nehmen, ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, dies erneut zu tun (S.331). Genau deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass die Krisenintervention in Spitälern genauer untersucht wird. Denn die Spitäler sind meist die erste Kontaktstelle für Jugendliche nach einem Suizidversuch.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Jugendliche oft Schwierigkeiten mit dem Erwachsenwerden und dem dazugehörigen Bewältigen der Entwicklungsaufgaben haben. Weiter kann der Integrationsprozess in die Gesellschaft (z.B. durch die Berufswahl) zusätzlich erschwert sein, aber auch viele soziale Faktoren können eine Rolle spielen. All diese Probleme können einen Einfluss auf einen Suizidversuch eines Jugendlichen haben.

3 Krisenintervention

Um die Fragenstellungen dieser Arbeit zu beantworten und die Ergebnisse der Forschung einordnen zu können, macht es Sinn, an dieser Stelle die Krisenintervention zu thematisieren respektive vertieft anzuschauen.

Krisenintervention lässt sich nach Manuel Rupp (2012) wie folgt definieren: „Die Krisenintervention ist in erster Linie lösungsorientiert, unterstützend, zugleich auch autonomiefördernd, evaluierend und auf pragmatische Ziele im aktuellen Alltag ausgerichtet“ (S. 29). Des Weiteren ist die Krisenintervention eine multidisziplinäre Vorgehensweise und ist keinesfalls nur ein Aufgabenbereich der Medizin und der Psychiatrie (Rupp, 2012, S.11).

Die Bedeutung der Krisenintervention liegt nach Rupp (2012) darin, dass Menschen in Krisen in einem Zustand sind, welcher von grosser Veränderungsbereitschaft und Offenheit gekennzeichnet ist. Dies lässt erkennen, wie wichtig und sinnvoll eine professionelle Krisenintervention sein kann. Menschen in einer Krise fehlen oft die Ressourcen und Bewältigungsstrategien, um selber wieder aus der Krise herauszukommen, sie befinden sich in einem psychischen Ungleichgewicht. Deshalb ist in einer Krise ein professionelles Helfersystem unverzichtbar (S.7-10).

In den folgenden Ausführungen wird nun der Fokus auf die Ziele und Arbeitsweise einer Krisenintervention in Anlehnung an Sonneck (2000) gelegt. Die Interdisziplinarität soll ebenfalls genauer betrachtet werden, welche Walter Pöldinger schon im Jahre 1980 in seinem Sammelband „Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis“ thematisiert hat. Beispiele von Kriseninterventionsmodellen betreffend Suizidalität anhand von Manuel Rupp, Gernot Sonneck und C. Kulesa dienen zur Veranschaulichung des erläuterten Wissens. Aufgrund der Fragestellungen, welche sich auf die Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen in Spitälern konzentriert, wird abschliessend die Krisenintervention in Spitälern aufgegriffen, indem die Handlungsfelder der klinischen Sozialarbeit und der Konsiliarpsychiatrie genauer erläutert werden.

3.1 Ziele und Arbeitsweise in einer Krisenintervention bei Suizidalität

Krisenintervention definiert Elmar Etzersdorfer (2010) als eine zeitlich befristete Intervention, welche flexibel Ansätze der Psychologie, der Medizin und der Sozialarbeit verbindet und trägt die von Sonneck (2000) bestimmten Kernstücke einer Krisenintervention zusammen:

- Rascher Beginn
- Aktivität
- Methodenflexibilität
- Fokus auf aktuelle Situation/Ereignis
- Einbeziehen der Umwelt
- Entlastung
- Zusammenarbeit

Der rasche Beginn einer Krisenintervention liegt in der Aktualität und Dringlichkeit einer Krise, eine Krisenintervention lässt keine Vorbereitung oder Planung zu. Die Krisenintervention verlangt eine intensive Aktivität seitens des Helfersystems aus der Medizin, der Psychiatrie und der Sozialarbeit. Das kann aber auch eine Abhängigkeit vom Helfersystem herbeiführen. Durch die interdisziplinäre

Zusammenarbeit entsteht eine Methodenvielfalt, welche auf die individuelle Situation des Betroffenen ausgerichtet ist. Der Fokus liegt auf der aktuellen Situation respektive auf dem aktuellen Ereignis, da es in einer Krisenintervention nicht angebracht ist, sich auf die Lebensgeschichte des Betroffenen zu konzentrieren. Dies könnte das Gefühl auslösen, nicht verstanden und in der aktuellen Not beziehungsweise Krise nicht ernst genommen zu werden. Das heisst, in einer Krisenintervention hat die Entlastung von der aktuellen psychischen Situation Priorität. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung ist der Schlüssel, um eine erfolgreiche Krisenintervention durchzuführen (zit. in Elmar Etzersdorfer, 2010, S.6).

3.1.1 Krisenverläufe

Sonneck (2000) merkt bezüglich der Krisenintervention an, dass die Krise erkannt und verstanden werden muss, um der komplexen und vielschichtigen Situation einer Krise überhaupt begegnen zu können (S.16). Dafür eignet sich die Beschreibung paradigmatischer (modellhafter) Krisenverläufe von Cullberg (1978) und Caplan (1964), die im Folgenden kurz ausgeführt werden.

Traumatische Krisen

Cullberg (1978) beschreibt den Krisenverlauf bezüglich traumatischer Krisen. Dabei werden die Phasen *Schock*, *Reaktion*, *Bearbeitung* und *Neuorientierung* dargestellt. Auslöser für traumatische Krisen sind Schicksalsschläge wie schlechte Noten, Todesfälle, Scheidung der Eltern etc. Auf den Auslöser einer traumatischen Krise folgt ein Schock, welcher nur wenige Sekunden bis hin zu einem ganzen Tag andauern kann. Der Schock wird abgelöst durch die Phase der Reaktion. Diese Phase kann einige Tage bis Wochen anhalten und ist von abwechselnden Gefühlen wie Apathie, Hoffungslosigkeit, Verzweiflung, depressiven Verstimmungen, Hilflosigkeit, Feindseligkeit oder Aggression begleitet. Die Gefahr dieser Phase besteht in möglichen Fehlanpassungen wie Chronifizierung, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, einem Ausbruch einer Krankheit, eines psychischen Zusammenbruchs und Suizidalität. Da die Reaktionsphase nicht kontinuierlich verläuft, können bald schon Möglichkeiten für die Bearbeitung und Neuorientierung entstehen. Jedoch muss damit gerechnet werden, dass Betroffene immer wieder in die Reaktionsphase zurückfallen und somit die Gefahr einer Fehlanpassung steigt. Ist es dem Helfersystem möglich, den Krisenanlass und die damit einhergehenden Konsequenzen zu bearbeiten und so eine Neuorientierung zu erzielen, so zeigt sich der innovative Charakter einer Krise (zit. in Gernot Sonneck, 2000, S.16).

Veränderungskrisen

Caplan (1964) zeigt den Verlauf einer Veränderungskrise auf. Diese ist durch die *Konfrontation* mit einer Veränderung, *Versagen*, *Mobilisierung* und dem *Vollbild einer Krise* gekennzeichnet. Kann eine Veränderung wie ein Umzug, Geburt eines Geschwisters, Veränderungen in der Adoleszenz, nicht in das Leben integriert werden, können Versagensgefühle entstehen. Dieses Gefühl von Versagen löst Druck und Anspannung aus. In diesem Zustand wird die Mobilisierung von inneren und äusseren Ressourcen gefordert, respektive zeichnen sich Personen in einer Veränderungskrise durch eine grosse Bereitschaft, fremde Hilfe anzunehmen, aus. Im schlimmsten Fall kann eine nicht adäquate Hilfe zu einem Vollbild einer Krise führen, was Folgen mit sich bringt, welche mit den Fehlanpassungen der traumatischen Krise vergleichbar sind. Weniger dramatisch, aber dennoch nicht zu unterschätzen, sind die Folgen wie Rückzug und Resignation. Bei einer angemessenen Hilfe schafft es die

betroffene Person, die Veränderung in sein Leben zu integrieren und die Veränderungskrise zu beenden (zit. in Gernot Sonneck, 2000, S.17).

Sonneck (2000) merkt dazu an, dass Lebensveränderungen zu jedem „normalen“ Leben gehören und mehr oder weniger gut vorbereitet werden können. Jedoch treten traumatische Krisenauslöser meist plötzlich und überraschend auf und lassen eine Vorbereitung dementsprechend weniger gut zu, was bedeutet, dass traumatische Krisenauslöser häufiger zu Krisen führen können als Veränderungskrisen (S.17).

3.1.2 Ziel der Krisenintervention

Wie sich eine Krise entwickelt, ob sie bewältigt oder im schlimmsten Fall auch zum Suizidversuch beziehungsweise zum Suizid führt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig (Sonneck, 2000, S.151):

- vom Krisen Anlass
- von dessen subjektiver Bedeutung für Betroffene
- von der Krisenanfälligkeit
- von der Reaktion der Umwelt
- von Hilfsmöglichkeiten, die Betroffene selbst haben und
- vom Mass an sozialer Integration

Laut Sonneck (2000) ist es für die Krisenintervention von besonderer Bedeutung, den Krisenauslöser zu kennen, also ob es sich um eine Veränderungskrise oder um eine traumatische Krise handelt und die damit verbundene subjektive Bedeutung für Betroffene zu verstehen. Die Krisenanfälligkeit ist neben der Bedeutung des Krisenanklasses, der Kompetenz sich damit auseinanderzusetzen, vom Mass der sozialen Integration und früherer Lernerfahrungen, auch stark von psychischen Erkrankungen und unverarbeiteten, früheren Krisen beeinflusst. Die Umwelt einer betroffenen Person ist für das Entstehen und auch für den Krisenverlauf von grosser Bedeutung, da eine Krise nie getrennt von der sozialen Umwelt abläuft (S.18).

Gemäss Sonneck (2000) ist das oberste Ziel der Krisenintervention die Hilfe zur Selbsthilfe. Das bedeutet, dass Betroffene beim Akzeptieren der persönlichen Situation in der Krise und anschliessend beim Entwickeln neuer Lösungs- und Bewältigungsstrategien vom Helfersystem unterstützt werden sollten. Es ist nicht das Ziel, dass Betroffene die Krise passiv zu bewältigen versuchen, indem sie eine Auseinandersetzung mit den Problemen vermeiden oder Alkohol- sowie Medikamentenmissbrauch oder Suizid als destruktive Lösung wählen. Es braucht Alternativen zu den bisherigen Bewältigungsstrategien, welche in der akuten Krise nicht mehr ausreichen. Die Alternative kann auch bedeuten, völlig neue Wege zu begehen, was mit der Phase der Neuorientierung von Cullberg vergleichbar ist. Hier liegt nicht nur eine Gefahr einer Krise, sondern eben auch eine Chance. Es geht folglich vielmehr darum, dass Menschen in einer Krise zu einer aktiven Krisenbewältigung gelangen. Das heisst, die Hilfe zur Selbsthilfe soll zu einer aktiven, innovativen und konstruktiven Bewältigung der aktuellen wie auch zukünftiger Krisen führen und zu einer selbstständigen Entscheidungs- und kompetenter Handlungsfähigkeit beitragen (S.18-19).

Sonneck (2000) merkt an, dass es für die Krisenintervention zudem zentral ist, dass die Hilfe und Unterstützung im Sinne der Nachhaltigkeit durch das Helfersystem kontinuierlich und über eine längere Zeitdauer aufrechterhalten wird, da gerade bei Suizidversuchen die Gefahr eines erneuten Versuches kurze Zeit nach der Entlassung gross ist (S.160).

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Krisenintervention ist der Einbezug des Umfelds in die Intervention. Vor allem in der Schockphase einer traumatischen Krise ist es wichtig, dass Betroffene nicht alleine gelassen werden. Hier ist das nahe Umfeld oft wirkungsvoller und näher an den Betroffenen als das professionelle Helfersystem (Sonneck, 2000, S.19). Zudem gestaltet sich die Einbeziehung des Umfeldes als Chance in der Nachbetreuung gefährdende Verhaltensweisen zu erkennen und somit zu einer nachhaltigen Änderung im Verhalten der Betroffenen zu gelangen (Sonneck, 2000, S.160).

3.1.3 Abschätzen der Suizidalität

Nach Sonneck (2000) zählt die Beurteilung der Suizidalität wohl zu den verantwortungsvollsten Aufgaben in der Krisenintervention. Die Einschätzung der Suizidalität basiert auf der Kenntnis der Risikogruppen, der Krisen, der Krisenanlässe und Krisenanfälligkeit, der suizidalen Entwicklung sowie des präsuizidalen Syndroms (S.164-167).

Bei der suizidalen Entwicklung werden die verschiedenen Stadien beschrieben, welche zur Suizidhandlung führen. Im ersten Stadium der *Erwägung* wird der Suizid als Problemlösung erwägt und wahrgenommen. Danach kommt es im zweiten Stadium der *Abwägung* zu einem inneren Konflikt zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Kräften. In diesem Stadium reden Betroffene von Selbstmord oder machen Andeutungen beziehungsweise es werden Appelle an die Umwelt gerichtet. Dies ist ein wichtiger Moment für Helfende, denn dies ist die Chance, die suizidale Entwicklung zu durchbrechen und Hilfe anzubieten (Sonneck, 2000, S.167).

Das präsuizidale Syndrom nach Erwin Ringel (1953) ist ein Konzept, welches die Entwicklung hin zu einer suizidalen Krise beschreibt. Für das Abschätzen der Suizidalität ist der Aspekt der Einengung, die gehemmte und gegen sich gerichtete Aggression sowie die aktiven und passiven Suizidphantasien zentral. Der Unterschied zwischen aktiven und passiven Suizidphantasien liegt darin, dass aktive Phantasien aktiv herangezogen, aber auch wieder weggeschoben werden können. Passive Suizidphantasien hingegen drängen sich auf und sind unabweisbar. Diese weisen auf ein akutes Suizidrisiko hin (zit. in Elmar Etzersdorfer, 2010, S.7).

Eine weiterhin bestehende Suizidalität wirkt sich daher auf den Verlauf der Krisenintervention aus. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass die Suizidalität durch Professionelle eingeschätzt wird.

3.1.4 Persönlichkeitsanforderungen an Professionelle

Elmar Etzersdorfer (2010) geht weiter auf die Persönlichkeit der Professionellen ein beziehungsweise, welche Voraussetzung in der Krisenintervention bei akuter Suizidalität mitgebracht werden sollten. Die Beziehung zwischen Professionellen und Patient/in steht im Mittelpunkt einer Krisenintervention. Die Nähe-Distanz-Relation ist dabei zentral. Eine zu grosse emotionale Distanz wirkt sich ebenso ungünstig aus wie eine zu starke emotionale Nähe. Auf der einen Seite würde sich der Patient/die Patientin nicht verstanden fühlen und auf der anderen Seite wäre die Handlungsfähigkeit der Professionellen eingeschränkt. Ein Gleichgewicht, ein gesundes Mass an Nähe und Distanz, ist in der Krisenintervention von grosser Bedeutung. Für die Professionellen heisst dies, dass sie eine Art Container für starke, belastende Gefühle sind. Die Professionellen müssen diese aushalten können. Damit kann erreicht werden, dass die Gefühle auch für die Betroffenen ertragbarer werden. Können die Professionellen, die äussert bedrohlichen und schwer ertragbaren Gefühlszustände aushalten und die eigene Stabilität und Ruhe bewahren, signalisiert dies bei den Betroffenen Hoffnung auf eine

Lösung und entlastet sie. Das verdeutlicht wiederum, dass die emotionale Entlastung in der Krisenintervention im Zentrum steht (S.7-8).

Nach Sonneck (2000) liegt die Funktion der Professionellen darin, zu stützen, Mitgefühl (Empathie) zu zeigen und die Betroffenen zu ermutigen, Gefühle wie Trauer, Schmerz, Feindseligkeit oder Aggression wahrzunehmen und so die persönliche Krise zu akzeptieren. Das Ziel liegt weder darin, Ersatz von Verlorenem zu finden, die Realität zu verleugnen noch in einer tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderung, sondern die Betroffenen in der aktiven Krisenbewältigung zu unterstützen (S.19).

3.1.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Krisenintervention

Laut Walter Irrniger (1980) umfasst die Krisenintervention das Entschärfen der Lage, sich über die Situation Klarheit zu verschaffen und Massnahmen zu treffen. Jemandem aus einer Krise zu helfen, bedeutet Langzeitbetreuung und es benötigt die Bereitschaft zur Begleitung. Dafür kann nicht alleine die Medizin aufkommen. Das heisst, die Krisenintervention muss auf einer interdisziplinären Basis geschehen. Dabei ist es für den Erfolg einer Krisenintervention von Bedeutung, dass unter den Professionellen eine Person die Verantwortung beziehungsweise die Fallführung übernimmt. Sonst besteht die Gefahr, dass Betroffene hin- und hergeschoben werden (S.54-55).

Im Besonderen interessiert bei der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Krisenintervention im Rahmen dieser Forschung, welche Aufgaben die Sozialarbeit übernimmt beziehungsweise übernehmen sollte.

Nach Thomas Kauth (1980) ist die Sozialarbeit zuständig, wenn sich bei einer Krise oder einem Problem eine psychosoziale Dimension zeigt beziehungsweise wenn potentiell oder aktuell gestörte soziale Beziehungen Gegenstand des Problems sind. Professionelle der Sozialarbeit wenden sich dann an andere Professionen wie der Medizin oder Psychiatrie/Psychologie, wenn in der Arbeit aufgrund organischer, psychischer oder geistiger Störungen keine emotionale Entlastung erreicht werden kann. Dabei gilt es in Arbeitsabsprachen mit Professionellen anderer Berufszweige Einigkeit über das weitere Vorgehen zu erreichen. Um dies zu erreichen, muss das Anliegen der Sozialarbeit von den anderen Professionen als relevant betrachtet werden. Somit hat die Gesprächsführung innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt die Kompetenz voraus, dass sich die beteiligten Professionellen verstehen und sich aufeinander einstellen. Wird dies innerhalb einer interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen einer Krisenintervention nicht erreicht, wirkt sich dies negativ auf die Betroffenen und den Erfolg der Krisenintervention aus. Eine weitere wichtige Aufgabe beziehungsweise ein Anliegen der Sozialarbeit in der Krisenintervention ist die Nachbetreuung, da diese einen wichtigen Bestandteil zur Verhütung neuer akuter Krisen darstellt (S.61-63).

Hermann Pohlmeier (1980) geht im Rahmen des Sammelbandes von Walter Pöldinger „Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis“ genauer auf die Ergebnisse des Psychiatrieberichtes vom März 1978 ein. Ein zentrales Ergebnis ist, dass Suizidpatienten/-patientinnen oftmals nur bezüglich der somatischen Folgen behandelt werden. Jeder Suizidpatient/jede Suizidpatientin sollte aber nach einem Suizidversuch unbedingt durch einen Psychiater/eine Psychiaterin betreut werden. Beim Konsiliardienst handelt es sich um ein Angebot der Psychiatrie, bei dem Krankenhäuser externe Psychiater/Psychiaterinnen beiziehen können (weiterführende Informationen folgen im Kapitel 3.3.2). Der Konsiliardienst, welcher heutzutage praktisch selbstverständlich ist, war 1980, also vor nur 30 Jahren,

noch nicht üblich. Zudem wurde kritisiert, dass der Konsiliardienst nur eine Alibifunktion habe und nur dazu diene, ein Einverständnis für die Entlassung der Suizidpatienten/-patientinnen zu geben. Des Weiteren werde der Einbezug des Umfeldes mit Hilfe von Sozialarbeitenden und anderen Berufsgruppen noch zu stark vernachlässigt, obwohl dieser eine wichtige Rolle in der Organisation der Krisenintervention hat. Pohlmeier (1980) merkt weiter an, dass beispielsweise in Heidelberg, aufgrund der damaligen Zustände, sich Psychiater/Psychiaterinnen weigerten, den geforderten Konsiliardienst durchzuführen. Daraufhin hat sich in Heidelberg innerhalb der internistischen Kliniken eine Gruppe gebildet, welche sich um Suizidpatienten/-patientinnen kümmert. In dieser Gruppe waren verschiedene Professionen wie Pfarrer/innen, Psychiater/innen, Psychologen und Psychologinnen und Sozialarbeitende vertreten und agierten als feste Einheit. Nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation konnten Suizidpatienten/-patientinnen weiter in der Klinik bleiben und erhielten eine Nachbetreuung. Dabei hat sich herausgestellt, dass ein zwei- bis dreiwöchiger Aufenthalt erstrebenswert wäre, um Suizidpatienten/-patientinnen aus einer akuten Krise helfen zu können. Pohlmeier (1980) erläutert ein weiteres Beispiel aus Darmstadt, wo die Krisenintervention für Suizidpatienten/-patientinnen innerhalb der Klinik geschieht und diese nicht in die Psychiatrie ausgesondert werden. Diese werden von internistischen Fachpersonen betreut, welche teilweise eine psychotherapeutische Ausbildung haben und somit für die Betreuung kompetent sind. Ziel ist es, dass zusätzlich zu den Internisten/-innen Sozialarbeitende und psychologisches Personal eingestellt werden. Pohlmeier (1980) fügt an, dass sich grundsätzlich aus den Erfahrungen von Heidelberg und Darmstadt folgern lässt, dass es wünschenswert wäre, anstatt eines psychiatrischen Konsiliardienstes, eine feste Station in der Klinik für die Krisenintervention einzuführen (S.66-68).

3.2 Kriseninterventionsmodelle

Im Folgenden werden zwei ausgewählte Kriseninterventionsmodelle und eine Beratungsmethode genauer behandelt. Dabei wird ein allgemeines Modell nach Rupp (2012) ausgeführt. Das Interventionskonzept BELLA (1995) findet in dieser Arbeit Beachtung, da es von Gernot Sonneck, einem anerkannten Suizidforscher, in seinem Buch Krisenintervention und Suizidverhütung ebenfalls vorgestellt wird. Die Gesprächsführung ist für die beratende Sozialarbeit von immenser Bedeutung, daher wird im Folgenden auf die Beratungsmethode "Gesprächsführung mit Suizidpatienten" nach Kulesa (1984) vertiefter eingegangen. Der Autorenschaft ist klar, dass die Auswahl der Modelle nicht abschliessend ist, daher dient dieses Kapitel vor allem der Veranschaulichung der Krisenintervention und deren Ziele und Arbeitsweise.

3.2.1 Krisenintervention nach Manuel Rupp

Nach Rupp (2012) ist es in der Krisenintervention wichtig, dass sich die Betroffenen ihrer Probleme, den so genannten Baustellen, bewusst sind und sie die Krise als Herausforderung und Chance akzeptieren. Das Problem, welches als Krisenauslöser definiert ist und das psychische Ungleichgewicht auslöst, hat grundsätzlich erste Priorität. Die Lösung dieses Problems wirkt sich am ehesten auf die anderen Problemfelder aus. Die Zieldefinition ist ein weiterer wichtiger Schritt, bei dem beachtet werden muss, dass auch ein "Plan B" entwickelt werden muss. Zudem ist es von Bedeutung, kurzfristige, realistische Ziele zu formulieren. Durch die Erreichung kleiner Ziele können die Betroffenen zu ersten Erfolgserlebnissen gelangen. Mit den Betroffenen sollte diskutiert werden, welche Methoden und Lösungsstrategien der Zielerreichung dienen sowie welche Situationen es geben könnte, die eine

erneute Krise ausbrechen lassen (Rückfallprophylaxe). Aufgrund dieses Vorgehens ergeben sich dann Probleme, welche in der akuten Krise keine Priorität haben, respektive erst im späteren Verlauf zum Thema werden. Während der Krisenintervention müssen Professionelle darauf achten, dass der Patient/die Patientin realistisch bleibt und nicht über- oder unterfordert ist. Zudem besteht seitens der Professionellen die Gefahr, dass sie in der Krisenbewältigung zu viel Verantwortung übernehmen und die betroffene Person zu stark unterstützen, sodass diese regressive Tendenzen entwickelt und so die Hilflosigkeit verstärkt wird (S.27-29).

Nochmals zusammengefasst definiert Rupp (2012) dazu folgende Schritte der Krisenintervention (S.29):

- Identifikation der „Baustellen“
- Bestimmen eines Fokus, Prioritäten setzen
- Definition einer Zielsetzung mit Alternative, falls dieser Plan nicht gelingt (Plan A und B)
- Definition der ersten Schritte
- Besprechung hilfreicher Methoden bei der Problemlösung
- Erörterung eines möglichen Rückfalles
- Umschreibung von Themen zweiter Priorität

Wenn nach einer abgeschlossenen Krisenintervention keine Suizidalität mehr vorhanden ist und das psychische Gleichgewicht wieder hergestellt ist, so kann die Krise in der Retroperspektive reflektiert werden. Die Krise kann als sinnhaftes Erlebnis genutzt und definiert werden und zeigt im Nachhinein den innovativen Charakter und den Aspekt der Chance der Krise. Um die Nachhaltigkeit einer Krisenintervention zu garantieren, ist es von Bedeutung, die neuen Erkenntnisse einzuüben, so dass neue erfolgreiche Erfahrungen gesammelt werden können (Rupp, 2012, S.69-74).

3.2.2 Interventionskonzept BELLA

Sonneck (2000) stellt das Interventionskonzept BELLA nach Lahninger und Lembden (1995) vor, was eine praktische und konkrete Anleitung für Professionelle in akuten Krisen darstellt. Das BELLA-System ist in fünf Schritte aufgeteilt.

Beziehung aufbauen

Erfassen der Situation

Linderung von Symptomen

Leute einbeziehen, die unterstützen

Ansatz der Problembewältigung

Beim ersten Schritt *Beziehung aufbauen* geht es darum, eine einladende Atmosphäre zu schaffen, in der der Patient/die Patientin das Gefühl vermittelt bekommt, in seinen/ihren Problemen und seiner/ihrer aktuellen Krise ernst genommen zu werden. In anderen Worten, die beratende Person muss eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen, indem diese dem Patient/der Patientin aktiv zuhört und Empathie für seine/ihre Schwierigkeiten zeigt. Beim nächsten Schritt *Erfassen der Situation* steht die Geschichte des Patienten/der Patientin im Vordergrund. Die beratende Person muss sich mit den Gründen des Kommens, dem Krisenanlass, mit der aktuellen Lebenssituation der betroffenen Person

und den möglichen Veränderungen durch die momentane Situation befassen. Die *Linderung von Symptomen* soll eine emotionale Entlastung herbeiführen, indem die beratende Person auf die emotionale Situation beziehungsweise auf die Panik, Depression oder Suizidalität eingeht. Zudem soll der Patient/die Patientin unterstützt werden, die Situation zu ordnen, sei dies beispielsweise mit Entspannungsübungen oder Medikamenten (vor allem bei Suizidgefahr). *Leute einbeziehen, die unterstützen* ist der nächste Schritt. Dabei wird das Umfeld mit einbezogen und es findet eine Vernetzung mit Selbsthilfegruppen oder anderen Institutionen statt. Im letzten Schritt *Ansatz zur Problembewältigung* ist es die Aufgabe der Professionellen mit dem Patienten/der Patientin zusammen, das Problem zu definieren, Widersprüchlichkeiten aufzudecken, die subjektive und objektive Bedeutung des Problems festzustellen und schliesslich eine Entscheidung für die Veränderung zu fällen (zit. in Gernot Sonneck, S.97-99).

Interventionskonzept für akute Krisen: BELLA		
Interventionsschritte		Beispielsätze
B	Beziehung aufbauen	- Grüss Gott! Ich bin... - Wollen Sie Platz nehmen? - Pause - Was kann ich für Sie tun? - Ich kann gut verstehen, dass das für Sie ein Problem ist! - Wollen Sie mir mehr erzählen? - Ich sehe, es fällt Ihnen schwer, darüber zu reden!
E	Erfassen der Situation	- Was hat Sie bewogen, gerade heute zu kommen? - Seit wann genau geht es Ihnen so schlecht? - Hat dieses Ereignis Einfluss auf andere Lebensbereiche? - Was glauben Sie, wird sich durch dieses Ereignis in Ihrem Leben ändern?
L	Linderung von Symptomen	- Sie haben erwähnt, dass es Ihnen nicht gut geht, wie äussert sich das? - Wie, glauben Sie, wird es weitergehen? - Wenn Ihnen zum Weinen zumute ist, tun Sie es? - Welche Dinge sind Ihnen jetzt am wichtigsten? - Wollen versuchen, Sie dieses Gefühl in einem Ton zu äussern?
L	Leute einbeziehen, die unterstützen	- Gibt es jemanden, mit dem Sie darüber reden können? - Es gibt da eine Selbsthilfegruppe, die sich mit diesem Problem besonders befasst!
A	Ansatz zur Problembewältigung	- Welchen Grund gibt es, dass es Ihnen dadurch so schlecht geht? - Sie sagen, auf der einen Seite, dass ... und auf der anderen Seite ... - Wenn das Problem so gelagert ist, welche Konsequenzen hat das denn? - Glauben Sie, können Sie das verwirklichen, was wir gerade erarbeitet haben?

Tabelle 4: Interventionskonzept BELLA

(Quelle: nach Lahninger & Lembden (1995) zit. in Gernot Sonneck, 2012, S.97-99)

Die Intervention nach dem BELLA-System sieht ungefähr zehn Sitzungen vor. Die sofortige Hilfestellung ist in der ersten Sitzung das unmittelbare Ziel. Der Patient/die Patientin befindet sich in einem Zustand, der als passiv-abhängig beschrieben werden kann. Die übergeordneten Ziele, welche von der zweiten bis zur zehnten Sitzung bearbeitet werden, umfassen die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, das Erlangen von Entscheidungsfähigkeit und das Finden und Anwenden von alternativen und konstruktiven Verhaltensweisen. Anders formuliert sollte sich der Patient/die Patientin am Ende der Krisenintervention zu einer aktiv-autonomen Persönlichkeit entwi-

ckeln können. Anhand der fünf Interventionsschritte und Standortbestimmungen während der Intervention, sowie durch die Fokussierung auf die Ziele und das Aufzeigen der erreichten Erfolge während der Intervention, soll eine Neuorientierung herbeigeführt werden (zit. in Gernot Sonneck, 2000, S.100).

3.2.3 Gesprächsführung mit Suizidpatienten und Suizidpatientinnen

C. Kulesa (1985) schenkt der Aufwachphase von Suizidpatienten und Suizidpatientinnen in Krankenhäuser im Rahmen der suizidentenzentrierten Gesprächsführung in der Krisenintervention eine besondere Bedeutung. Betroffene zeigen in dieser Phase eine besondere Gesprächsbereitschaft und Offenheit, über die persönliche Situation Auskunft zu geben. Dabei ist es wichtig, dass der Schutz der Intimsphäre der Betroffenen gewährt ist und Professionelle ihnen mit einer wohlwollenden Haltung entgegen treten und eine Atmosphäre von Geborgenheit und Umsorgtsein schaffen. Es geht in der Aufwachphase nicht um Inhalte, welche für die späteren Gespräche der Krisenintervention von Bedeutung sind, sondern vor allem um den Beziehungsaufbau. Für das Pflegepersonal bedeutet dies, dass sie einen wichtigen Teil zum Gelingen der Krisenintervention beitragen. Es ist deshalb wichtig, dass das Pflegepersonal, Sozialarbeitende, die Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen gegenüber den Betroffenen eine beziehungsfördernde Grundhaltung nach Harsch einnehmen, welche in der folgenden Tabelle veranschaulicht wird (S.118-120).

-
1. Ich nehme den anderen an wie er ist.
 2. Ich fange dort an, wo der andere steht.
 3. Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte.
 4. Verzicht auf argumentierendes Diskutieren.
 5. Prüfen der in mir ausgelösten Gefühle.
 6. Verzicht auf Anlegen eigener Wertmassstäbe.
 7. Bereitschaft zum Verständnis aus Entwicklung und Umweltbedingungen.
 8. Orientierung an Bedürfnissen.
 9. Partnerschaftliche Einstellung statt objektivierender Distanzierung.
-

Tabelle 5: beziehungsfördernde Grundhaltung

(Quelle: nach Harsch zit. in Kulesa, 1985, S.120)

Bei der suizidentenzentrierten Gesprächsführung merkt Kulesa (1985) an, dass zu Beginn die Empathie und das Akzeptieren der Notwendigkeit der Suizidhandlung und der persönlichen Krise des/der Betroffenen im Vordergrund steht. In einer ersten Phase ist die Beurteilung der Suizidalität und der Beziehungsaufbau zentral. Der Einbezug des Umfeldes in Gespräche mit den Betroffenen kann zum Beziehungsaufbau beitragen. Werden Betroffene in solche Gespräche integriert, reduziert sich zudem die Angst vor Fremdbestimmung (S.122-125).

Nach Kulesa (1985) lässt sich die Bedeutung der suizidentenzentrierten Gesprächsführung nochmals verdeutlichen, wenn die häufigen Verhaltensweisen im Umgang mit Betroffenen erwähnt werden. Oft besteht die Tendenz, vorschnell Patienten/Patientinnen zu trösten, ihre Situation zu verallgemeinern und Ratschläge zu geben. Mit diesen Verhaltensweisen setzen Professionelle die Vertrauensbasis aufs Spiel, da sich Betroffene in ihrer persönlichen Krise nicht ernstgenommen fühlen (S.128-129). Abschliessend trägt Kulesa (1985) einen Leitfaden für den Umgang mit suizidalen Patienten und Patientinnen zusammen. Die Gesprächsführung ist ein besonderer Teil der Intervention in suizidalen Krisen. Zu Beginn steht das Akzeptieren des Suizidversuches als Notsignal und letzten Ausweg für die betroffene Person. Im weiteren Verlauf der Krisenintervention folgt der Aufbau einer vertrauensvol-

len Beziehung, um sich mit dem Patient/der Patientin über die Motive, Ursachen und Ausmass der Suizidalität auseinanderzusetzen. Daraufhin geht es darum, Beziehungen zu wichtigen Personen aus dem Umfeld wieder herzustellen und Handlungsalternativen beziehungsweise Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Zudem soll mit dem Patient/der Patientin mögliche zukünftige Krisen besprochen und Problemlösungsmöglichkeiten diskutiert werden. Dies bezweckt eine Entwicklung einer Hoffnung auf eine zukünftige, bessere Problemlösungsbewältigung. Durch eine Rückversicherung, dass der Patient/die Patientin bei zukünftigen, neuen Krisen auf die beratende Person zurückgreifen kann, soll die Hoffnung verstärkt werden (1985, S.130).

Die Intervention bei suizidalen Krisen kann wie folgt zusammengefasst werden:

1. Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
2. Einfühlsames Verstehen der Bedeutung und der Notwendigkeit des Notsignals des Hier und Jetzt
3. Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche
4. Aufbau einer tragfähigen Beziehung
5. Wiederherstellen der möglichen wichtigen Beziehungen
6. Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungsmöglichkeiten
7. Prinzip der Hoffnung durch Vorwegnahme zu erwartender neuer Krisen
8. Rückversicherung

Tabelle 6: Intervention bei suizidalen Krisen

(Quelle: C. Kulessa, 1985, S.130)

3.3 Krisenintervention im Spital

Die Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen rückt das Krankenhaus als Ort der Krisenintervention in den Vordergrund. Die unmittelbare Zeit nach einem Suizidversuch bietet eine Handlungschance, um zu intervenieren, sodass weitere Suizidversuche verhindert werden können. Somit stellt die Krisenintervention in einem Krankenhaus nicht nur eine Intervention dar, sondern hat einen starken präventiven Charakter. Dies verdeutlicht die grosse Bedeutung und die Wichtigkeit der Professionalität aller beteiligten Handlungsakteure.

Aus diesem Grund liegt in diesem Kapitel der Fokus auf der klinischen Sozialarbeit und Konsiliarpsychiatrie, welche beide das Handlungsfeld der somatischen Medizin in der Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen ergänzen (können). Dabei soll vor allem ersichtlich werden, wie sich die beiden Professionen voneinander abgrenzen beziehungsweise inwiefern sich ihre Aufträge und Aufgaben unterscheiden.

3.3.1 Klinische Sozialarbeit

Ganzheitlich betrachtet ist Gesundheit von biologischen, psychischen und sozialen Aspekten beeinflusst. Helmut Pauls (2004) betont daher, dass die psycho-soziale Gesundheit nicht nur ein Aufgabenfeld der Medizin und der Psychologie ist, sondern eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Zusammenarbeit verlangt. Der Einbezug der sozialen Komponente in die primäre Gesundheitsversorgung ist theoretisch unabdingbar. Die Fachdisziplin klinische Sozialarbeit schreibt der sozialen Perspektive eine wichtige Bedeutung zu, indem sie das Unterstützungspotenzial privater und der professionellen sozialen Netzwerke der Patienten/Patientinnen erschliesst und erhöht (S.20-23).

Brigitte Geissler-Piltz (2005) definiert klinische Sozialarbeit als eine beratende und behandelnde Sozialarbeit, welche in ambulanten sowie in stationären Einrichtungen tätig ist. Die klinische Sozialarbeit arbeitet mit Menschen, welche von psychischen, psychosomatischen oder soziomatischen Krankheiten, Störungen oder Behinderungen betroffen sind und sich in Krisen oder Notlagen befinden. Der Begriff „klinisch“ bezieht sich auf eine personenzentrierte Arbeit, es meint die direkte Arbeit mit den Patienten/Patientinnen. Klinische Sozialarbeit ist daher konkret fallbezogen. Wie schnell angenommen wird, ist die klinische Sozialarbeit nicht nur im Gesundheitswesen beziehungsweise im Krankenhaus einzuordnen, sondern beispielsweise auch in der Psychiatrie oder in der Suchtbehandlung (siehe Tabelle 7). Die Tätigkeit der Spitalsozialarbeit stellt ein Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit dar. Ziel der klinischen Sozialarbeit ist die Gesundheit von Menschen in ihrer persönlichen, aktuellen Lebenssituation und in ihrem Umfeld zu verbessern, respektive zu fördern. Klinische Sozialarbeit ist zudem von der multiprofessionellen Zusammenarbeit geprägt und übernimmt, sofern eine psychosoziale Dimension die Mitwirkung an einem Fall erfordert, klinische Aufgabenstellungen (S.11-12).

Nicht in Konkurrenz, sondern in Kooperation mit den Professionen der Medizin und der Psychologie ergeben sich folgende Arbeitsfelder für die klinische Sozialarbeit (Geissler-Piltz, 2005, S.12-13):

Arbeitsfelder der klinischen Sozialarbeit
in Fach- und Akutkrankenhäuser
in der Kinder- und Jugendhilfe
in der Psychiatrie
in der psycho-sozialen Beratung und Therapie von ambulanten Beratungseinrichtungen
in Einrichtungen des Massnahmenvollzuges und der Resozialisierung
in der gerontologischen Arbeit, in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie
in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung

Tabelle 7: Arbeitsfelder der klinischen Sozialarbeit
(Quelle: Geissler-Piltz, Brigitte, 2005, S.13)

Aufgrund der aufgeführten Arbeitsfelder ergeben sich verschiedene Problematiken, mit denen sich Professionelle der klinischen Sozialarbeit befassen müssen wie psychische Krankheiten und Störungen, Folgen sexueller und physischer Gewalt, Folgen der Migration, Suizidversuchen, chronischen somatischen und psychischen Leiden. Weiter mit Alkoholismus und Drogenmissbrauch, posttraumatischen Stresssyndromen, gerontopsychiatrischen Aufgabenstellungen sowie, nicht zu vergessen, mit den Folgen für das soziale Umfeld der Klienten und Klientinnen (Geissler-Piltz, 2005, S.13).

Anna Kottler (2005) umschreibt die klinische Sozialarbeit ebenfalls als eine Profession, welche die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit fokussiert und der medizinischen und psychosomatischen Versorgung eine psychosoziale Dimension gibt. Dieser ganzheitliche Ansatz ermöglicht eine komplexere Problemwahrnehmung und eine multidimensionale Perspektive auf die Alltags- und Lebenssituationen der Patienten/Patientinnen. Neben der Akutbehandlung beziehungsweise der Krisenintervention schliesst die klinische Sozialarbeit auch Langzeitbehandlungen für chronische Erkrankte mit ein (S.31-32).

Klinische Sozialarbeit hat die psychosoziale Gesundheit zum Ziel und findet nicht nur in der Sozialarbeit in Krankenhäusern statt. Obwohl besonders diese Sozialarbeit stark mit der klinischen Sozialar-

beit verbunden wird, ist klinische Sozialarbeit vor allem persönliche Hilfe, wo Gesundheit und Krankheit ein zentrales Thema der Arbeit darstellen (Kottler, 2005, S.33-34).

3.3.2 Konsiliarpsychiatrie

Gemäss Albert Diefenbacher, Volker Arolt und Matthias Rothermundt (2004) ist das klassische Konsilium im klinischen Alltag weit verbreitet. Das somatisch behandelnde Ärzteteam kann einen Psychiater/eine Psychiaterin um Rat beiziehen, wenn eine psychische Störung oder Erkrankung vermutet oder festgestellt wird. Die Konsiliarpsychiatrie ist eine Versorgung von Patienten/Patientinnen, wo neben körperlichen Erkrankungen auch eine psychische Erkrankung vorhanden ist (S.4-5).

Gemäss Albert Diefenbacher (1999) macht der hinzugezogene Psychiater/die hinzugezogene Psychiaterin daraufhin eine Empfehlung für die weitere Versorgung des Patienten/der Patientin (S.1).

Albert Diefenbacher, Ronald Burian, Christian Klesse und Martin Härter (2012) betonen, dass insbesondere Allgemeinkrankenhäuser als eine Art Filter fungieren, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Störung, spezifische psychiatrische oder psychologische Behandlungsangebote zu vermitteln (S.895). Aufgrund des häufigen Auftretens psychischer Krankheiten neben somatischen Erkrankungen und der Funktion des Allgemeinkrankenhauses als Anlaufstelle für Menschen nach einem Suizidversuch, ist ein Allgemeinkrankenhaus zudem als „virtueller psychiatrischer Versorgungssektor“ zu begreifen. Die Konsiliarpsychiatrie hat im Allgemeinkrankenhaus die wichtige Funktion der Erkennung, Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen neben der somatischen Grunderkrankung (Diefenbacher et al., 2012, S.913-914).

Bei den meisten konsiliarpsychiatrischen Interventionen handelt es sich um die Verschreibung von Psychopharmaka, die Unterstützung bei der Organisation einer psychiatrischen Weiterbehandlung sowie um den Einsatz von supportiven psychotherapeutischen Techniken. Mangels Personal beschränkt sich die psychiatrische Konsultation meist nur auf eine Notfallintervention (Eisbergphänomen) (Diefenbacher et al., 2004, S.4-5).

Jörg M. Fegert und Lutz Goldbeck (2004) beleuchten den kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst. Sie betonen, dass Kinder und Jugendliche, welche sich im Krankenhaus befinden, dabei einer spezifischen Stresssituation ausgesetzt sind (S.223). Um als Kinder- und Jugendpsychiater/in im Konsiliardienst professionell arbeiten zu können, müssen sie ein grosses Mass an Durchsetzungskraft mitbringen. Gerade wenn es sich um eine suizidale Krise eines/einer Jugendlichen handelt, muss ein Jugendpsychiater/eine Jugendpsychiaterin eigenständig handeln können und beispielsweise nicht zur Aussage gedrängt werden, der/die Jugendliche sei nicht mehr suizidal, um so aus der teuren Intensivstation verlegt zu werden. Zudem betonen Fegert et al. (2004), dass insbesondere bei Suizidversuchen von Jugendlichen, diese nach Herstellung der Ansprechbarkeit zuerst mit dem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliarius ein Gespräch haben sollten. Nur so besteht die Möglichkeit schwere Konflikte in der Familie aufzudecken (S.225).

Fegert et al. (2004) gehen betreffend des kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes auf Krisensituationen bei Kindern und Jugendlichen ein. Krisensituationen sind vorhanden, wenn Kindern beziehungsweise Jugendlichen Bewältigungsmöglichkeiten oder Lösungsstrategien für akute familiäre, soziale oder intrapsychische Belastungs- oder Konfliktsituationen fehlen und sie dabei selbst- oder fremdgefährdende Verhaltensweisen entwickeln. Beispielhaft dafür ist die oben schon erwähnte suizidale Krise. Die Beiziehung von Kinder- oder Jugendpsychiater/innen im Rahmen eines Konsiliums haben in solchen Fällen Notfallcharakter und es besteht ein grosser Handlungsdruck. Auf-

gabe der Kinder- und Jugendpsychiater/in ist das Einschätzen der Suizidalität und die Klärung der psychosozialen Belastungen und Konflikte, welche meistens Ursache für den Suizidversuch bei Jugendlichen sind. Wenn Betroffene über ein tragfähiges soziales Netz verfügen, so ist eine Rückkehr nach dem stationären Aufenthalt in das gewohnte Umfeld möglich. Jedoch müssen Eltern beziehungsweise Bezugspersonen über Signale einer erneuten suizidalen Entwicklung aufgeklärt werden, da das Wiederholungsrisiko relativ hoch ist (S.232-233).

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass gemäss Diefenbacher (1999) die Liaisonpsychiatrie von der Konsiliarpsychiatrie unterschieden werden muss. Es handelt sich dabei um eine intensivere Zusammenarbeit der Psychiatrie und der somatischen Medizin. Der/die Psychiater/in ist auf der somatischen Station fester Bestandteil und regelmässig präsent. Der Vorteil der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist neben der Verankerung des psychiatrischen Fachwissens in der somatischen Medizin die schnelle Verfügbarkeit (S.1-2).

Resümee

Aus den obigen Ausführungen wird ersichtlich, dass sich die klinische Sozialarbeit in erster Linie um die psychosoziale Dimension einer Erkrankung oder der Ursache eines Suizidversuches kümmert. Das heisst, die klinische Sozialarbeit hat die Aufgabe die Ressourcen aus dem Umfeld zu aktivieren, Konflikte in Familie und Umfeld aufzudecken und wenn möglich zu klären sowie Patienten/Patientinnen mit professionellen Angeboten zu vernetzen. Eine weitere Aufgabe für die klinische Sozialarbeit besteht darin, nicht nur zu analysieren, welche Ressourcen im Umfeld vorhanden sind, sondern auch sich mit den Folgen eines Suizidversuches für das Umfeld zu befassen und das Umfeld dementsprechend zu stützen. Folglich steht bei der klinischen Sozialarbeit hauptsächlich die psychosoziale Gesundheit im Zentrum.

Die Konsiliarpsychiatrie hingegen befasst sich laut Definition hauptsächlich mit der psychischen Gesundheit, also mit der psychischen Dimension einer Lebenssituation eines Patienten/einer Patientin. Dementsprechend beschränken sich die konsiliarpsychiatrischen Interventionen auf die Verschreibung von Medikamenten, das Abklären und Einleiten der psychiatrischen Weiterbehandlung sowie auf konkrete psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen.

Bei den psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen durch Konsiliarpsychiater/innen können trotz dem Fokus auf die psychische Gesundheit Überschneidungen mit der klinischen Sozialarbeit entstehen, beispielsweise das Klären von Familienkonflikten oder allgemein der Einbezug des Umfeldes. Dies zeigt sich auch bei den Ausführungen zur Kinder- und Jugendkonsiliarpsychiatrie nach Fegert und Goldbeck. Dass es Überschneidungen gibt, lässt sich nicht vermeiden, da sich die Professionen Psychologie und Sozialarbeit fachlich sehr nahe stehen. Es ist insbesondere so, dass die Psychiatrie/Psychologie für die Sozialarbeit als Bezugsdisziplin fungiert. Dies verdeutlicht die Möglichkeit von Überschneidungen.

Nach Helmut Pauls (2004) ist es daher wichtig, dass die klinische Sozialarbeit bei der psycho-sozialen Fallarbeit professionseigene Akzente setzt. Denn ohne die psychische Dimension ist in der klinischen Sozialarbeit keine positive Veränderung zu erzielen. Umgekehrt können psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen ohne die Beachtung der sozialen Dimension keine langfristigen Erfolge nach sich ziehen. Das heisst, es benötigt eine interdisziplinäre Kooperation, welche dem Informationsaustausch dienen soll, sodass alle beteiligten Professionellen eine klare Aufgabenstellung übernehmen können (S.23-27).

4 Methodenbeschrieb

Zur Beantwortung der Forschungsfragen dienten Expertenleitfadeninterviews. Das Leitfadeninterview eignet sich, um gezielte Fragestellungen zur Forschungsfrage einzubringen. Durch präzise Formulierung der Fragen können zentrale Aussagen über das Thema gewonnen werden. Es ist das grundlegende Ziel, Fragen möglichst offen zu stellen, sodass ein Gesprächsfluss generiert werden kann. So bietet diese Methode ebenfalls die Option, dass Unklares oder weiterführende, wichtige Aspekte der Krisenintervention unmittelbar besprochen und geklärt werden können (Cornelia Helfferich, 2011, S.179).

Die Fragestellung impliziert, dass Betroffene höchstwahrscheinlich keine gehaltvollen Aussagen über die Abläufe der Krisenintervention in den Spitälern machen können. Betroffene dürften kaum Kenntnisse über konkrete Abläufe und die Organisation der Krisenintervention in den Spitälern haben. Es könnten daher keine Informationen gewonnen werden, um die Fragestellung fachgerecht zu beantworten. Gehaltvolle Informationen über Abläufe und Organisation der Krisenintervention können nur vom Spital selber beziehungsweise von den beteiligten Akteuren/Akteurinnen der Krisenintervention erwartet werden. Akteure/Akteurinnen werden in diesem Sinne als agierende Professionen und Berufsgattungen der Krisenintervention verstanden. Sie gelten als Experten/Expertinnen ihres Faches und können fachliche, kompetente Auskunft über die Krisenintervention geben.

Das Expertenleitfadeninterview wird nach Mayer Horst Otto (2004) folgendermassen beschrieben: „Der Befragte ist hier weniger als Person (wie z.B. bei biografischen Interviews), sondern in seiner Funktion als Experte für bestimmte Handlungsfelder interessant“ (S.37). Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) bekräftigen diese Aussage, indem sie betonen, dass bei diesen Interviews die Person mit ihren Wertvorstellungen und Ansichten nicht analysiert wird. Vielmehr geht es darum, den Befragten/die Befragte im Kontext der Profession ins Zentrum zu stellen. Dabei interessiert der organisatorische und institutionelle Zusammenhang (S.442).

4.1 Stichprobe

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Experteninterviews mit neun Personen aus drei verschiedenen Spitälern geführt. Mit der Annahme, dass die Krisenintervention in jedem Spital, je nach dessen Möglichkeiten und Ressourcen, anders umgesetzt wird, wurden drei verschiedenen grosse Spitäler ausgesucht. Bei den untersuchten Spitälern handelt es sich um das kleine, ländliche Kantonsspital Obwalden, das Zuger Kantonsspital ein mittelgrosses Spital sowie um das grosse Universitätsspital Basel.

Um verschiedene Sichtweisen zu erhalten, war es das Ziel, Experten/Expertinnen aus drei unterschiedlichen Professionen eines Spitals befragen zu können. Somit werden einseitige Positionen einer Profession umgangen. Die Autorenschaft wollte jeweils einen somatischen Arzt/eine somatische Ärztin, einen Psychiater/eine Psychiaterin oder einen Psychologen/eine Psychologin sowie einen Sozialarbeiter/eine Sozialarbeiterin befragen. Aus den Kriseninterventionstheorien geht hervor, dass diese drei Disziplinen hauptsächlich in der Krisenintervention agieren.

Im Kantonsspital Obwalden standen uns ein Notfallarzt, ein Psychiater sowie eine Sozialarbeiterin der Psychiatrie zur Verfügung. Beim Zuger Kantonsspital befragten wir den Chefarzt der Intensivstation, einen Psychiater und eine Psychologin des Ambulanten Psychiatrischen Dienstes (APD) des Kantons Zug. In Basel auf der Kriseninterventionsstation (KIS) wurden mit einem Assistenzarzt Psychiatrie, einer Psychiaterin und einer Sozialarbeiterin Interviews durchgeführt.

Die Autorenschaft ist sich bewusst, dass das Ziel, jeweils drei verschiedene Professionen zu befragen, nicht erreicht wurde. Da die Forschung einem straffen Zeitplan folgen musste, ist es in Zug nicht gelungen, einen Sozialarbeiter/eine Sozialarbeiterin für ein Interview zu finden. Daher wurde in Zug zusätzlich zu dem Psychiater eine Psychologin befragt. In Basel stellte sich die Situation so dar, dass kein Interview mit einem somatischen Arzt/einer somatischen Ärztin durchgeführt werden konnte, jedoch standen zwei Fachpersonen der Psychiatrie zur Verfügung.

Im Folgenden werden die drei Spitäler kurz beschrieben. Dabei wird vor allem auf das Wesentliche für die Krisenintervention eingegangen und nicht eine umfassende Beschreibung über den Aufbau und die Strukturen des Spitals abgegeben.

4.1.1 Kantonsspital Obwalden

Das Kantonsspital Obwalden ist ein eigenständiges und überschaubares Spital. Auf der Notfallstation werden Suizidpatienten/-patientinnen versorgt. Die professionelle medizinische Erstversorgung wird dabei durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Fachärzten und kompetenten Pflegefachpersonen, gewährleistet. Die Sozialarbeit wird als Kompetenzzentrum im Spital deklariert. Diese ergänzt die ärztliche und pflegerische Versorgung mit konkreter fachlicher Hilfe in verschiedenen Lebensbereichen. Sie ist zuständig für die sozialen, zwischenmenschlichen und/oder materiellen Probleme von Patienten /Patientinnen.¹

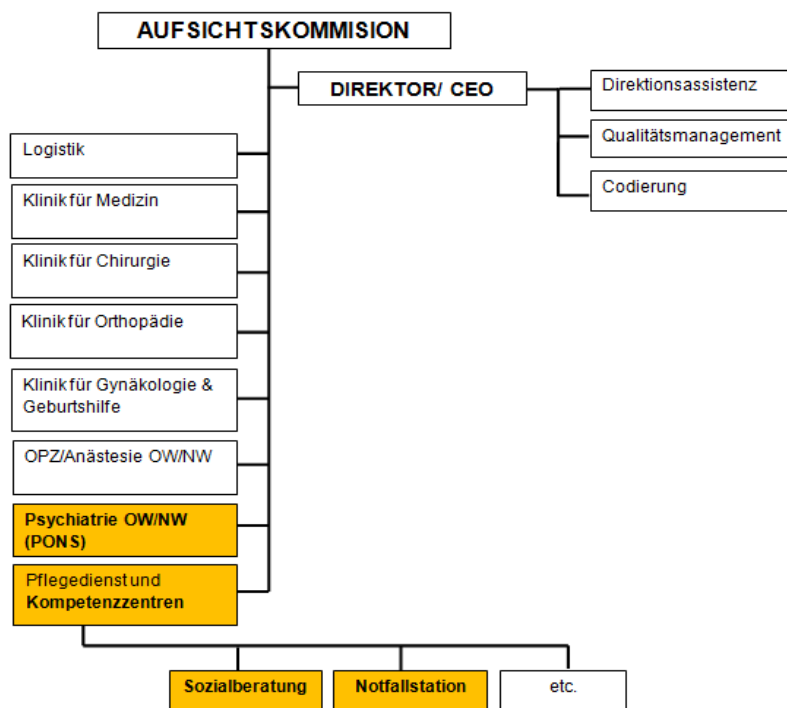


Abbildung 2: Organigramm Kantonsspital Obwalden
eigene Darstellung

¹ Weiterführende Informationen zum Kantonsspital Obwalden finden sich auf der Homepage, <http://www.spital-sarnen.ch/ksow/index.php>

Die angrenzende Psychiatrie kann konsiliarisch beigezogen werden. Die Psychiatrie Obwalden ist eine ambulante und stationäre Erwachsenenpsychiatrie. Zusätzlich bietet sie ambulante Therapien für Kinder und Jugendliche. Die Psychiatrie verfügt ebenfalls über einen Sozialdienst.²

4.1.2 Kantonsspital Zug

Das Kantonsspital Zug ist ein mittelgrosses Spital. Jedes Jahr werden im Zuger Kantonsspital rund 9'200 stationäre sowie rund 31'000 ambulante Patienten/Patientinnen behandelt und betreut.

Das Zuger Kantonsspital verfügt über eine Spitalsozialarbeit, die sich Patientenberatung nennt. In Ergänzung zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung bietet sie Hilfe in sozialen Belangen. Sie bietet Informationen, berät Patienten und Patientinnen und vernetzt sich mit externen Stellen. Sie begleitet Menschen zurück in den Alltag oder bei einem allfälligen Übertritt in eine nachgelagerte Institution.

Auf der Intensivstation werden Patienten/Patientinnen nach einem Suizidversuch betreut. Verschiedene Professionen sind an dieser Behandlung beteiligt.³

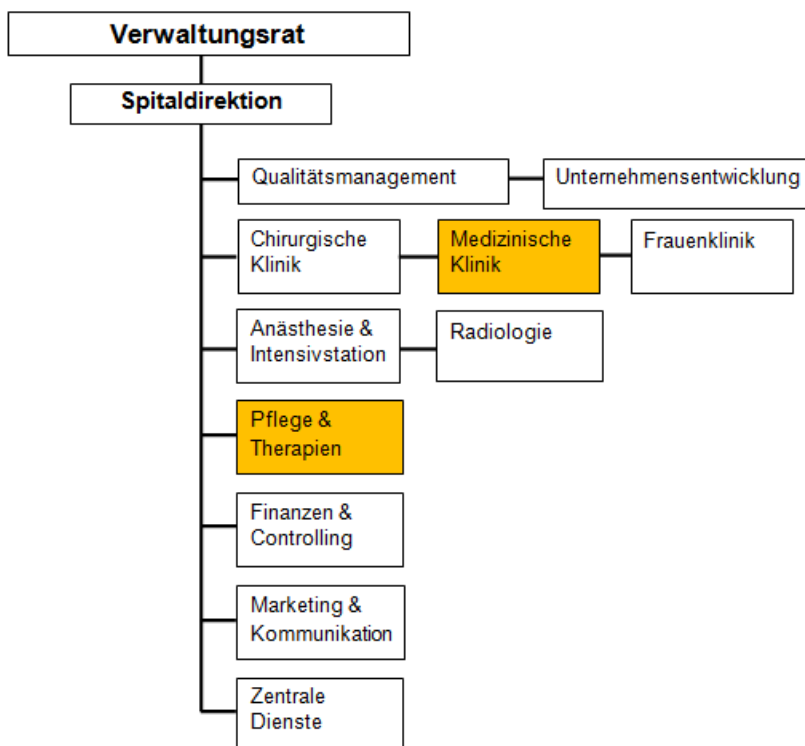


Abbildung 3: Organigramm Zuger Kantonsspital
eigene Darstellung

Für psychiatrische oder psychotherapeutische Abklärungen können die Ambulanten Psychiatrischen Dienste (APD) konsiliarisch beigezogen werden. Der APD ist nicht direkt in das Zuger Kantonsspital integriert. Der APD ist etwas ausserhalb positioniert, arbeitet jedoch eng mit dem Kantonsspital Zug zusammen.

² Weiterführende Informationen zur Psychiatrie Obwalden finden sich auf der Homepage, <http://www.ksow.ch/ksow/kliniken/psychiatrie/index.php>

³ Weiterführende Informationen zum Kantonsspital Zug finden sich auf der Homepage, <http://www.zgks.ch>

Der APD umfasst die psychiatrische Fachstelle für Erwachsene (APD-E) sowie die psychiatrische Fachstelle für Kinder und Jugendliche (APD-KJ). Personen mit psychischen Problemen können vor Ort ambulant betreut und beraten werden.⁴

4.1.3 Universitätsspital Basel

Das Universitätsspital Basel (USB) gehört zu einem der führenden medizinischen Spitäler der Schweiz, welches mit erfolgsversprechenden, international anerkannten Standards arbeitet. Die Zahl der stationären Patienten und Patientinnen liegt im Universitätsspital im Jahre 2011 bei 31'641 Personen.⁵ Wenn ein Suizidpatient/eine Suizidpatientin auf der Notfallstation oder auf der Intensivstation behandelt wird, wird konsiliarisch ein Psychiater/eine Psychiaterin beigezogen. Diese sind an die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) angeschlossen. Die UPK sind Teil des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt. Die UPK beinhaltet ein stationäres, teilstationäres und ambulantes Angebot.

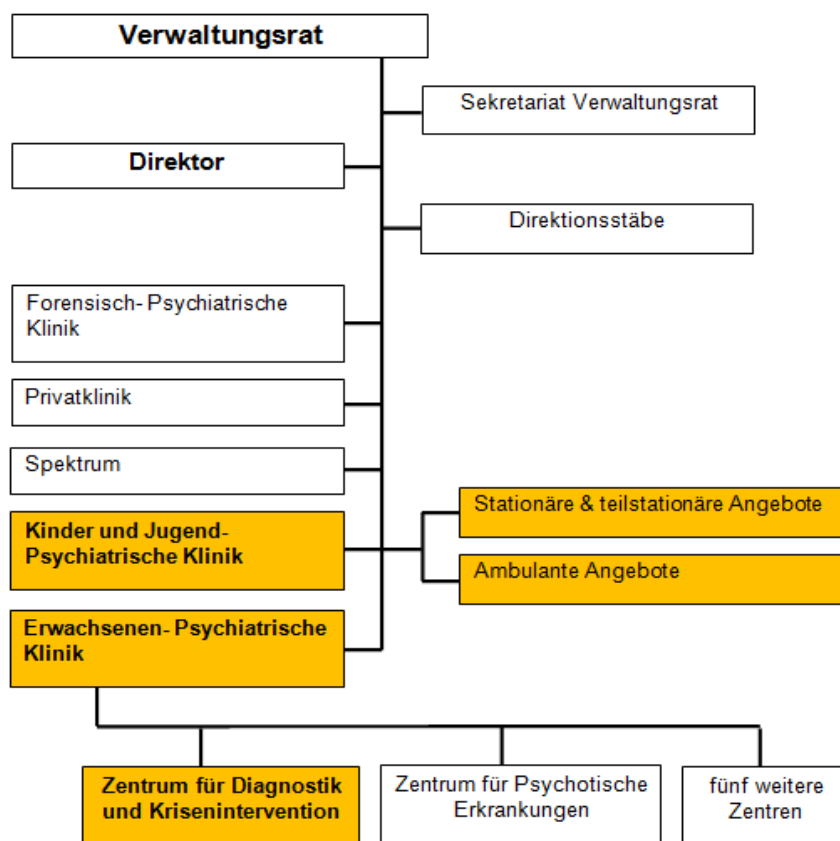


Abbildung 4: Organigramm Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

eigene Darstellung

⁴ Weiterführende Informationen zu den Ambulanten Psychiatrischen Dienste finden sich auf der Homepage, <http://www.zug.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/ambulant-psychiatrischer-dienst>

⁵ Weiterführende Informationen zum Universitätsspital finden sich unter der Homepage, <http://www.unispital-basel.ch/>

Die UPK selbst ist in vier verschiedene Kliniken unterteilt. Sie beinhaltet die Erwachsenen - Psychiatrische Klinik, die Kinder- und Jugend - Psychiatrische Klinik, die Forensisch - Psychiatrische Klinik sowie eine Privatklinik. Auf der Erwachsenen - Psychiatrischen Klinik findet sich das Zentrum für Diagnostik und Krisenintervention (ZDK), bei dem die Kriseninterventionsstation (KIS) angegliedert ist. Diese hat ihren Standort direkt im Universitätsspital Basel.

Auf der KIS werden erwachsene Suizidpatienten/-patientinnen nach dem Aufenthalt auf der Notfallstation oder Intensivstation weiter behandelt. Auf der KIS arbeiten nebst Psychiatern/Psychiaterinnen und dem Pflegepersonal ebenfalls Sozialarbeitende.⁶

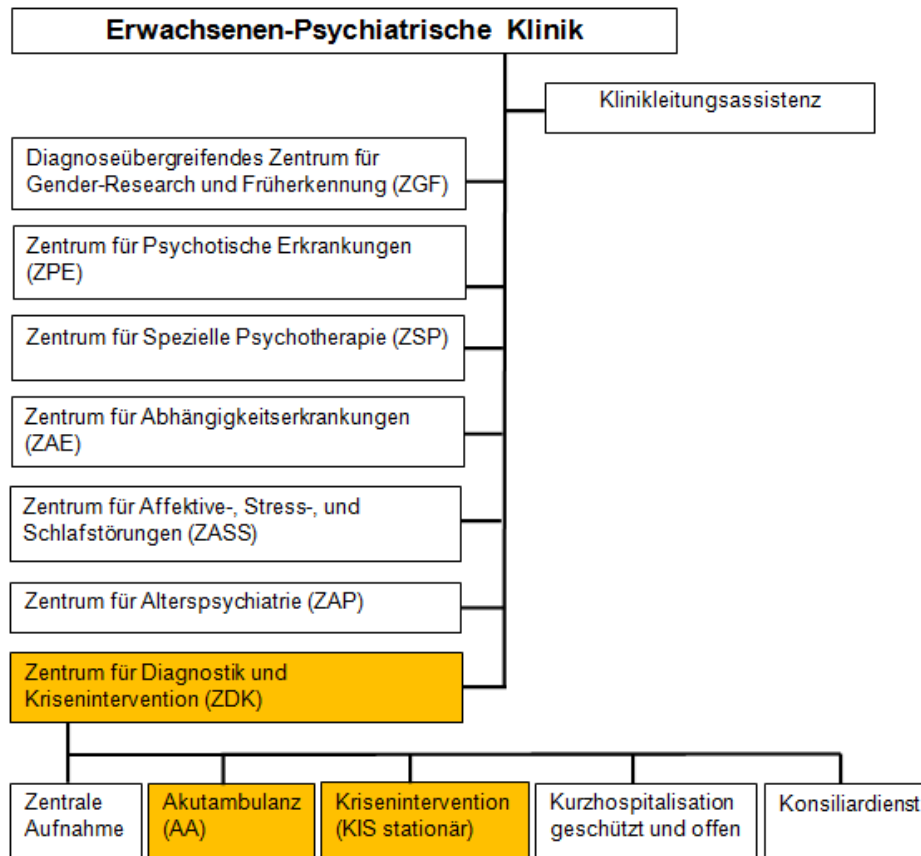


Abbildung 5: Organigramm Erwachsenen-Psychiatrische Klinik
eigene Darstellung

4.2 Erhebung der Daten

Zur Erstellung des Leitfadeninterviews wurde die Literatur von Cornelia Helfferich (2011) "Die Qualität qualitativer Daten" beigezogen. Der Leitfaden für die Interviews wurde durch das SPSS-Prinzip erstellt. SPSS bedeuten vier Schritte zur Erstellung eines Leitfadens. Diese sind: *Sammeln*, *Prüfen*, *Sortieren* und *Subsumieren*. Gemäss Helfferich (2011) lässt sich dieses Vorgehen wie folgt charakterisieren: „Dieses Vorgehen hat einen wichtigen Nebeneffekt: Es dient gleichzeitig der Vergegenwärtigung und dem Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens und der impliziten Erwartung an die von den Interviewten zu produzierenden Erzählungen“ (S.182). Im Folgenden wird die Anwendung dieser Schritte beschrieben.

⁶ Weiterführende Informationen zu den Universitären Psychiatrischen Kliniken finden sich unter der Homepage, <http://www.upkbs.ch/patienten/ambulantes-angebot/erwachsene/Seiten/default.aspx>

4.2.1 Erstellung des Leitfadens

Im ersten Schritt *Sammeln* wurden zunächst alle erdenklichen Fragen zusammengetragen, die in Bezug auf die Forschungsfragen zentral erschienen. Jegliche Zweifel, bezogen auf die Tauglichkeit und die Relevanz der Fragen, wurden zunächst ausser Acht gelassen. Schliesslich wurde eine Vielzahl an unterschiedlichen Fragen aufgelistet (Helfferich, 2011, S.182).

Im nächsten Schritt *Prüfen* wurden die Fragen überprüft und somit einer Revision unterzogen. Folgende Fragen waren dabei gemäss der Literatur von Helfferich (2011) begleitend: Welche Fragen stellen nur Faktenfragen dar? Welche Fragen sind für den Forschungsgegenstand relevant? Sind die Fragen offen gestellt, sodass eine Erzählgenerierung erzeugt wird? Welche Fragen haben die Absicht, das bereits vorhandene Wissen zu bestätigen (S.182-184)?

Ein Grossteil der Fragen konnte durch diese Revision ausgeschlossen werden, weil sie der Prüfung nicht Stand gehalten haben.

Im dritten Schritt *Sortieren* wurden verbleibende Fragen sortiert. Dies bedeutete, dass liegen gebliebene Fragen nach thematischen Aspekten in Bündel geordnet wurden. Schliesslich ergaben sich sechs Sortierbündel (ibid. S.185).

Schliesslich folgte noch der vierte und letzte Schritt *Subsumieren*. Das Ziel war es, dass die Fragen einen Erzählfluss generieren können. Für alle sechs sortierten Bündel wurde eine offene Fragestellung gebildet, dabei entstanden sechs Hauptfragen. Zu den sechs Hauptfragen wurden die dazugehörigen Fragen in Stichworte umformuliert. Diese fungierten bei der Durchführung als Gedankenstütze (ibid. S.182-185).

Der entwickelte Leitfaden ist im Anhang zu finden.

4.2.2 Durchführung der Experteninterviews

Jeweils zu zweit wurden in den Spitälern Obwalden, Zug und Basel die Leitfadeninterviews durchgeführt. Eine Person leitete das Gespräch und stellte die Fragen, die andere war für das Aufnahmegerät, Notizen und das Zeitmanagement zuständig. Das Interview dauerte jeweils eine Stunde. Insgesamt wurden neun Interviews durchgeführt.

4.3 Aufbereitung der Daten

Die qualitative Sozialforschung nach Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) diente für die Aufbereitung der Daten als Grundlage. In ihrem Artikel *Qualitativ-empirische Sozialforschung*, veröffentlichten sie einen Beitrag zur qualitativen Methodenforschung. Sie behandeln Fragen bezüglich der Methodik und stützen sich dabei hauptsächlich auf empirische Daten eigener Forschungsarbeiten (S.441).

4.3.1 Paraphrase

Da es sich nicht um persönliche Stellungnahmen des einzelnen Experten/der einzelnen Expertin handelt, sondern um den Gesamteindruck der Profession, erschien die Transkription in diesem Kontext als nicht notwendig. Dies bezeugen auch Meuser und Nagel (1991), indem sie schreiben:

Da es bei ExpertenInneninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht, halten wir aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews oder konversationsanalytischen Auswertungen unvermeidlich sind, für überflüssig. Pausen, Stimmlagen sowie sonstige nonverbale und parasprachliche Elemente werden nicht zu Gegenstand der Interpretation gemacht. (S.455)

Daher wurden die durchgeführten Interviews jeweils paraphrasiert. Wichtige Textpassagen wurden dennoch transkribiert. Somit wurde der erste Schritt des Verdichtens des Textmaterials umgesetzt. Es wurde darauf geachtet, dass nur Teile paraphrasiert werden, welche in Anbetracht der Forschungsfragen relevant erschienen. Eine Herausforderung stellte die eigene textgetreue Paraphrasierung dar. Es wurde versucht, das Gesagte von Experten/Expertinnen in eigenen Worten so wiederzugeben, dass nicht subjektive Wahrnehmungen mit einfließen. Die Paraphrase musste dem entsprechen, was von den Experten/Expertinnen geäußert wurde. Für die Paraphrase fügten Meuser und Nagel (1991) folgendes an: „Die Gültigkeit einer Paraphrase beruht darauf, dass das ExpertInnenwissen so ausgebreitet wird, dass jede, die Interview und Paraphrase miteinander vergleicht, zu dem Schluss gelangt, dass nichts unterschlagen, nichts hinzugefügt und nichts verzerrt wiedergegeben wurde“ (S.457).

4.3.2 Überschriften

Der nächste Schritt bestand darin, die Paraphrasen, textgetreu mit Überschriften zu versehen. Meuser und Nagel (1991) ergänzen, dass Interviews, die leitfadennah verlaufen, in der Regel einen Text ergeben, dessen Passagen jeweils auf ein Thema konzentriert sind. Dies bedeutet, dass im besten Fall einer Textpassage eine Überschrift gegeben werden kann (S.457-459).

Bei der Auswertung war es jedoch oft so, dass gleich mehrere Themen aufgegriffen wurden. Meuser und Nagel ergänzen dazu, dass es nicht darauf ankommt, ob eine Textpassage eine oder gleich mehrere Überschriften enthält. „Das Zerreißen der Sequenzialität des Textes auch innerhalb von Passagen ist erlaubt und notwendig, weil nicht die Eigenlogik des Einzelfalls Gegenstand der Auswertung ist“ (Meuser & Nagel, 1991, S.458).

Eine Hürde stellte dabei die Vereinheitlichung der Überschriften dar. Passagen mit ähnlichen Inhalten wurden zusammengefasst. Eine begründete Wahl für die Überschriften musste dabei getroffen werden. Bei der Aufbereitung der Daten sind pro Spital ungefähr 15-20 Überschriften entstanden.

4.3.3 Thematischer Vergleich

In einem nächsten Schritt galt es, die gemachten Überschriften der Interviews zusammenfassend in einheitliche, thematische Vergleiche zu ordnen. Meuser und Nagel (1991) beschreiben, dass in die-

sem Schritt die Interviews miteinander verglichen werden und das einzelne Interview in den Hintergrund rückt (S.459). Die bereits vorhandenen Überschriften wurden zu vereinheitlichen versucht. Das heisst, dass die drei Interviews eines Spitals gemeinsame Überschriften erhielten.

4.3.4 Soziologische Konzeptualisierung

In einem vorerst letzten Schritt erfolgte an dieser Stelle die Ablösung vom Wortlaut der Interviewten. Die gemeinsamen Überschriften wurden in Kategorien eingeteilt. Die Kategorien orientierten sich an Begriffen der erläuterten Kriseninterventionstheorien (Meuser & Nagel, 1991, S.462).

An dieser Stelle würde gemäss dem Vorgehen nach Meuser und Nagel die theoretische Generalisierung folgen. Dabei würden die Kategorien in Verbindung mit der Theorie gebracht werden. Die theoretische Generalisierung wurde in der vorliegenden Forschung nicht theoriegetreu durchgeführt. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Forschung wurden vielmehr mit den Theorien der Kapitel 2 und 3 in Verbindung gebracht (vgl. Kapitel 6.2 & 6.3). Dieses Vorgehen erachtete die Autorenschaft als sinnvoller, da so die Erläuterungen zur Jugend und Krisenintervention explizit aufgegriffen werden konnten.

4.4 Auswertung der Daten

Die Ergebnisse der Experten- und Expertinneninterviews werden im nachfolgenden Kapitel pro Spital beschrieben. Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt anhand der entwickelten Kategorien. Anschliessend werden für jedes Spital Schlussfolgerungen gezogen, welche jeweils mit einer Abbildung verdeutlicht werden. Zudem rückt dabei die Jugend und die Krisenintervention nochmals ins Zentrum. Abschliessend werden Schlussfolgerungen für die Positionierung der Sozialen Arbeit in der Krisenintervention gezogen.

5 Ergebnisse

Das folgende Kapitel widmet sich den Ergebnissen der Forschung. Dabei werden die erfassten Daten der Leitfadeninterviews benutzt, um den Ist-Zustand des Kantonsspitals Obwalden, des Zuger Kantonsspitals sowie des Universitätsspitals Basel genauer zu beleuchten. Die Ist-Zustände werden jeweils zusätzlich in einer Abbildung veranschaulicht. Dieser Teil der Forschungsergebnisse ist frei von Wertungen und Interpretationen. Es geht an dieser Stelle lediglich darum, die erfassten Daten darzustellen.

In diesem Kapitel wird nun folgende Forschungsfrage beantwortet: *„Wie intervenieren professionelle Akteure/Akteurinnen nach einem Suizidversuch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Krankenhaus?“*

5.1 Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden

Im folgenden Kapitel wird der Ist-Zustand der Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden anhand der erhobenen Daten aus den Leitfadeninterviews dargestellt. Alle nachfolgenden Ausführungen stammen aus den drei geführten Interviews. Wörtliche Zitate sind kursiv und mit Anführungs- und Schlusszeichen gekennzeichnet.⁷

Das Kantonsspital Obwalden ist ein überschaubares, kleines Spital. Es verfügt über eine Notfallstation in welcher Suizidpatienten/-patientinnen in den ersten Stunden medizinisch betreut werden. Ein Psychiater/eine Psychiaterin der Psychiatrie Obwalden kann jederzeit konsiliarisch beigezogen werden.

Die Erwachsenen Psychiatrie ist örtlich direkt mit dem Spital verbunden, dadurch kann ein Psychiater/eine Psychiaterin innerhalb kurzer Zeit vor Ort sein. Der Konsiliardienst wird dadurch rege benutzt. Die Psychiatrie Obwalden bietet stationäre und ambulante Therapien für Erwachsene. Kinder und Jugendliche, die stationär behandelt werden müssen, werden meist ausserkantonale platziert, da Obwalden über keine stationären Plätze für Kinder und Jugendliche verfügt. Aufgrund des Platzmangels in vielen Psychiatrien kann dies nicht immer erfolgen. In solchen Fällen werden Kinder und Jugendliche notfallmässig auf der Erwachsenen Psychiatrie des Kantons Obwalden aufgenommen und betreut. Die Psychiatrie Obwalden verfügt über ein ambulantes kinder- und jugendpsychiatrisches Angebot.

Der Ist-Zustand der Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden und der Psychiatrie Obwalden wird nun anhand der bei der Auswertung entstandenen fünf Kategorien *Krisenintervention, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Sozialarbeit in der Krisenintervention, Bedeutung von Jugendsuizid und Ausblick* beschrieben.

5.1.1 Krisenintervention

Nach einem Suizidversuch werden junge Erwachsene in den meisten Fällen von der Sanität ins Kantonsspital Obwalden auf die Notfallstation gebracht. Beim Einsatz hat die Sanität einerseits den Auftrag, die Notfallstation über die vorgefundene Sachlage zu orientieren, andererseits das "Scanning"

⁷ Bei Interesse sind die Interviews bei der Autorenschaft anzufordern.

in der Umgebung/Wohnung der Betroffenen zu übernehmen. Leere Medikamentenverpackungen sollen mitgenommen, Abfalleimer durchsucht und wichtige sichtbare Hinweise notiert werden. So können leere Alkoholflaschen oder eine verwahrloste Wohnung Hinweise auf den Lebensstandard des Suizidpatienten/der Suizidpatientin geben.

Bei der Krisenintervention ist die Triage in der nachfolgenden Abbildung für die beteiligten Akteure/Akteurinnen der Krisenintervention zentral:

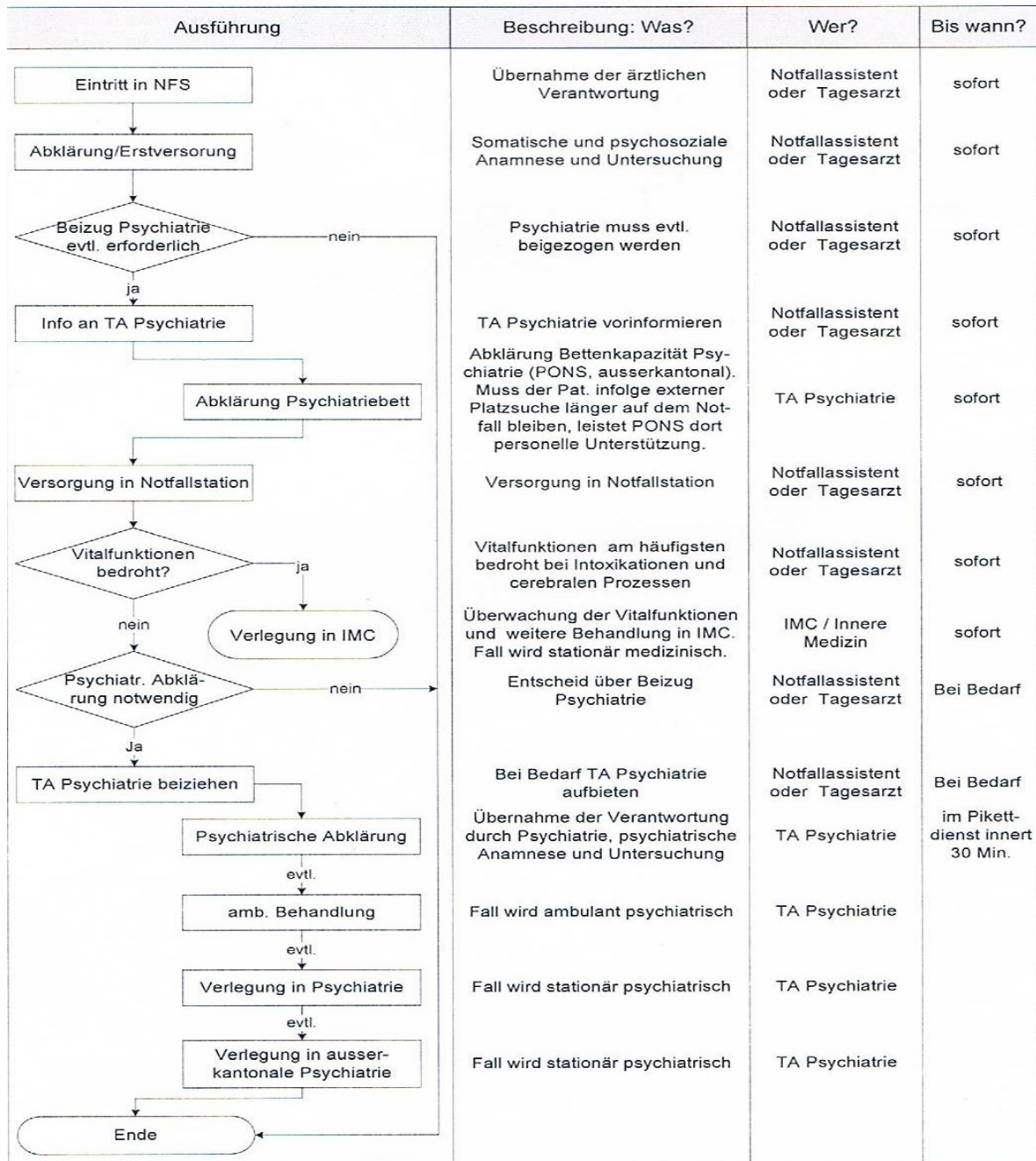


Abbildung 6: Psychiatrische Triage in der Krisenintervention, Obwalden

interne Abbildung des Kantonsspitals Obwalden

Das Pflegepersonal und der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin stehen als erstes in Kontakt mit den Betroffenen. Die Erstversorgung des Patienten/der Patientin läuft während den ersten 24 - 48 Stunden. Die Sozialberatung des Spitals wird nicht beigezogen. Es werden dabei verschiedene

Stufen der Erstversorgung unterschieden. In einer erster Beurteilung, auch somatische Anamnese genannt, wird der Patient/die Patientin durch den erstversorgenden Arzt/die erstversorgende Ärztin medizinisch untersucht. Dabei besitzt der erstversorgende Arzt/die erstversorgende Ärztin die volle Entscheidungskompetenz.

Der zweite Schritt ist die psychosoziale Untersuchung des Patienten/der Patientin. Ist der Patient/die Patientin gesprächsfähig, wird in einem Gespräch versucht die momentane Lage zu erfassen. Für solche Abklärungen wird der Konsiliardienst der Psychiatrie Obwalden beigezogen. Gemeinsam wird mit dem Patienten/der Patientin geklärt, wie die momentane Befindlichkeit ist und ob weiterhin eine Selbst-, allenfalls sogar eine Fremdgefährdung vorliegt. Es wird entschieden wie es nach der somatischen Erstbehandlung weitergeht. Falls eine Verlegung in die Psychiatrie notwendig ist, geht die Krisenintervention dort weiter. Allenfalls kommt dabei ein Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) in Betracht.

Der FFE stellt das Kantonsspital vor Herausforderungen. Erwachsene können nicht gezwungen werden, stationär betreut zu werden. Man hat einzig die Handhabung eines Fürsorgerischen Freiheitsentzugs, der jedoch sehr selten ausgesprochen wird. Es kommt auf die Schwere der Psychopathologie an, ob ein solcher ausgesprochen wird. Der FFE bei Jugendlichen, respektive eine Gefährdungsmeldung, stellt das Kantonsspital ebenfalls vor eine Herausforderung. Für einen FFE bei Jugendlichen braucht es eine Gefährdungsmeldung an die Vormundschaftsbehörde und kann daher nicht einfach ausgesprochen werden. Es können dabei Spannungen mit den Eltern entstehen und der FFE verursacht einen grossen administrativen Aufwand. Wenn Eltern sich nicht kooperativ zeigen und nicht einsichtig sind, so muss die Meinung der Eltern respektiert werden. In solchen speziellen Fällen kann es dazu führen, dass Jugendliche gegen den ärztlichen Rat entlassen werden. Rechtlich kann das Spital so nicht belangt werden, da gegen den ärztlichen Rat gehandelt wurde. Eltern werden dadurch zudem verstärkt in die Verantwortung mit einbezogen.

Die psychiatrische Krisenintervention obliegt grundsätzlich der Kompetenz des jeweiligen Psychiaters/der jeweiligen Psychiaterin. In interdisziplinären Sitzungen mit Psychologen/Psychologinnen, Fachärzten/-ärztinnen, Spezialtherapeuten/-therapeutinnen (und der Sozialarbeiterin⁸) beraten sie sich über Entscheide sowie über das Behandlungskonzept des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin. Dabei werden Massnahmen im interdisziplinären Austausch getroffen.

Die stationäre, psychiatrische Behandlung erfolgt meist in einem geschlossenen Setting. Das Psychiatrieteam ist auf Suizidpatienten/-patientinnen vorbereitet. Mittels Checkliste und dem "rote Kartensystem" wird eine optimale Krisenintervention unterstützt. Diejenige Person, die gerade die "rote Karte" auf sich hat, trägt die Verantwortung über den Suizidpatienten/die Suizidpatientin. Der Patient/die Patientin darf nicht alleine gelassen werden. Wenn die Aufsicht jemand anderem übertragen wird, so wird ebenfalls die rote Karte weitergereicht.

Beim Eintritt in die Psychiatrie wird dem Patient/der Patientin zuerst eine Phase der Ruhe gegeben. Erst im Anschluss bindet man den Patient/die Patientin in Spezialtherapien ein und versucht, eine Wochenstruktur zu schaffen. Nach ca. zwei Wochen erfolgt eine Behandlungsplanung mit allen involvierten Fachpersonen, wo erste Ziele formuliert werden. Es wird diskutiert, wo mögliche Probleme liegen und welche Massnahmen dazu benötigt werden. In weiteren Sitzungen werden Ziele evaluiert und weitere Massnahmen diskutiert. Zentral dabei ist das persönliche Gespräch mit dem Patient/der Patientin. Es wird abgeklärt, welche externen Personen involviert werden müssen, um

⁸ Es wird in diesem Kapitel ausschliesslich von der weiblichen Form der Sozialarbeitenden gesprochen, da es sich um eine einzige Sozialarbeiterin auf dem Sozialdienst der Psychiatrie Obwalden handelt.

die Ziele zu erreichen sowie wohin ein möglicher Austritt stattfinden kann. Die Zusammenarbeit mit dem familiären System wird dabei als sehr wichtig erachtet. Eltern werden bei einem möglichen Austritt stark in die Verantwortung mit einbezogen.

Der Einbezug des Umfeldes erfolgt meistens bereits durch die Sanität, da diese oft durch Angehörige oder Freunde der Suizidpatienten/-patientinnen gerufen wird. Diese Personen spielen eine wichtige Rolle im System der Betroffenen und verfügen über detaillierte Informationen der Jugendlichen. Sie werden gebeten, zusammen mit ins Spital zu kommen. Wenn keine Angehörigen oder Freunde vor Ort sind, so wird versucht den Suizidpatienten/die Suizidpatientin zu fragen, inwiefern das Umfeld mit einbezogen werden darf. Wenn Betroffene über eine längere Zeit bewusstlos sind, ist es notwendig, Angehörige ohne Zustimmung zu kontaktieren.

Am Ende eines stationären Aufenthaltes erfolgt eine Austrittsvereinbarung mit dem Patient/der Patientin. Dabei wird der Nachbetreuung grosse Beachtung geschenkt, da die ersten vier bis sechs Wochen nach einer Entlassung sehr risikoreich sind, einen weiteren Versuch zu unternehmen. Dies verdeutlicht Herr Dr. Frey, Chefarzt der Psychiatrie, mit folgender Aussage: „*Der risikoreichste Moment ist einfach die Entlassung, in den ersten vier bis sechs Wochen danach ist der heisse Moment.*“

Die unten stehende Abbildung fasst die Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden nochmals zusammen:

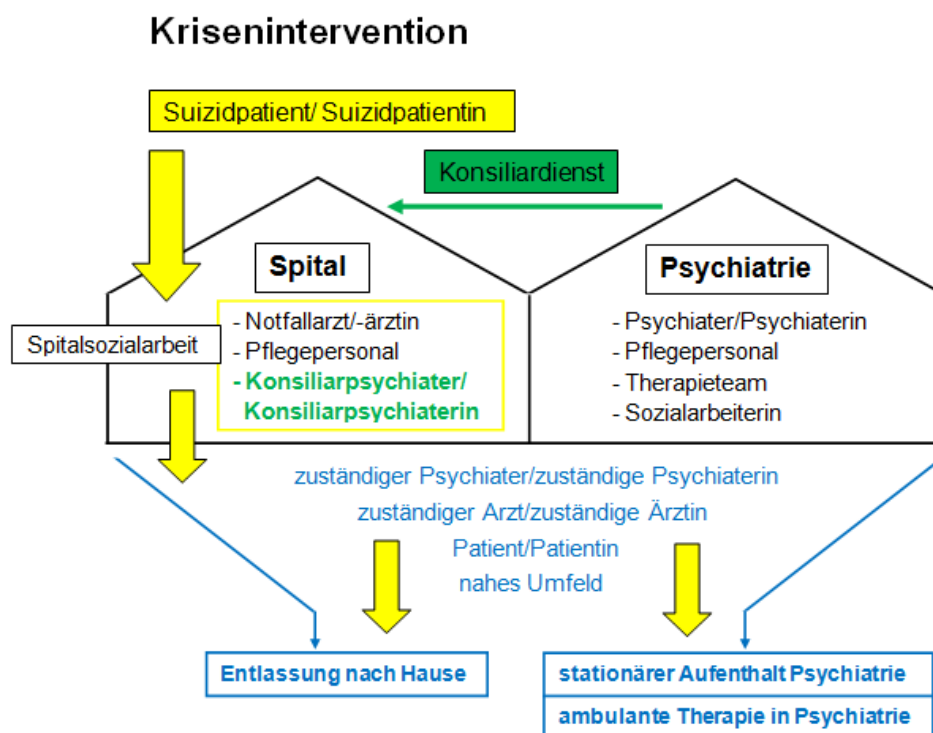


Abbildung 7: Krisenintervention Kantonsspital Obwalden
eigene Darstellung

5.1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Kantonsspital und der Psychiatrie Obwalden findet im Rahmen des Konsiliardienstes statt. Diese Arbeitsgemeinschaft ist sehr solide. Der Konsiliardienst wird häufig genutzt und es wird geschätzt, dass dieser jederzeit verfügbar ist. In wenigen Minuten kann die Hilfe eines Psychiaters/einer Psychiaterin erwartet werden, denn auch die Psychiatrie ist 365 Tage im Jahr geöffnet und ist nicht an Bürozeiten gebunden. Der Konsiliardienst wird nicht nur für Patienten/Patientinnen beigezogen, sondern auch für deren Umfeld.

Die Sozialarbeiterin der Psychiatrie ist direkt dem Chefarzt unterstellt. Sie ist grundsätzlich nicht an der Krisenintervention beteiligt. Wie oben bereits beschrieben wurde, stehen im ersten Teil der Krisenintervention somatische und psychosoziale Fragen im Zentrum. Dazu wird die Sozialarbeiterin des Spitals Obwalden nicht beigezogen. Falls ein Patient/eine Patientin an die Psychiatrie verwiesen wird, kann deren Sozialarbeiterin Teil des Behandlungsteams sein. Bei dieser Zusammenarbeit liegt letztlich die Fallführung im Bereich der Psychiatrie.

Die Psychiatrie pflegt eine gute Zusammenarbeit mit externen Fachstellen. Als Beispiel stehen sie mit dem schulpyschologischen Dienst im stetigen Kontakt. Jährlich finden vier bis fünf gemeinsame Interventionen statt. Zudem finden auch Austauschgespräche mit der Jugend- und Familienberatung statt, wo Fälle miteinander besprochen werden. Eine weitere, gute Zusammenarbeit, vor allem im Bereich der Prävention, besteht mit der Polizei.

Im Bezug auf Suizidversuche steht das Spital in Kontakt mit dem toxikologischen Institut. Diese Institution ist ein schweizweites Netz, wo Fragen rund um die Toxikologie geklärt werden können. Gerade bei Suizidversuchen mit Medikamenten ist dieses ein wichtiger Ansprechpartner.

Auch das Spital hat eine gute Zusammenarbeit mit der Polizei. Sie können das Care-Team der Polizei jederzeit zusätzlich zum Konsiliardienst beiziehen, beispielsweise für Angehörige.

5.1.3 Sozialarbeit in der Krisenintervention

Das Erstgespräch mit dem Patient/der Patientin wird wie oben erwähnt von dem erstversorgenden Arzt/der erstversorgenden Ärztin durchgeführt. Dabei können sich soziale, berufliche oder finanzielle Problemfelder herausstellen. Daraufhin kann die Sozialarbeit in die Krisenintervention involviert werden. Die Sozialarbeiterin kann insbesondere auch bei vormundschaftlichen Fragestellungen und Sozialversicherungsfragen beigezogen werden. Dies stellt aber die Ausnahme dar.

Der Einbezug der Sozialarbeiterin der Psychiatrie liegt in der Verantwortung des Psychiaters/der Psychiaterin. Die Arbeit als Sozialarbeiterin hängt somit auch massgeblich von der Eigeninitiative ab. So schildert Frau Largier, Sozialarbeiterin der Psychiatrie Obwalden: *„Wir haben ja wöchentlich auf jeder Station den Sozialrapport, wo geklärt wird, ob soziale Fragen vorhanden sind. Zudem kommt es auch darauf an, wie man die Aufgabe erfüllt. Ich bin eine Person, welche eher mal in eine Behandlungsplanung reingeht, auch wenn die Fallführenden sagen, es gäbe eigentlich nichts Soziales. Weil ich dann vielleicht doch noch einen sozialarbeiterischen Aspekt anspreche. Man hat es auf der einen Seite selbst in der Hand, wie stark man sich einbringt und auf der anderen Seite wie stark man sich das Terrain erobert.“*

Eine grosse Aufgabe der Sozialarbeit ist vor allem die Abklärung eines möglichen stationären Platzes für Kinder und Jugendliche in umliegenden Kantonen. Obwalden führt keine stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Externe Lösungen müssen so von der Sozialarbeiterin gesucht werden. Gespräche über den möglichen Anlass des Suizidversuchs sind eine therapeutische Aufgabe. Es scheint nicht immer klar abgrenzbar zu sein, was zur therapeutischen oder sozialarbeiterischen Aufgabe gehört. In Abgrenzung zu den therapeutischen Gesprächen geht es der Sozialarbeiterin um konkrete Veränderungsmöglichkeiten, in denen sie versucht, die Personen zu befähigen, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen. Die Sozialarbeiterin handelt lösungsorientiert. Mittels Ressourcenerschliessung versucht sie, mögliche Lösungen anzustreben.

5.1.4 Bedeutung von Jugendsuizid

Dem Thema Suizid wird im Kantonsspital Obwalden unterschiedlich Beachtung geschenkt. Nach der Behandlung eines Suizidpatienten/einer Suizidpatientin wird der Fall öfters intern reflektiert und besprochen. Es hängt vom jeweiligen Behandlungsteam ab, ob ein solcher Austausch gewünscht wird. Die Möglichkeit ist sicherlich gegeben.

Im Spitalhandbuch sind Prozessabläufe rund um das Thema Suizid beschrieben. So sind Standards über die Betreuung von Suizidpatienten/Suizidpatientinnen teilweise auf Papier, teilweise elektronisch festgehalten. Eine solche Beschreibung ist zum Beispiel die Psychiatrische Triage in der Krisenintervention, welche in der Abbildung 6 dargestellt ist. Zudem entwickelte das Spital einen Fragebogen bezüglich der Suizidalität und der Psychopathologie mit einem abschliessenden Beurteilungsteil. Dies dient jedoch lediglich als Arbeitsinstrument und soll nicht als abschliessendes Urteil beigezogen werden. Es wird betont, dass eine langjährige Erfahrung dazu notwendig ist.

Explizit zum Thema Jugendsuizidalität gibt es keine internen und externen Weiterbildungen. Jedoch wird das Thema Suizid durch Fortbildungen der Psychiatrie ein bis zwei Mal jährlich thematisiert. In der Psychiatrie können in internen Fortbildungskursen alle zwei Wochen wichtige Themen diskutiert und präsentiert werden. Gemäss den Interviews wäre es durchaus möglich, dass sich eine Arbeitsgruppe dem Thema Jugendsuizidalität annimmt, dieses vorbereitet und schliesslich vorstellt. Insbesondere kann dafür die Fallsupervision benutzt werden, wo Fallführende die Möglichkeit haben, dieses Thema aufzugreifen.

5.1.5 Ausblick

Die Befragten haben einige Optimierungsmöglichkeiten für die Krisenintervention im Kanton Obwalden genannt.

Die Psychiatrie hat ausschliesslich stationäre Plätze für Erwachsene. Es gibt ein kinder- und jugendpsychiatrisches ambulantes Angebot.

Wenn eine stationäre Behandlung nötig wird, müssen Kinder und Jugendliche ausserkantonale platziert werden. Oftmals ist es aber schwierig, Jugendliche innerhalb der von der Krankenkasse vorgegebenen Frist unterzubringen. Oftmals verweilen sie vorerst im Spital oder werden in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Es gibt zuwenig Plätze für Jugendliche, auch in den nahe gelegenen Kantonen. Schlussendlich muss entschieden werden, inwiefern es Sinn macht, die Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie unterzubringen oder ob es in Frage kommt, sie mit den Eltern wieder nach Hause gehen zu lassen.

Neben dem Mangel an stationären psychiatrischen Angeboten fehlt es auch an sozialpädagogisch geführten stationären Angebote für Jugendliche.

Ebenfalls wünschenswert wäre eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf die Suizidverhütung. In Winterthur gibt es beispielsweise eine Suizidkonferenz, welche sich diesem Thema annimmt. Des Weiteren wird bemängelt, dass in der Krisenintervention oftmals Ressourcen fehlen, sich mehr Zeit für die Patienten/Patientinnen zu nehmen, welche eine intensive Betreuung benötigen.

Zudem scheint klar zu sein, dass eine optimale Krisenintervention dann vorhanden ist, wenn das soziale Netz im Vorfeld greift, bevor es überhaupt zu einem Suizidversuch kommt. Die Prävention hat dabei eine grosse Bedeutung. Eltern, Schulen, Arbeitgeber und Ausbildungsstellen müssen vermehrt auf die verschiedenen Lebensphasen der Jugendlichen sensibilisiert werden. Ebenfalls scheint es wichtig, dass Jugendliche wissen, wohin sie sich in einer Krise wenden können. Schule, Übergang ins Berufsleben, Erwachsenwerden, Liebe und Beziehungen sowie Sexualität stellen wesentliche Themen der Sensibilisierung dar.

5.2 Krisenintervention im Kantonsspital Zug

Im folgenden Kapitel wird der Ist-Zustand der Krisenintervention im Kantonsspital Zug und den Ambulanten Psychiatrischen Diensten (APD) anhand der erhobenen Daten aus den Leitfadeninterviews dargestellt. Alle nachfolgende Ausführungen stammen aus den drei geführten Interviews. Wörtliche Zitate sind kursiv und mit Anführungs- und Schlusszeichen gekennzeichnet.⁹

Der Kanton Zug verfügt über kein Kinderspital, weswegen Jugendliche bis 18 Jahre nach einem Suizidversuch normalerweise ins Kinderspital Luzern eingeliefert werden. Die Ausnahme bestimmt die Regel, Dr. Baumann, Chefarzt der Intensivstation, schätzt, dass jährlich ca. 20 Jugendliche/junge Erwachsene im Alter zwischen 16 - 25 Jahren nach einem Suizidversuch im Kantonsspital Zug betreut werden.

Das Spital verfügt über keine Psychiater/Psychiaterinnen oder Psychologen/Psychologinnen vor Ort und ist somit auf die Unterstützung des APD, welcher geographisch zwar ebenfalls in Baar, jedoch nicht an denselben Örtlichkeiten angesiedelt ist, angewiesen. Der APD leistet im Kantonsspital Konsiliardienst, ein Oberarzt/eine Oberärztin des APD kann vom zuständigen Arzt oder von der zuständigen Ärztin des Kantonsspitals beigezogen werden.

Der Ist-Zustand der Krisenintervention im Kantonsspital Zug und den ambulanten psychiatrischen Diensten wird nun anhand der bei der Auswertung entstandenen fünf Kategorien *Krisenintervention*, *interdisziplinäre Zusammenarbeit*, *Sozialarbeit in der Krisenintervention*, *Bedeutung von Jugendsuizid* und *Ausblick* beschrieben.

5.2.1 Krisenintervention

Nach einem Suizidversuch werden junge Erwachsene ins Kantonsspital eingeliefert, wenn sie medizinisch betreut werden müssen. Somit steht am Anfang die somatische Erstbehandlung. In der Regel

⁹ Bei Interesse sind die Interviews bei der Autorenschaft anzufordern.

sind die Betroffenen zuerst auf der Notfallstation. Dort wird entschieden, ob es eines längeren Aufenthaltes bedarf, da die betroffene Person allenfalls komatös, sehr schwer verletzt oder eine starke Intoxikation aufweisen kann, die weiter beobachtet werden muss. In solchen Fällen werden die Betroffenen meistens auf die Intensivstation verlegt. Nicht weil sie zwingend intensivmedizinisch betreut werden müssen, sondern vielmehr, weil es sich bei der Intensivstation um ein relativ geschlossenes Setting handelt. Man kann nicht einfach davon laufen oder unbemerkt verschwinden. Es geht darum, die Betroffenen bestmöglich überwachen zu können, bis keine medizinischen Probleme mehr vorliegen. Danach wird der Patient/die Patientin in eine andere Institution verlegt. Bis zu diesem Zeitpunkt ist das Ärzteteam und das Pflegepersonal verantwortlich.

Das Team des Kantonsspitals betreibt keine Krisenintervention im eigentlichen Sinne, da sie keine ausgebildeten Psychiater/Psychiaterinnen sind und somit die Intervention höchstens einfädeln. Sobald die somatischen Behandlungen abgeschlossen sind, respektive der Patient/die Patientin ausser Lebensgefahr und verlegungsfähig ist, kann die Person, falls nötig mittels fürsorglicher Freiheitsentziehung (FFE), in eine psychiatrische Klinik überwiesen werden. Es kann nur bei ca. 15% aller Suizide im Jahr verantwortet werden, dass Betroffene direkt aus dem Spital entlassen werden. Für solche Entscheide, ob der Patient/die Patientin nach Hause oder in eine Psychiatrie entlassen wird, kann die Unterstützung des APD angefordert werden. Der psychosoziale/psychiatrische Teil der Krisenintervention kommt also im zweiten Schritt zum Zuge. Gemäss der Ärzteschaft ist es von Vorteil, dass ein Psychiater/eine Psychiaterin vom APD beigezogen werden kann. Ihnen fehlt für die Beurteilung der Suizidalität und der Weiterbetreuung die nötige Fachkompetenz. Fehlentscheide und der Weg aufs Glatteis können somit umgangen werden.

Der APD wird nicht bei jedem Suizidversuch oder jeder psychischen Auffälligkeit beigezogen, die Entscheidung des Beiziehens liegt beim behandelnden Arzt/bei der behandelnden Ärztin.

Der APD stellt eine Oberärztin, die speziell für den Konsiliardienst da ist, zur Verfügung. Nach Möglichkeit geht immer sie vorbei. Sie wird entweder bereits am Telefon oder vor Ort mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin ein Gespräch führen, um mehr über die Hintergründe erfahren zu können. Es wird geklärt, was weiss das Spital bereits, wann ist der Patient/die Patientin eingetroffen, was hat er/sie für Verletzungen, was weiss man über Beziehungen, wer ist hier noch involviert, wer kümmert sich um den Patienten/die Patientin, etc. und das Wichtigste; was genau ist die Fragestellung des Arztes/der Ärztin, denn um dies geht es primär, um eine Beratung der Ärzteschaft im Spital. Danach wird das Erstgespräch mit dem Patienten/der Patientin geführt. Es wird eine ausführliche Exploration gemacht, der/die Betroffene soll soweit als möglich beschreiben, wieso er/sie einen Versuch unternommen hat, wie ist es soweit gekommen.

Die Ärzteschaft möchte in Erfahrung bringen, ob sie diese Person wieder nach Hause entlassen kann, ob sie weiter suizidgefährdet ist und ob eine ambulante/stationäre Behandlung angebracht ist. In der Regel geht das Erstgespräch eine Stunde bis anderthalb. Die zuständige Person des APD schaut darauf, dass Eltern oder das nahe Umfeld direkt mit einbezogen werden. Ärzte/Ärztinnen des Kantonsspitals führen in der Regel keine Elterngespräche, da sie ausschliesslich für den somatischen Bereich zuständig und sie zeitlich ausgelastet sind. Danach liegt die Entscheidung beim Team des Spitals, ob sie den erhaltenen Rat befolgen oder nicht. Falls immer noch eine Suizidalität besteht, werden die Betroffenen meistens in eine psychiatrische Klinik verwiesen. Da der Kanton Zug über keine stationären jugendpsychiatrischen Plätze verfügt, müssen ausserkantonale Kliniken gesucht werden.

Falls eine ambulante Nachbetreuung möglich ist und der APD seitens des Spitalteams eingeschaltet wird, übernimmt der APD die Nachbetreuung. Auf dem APD sind Psychiater/Psychiaterinnen, also ein Ärzteteam, eine Sozialarbeiterin¹⁰, Psychologen/Psychologinnen und Sachbearbeitende tätig. Das fallführende Personal hat eine Therapieausbildung und arbeitet systemisch. Die Jugendlichen gehen ein oder zwei Tage nach der Entlassung zum ersten Gespräch vorbei, meistens mit Einbezug der Eltern. Ist der/die Jugendliche noch nicht 18 Jahre alt, müssen die Eltern über die Therapie informiert und einverstanden sein. Bei Volljährigen wird dies ebenfalls angestrebt, der ausdrückliche Wunsch des/der Betroffenen kann jedoch nicht übergangen werden. Dem Team des APD ist es sehr wichtig das Umfeld mit einzubeziehen. Besonders beim Thema Suizidalität ist es wichtig, dass die Eltern oder das Umfeld Verantwortung übernehmen.

In erster Linie wird in der Krisenintervention darauf geachtet, was zum Suizidversuch führte und was verändert werden muss. Es wird ein Psychostatus erhoben. Die familiäre Situation wird abgeklärt und dabei wird geschaut, welche Belastungen vorhanden sind. Es wird alles erfasst und dann individuell, sozusagen massgeschneidert geprüft, welche Intervention notwendig ist. Meistens sind Jugendliche damit einverstanden für eine zeitlich befristete Therapie im APD vorbeizukommen. Sie kehren aber gerne wieder zum Alltag zurück und bagatellisieren ihre Tat. Es ist immer wieder eine Herausforderung, sie zu motivieren, damit sie weiterhin erscheinen. Suizidalität ist im Jugendalter oft etwas Vorübergehendes. Junge Erwachsene wollen häufig, mit der Absicht sich zu suizidieren darauf hinweisen, dass etwas nicht gut ist, dass etwas nicht gut läuft, aber nicht, dass sie aus dem Leben gehen wollen. Der Therapeut/die Therapeutin nimmt den Patient/die Patientin in seiner/ihrer Krise ernst und versucht eine Entlastung herbeizuführen. Bei Jugendlichen, die aufgrund einer Depression einen Suizidversuch machen, bestehen gute Behandlungsmöglichkeiten. Es ist ein Krankheitsbild, dass sich mit der richtigen Behandlung stark bessern lässt.

Die Grundhaltung in der Krisenintervention im ADP ist, dass es die Krise zu überbrücken gilt, die Betroffenen zu schützen und einen weiteren Suizidversuch zu verhindern.

Ein erfolgreicher Suizidversuch erhöht das Risiko für einen erneuten Versuch massiv, unter anderem deswegen bietet der APD ein Kurzinterventionsprogramm nach einem Suizidversuch (KIPS) an.

Das KIPS wird nur für volljährige Personen angeboten. Es geht darum, das Erstgespräch auf dem APD in Form eines narrativen Interviews zu führen. Die Idee davon ist, dass hinter jedem Suizidversuch eine individuelle Geschichte steht, welche nur der Patient/die Patientin kennt und es ist wichtig, den Suizidversuch in den Kontext dieser Geschichte einzuordnen. Das Gespräch wird auf Video aufgenommen. In der zweiten Konsultation, in der Regel eine Woche später, wird das Video gemeinsam angeschaut. Dies aus der Überlegung, dass der Patient/die Patientin ein Experte/eine Expertin seiner/ihrer Geschichte ist und der Therapeut/die Therapeutin dabei als Co-Experte/-Expertin fungiert. Beim Schauen dieses Videos wird darauf geachtet, wo die Geschichte einen anderen Verlauf hätte nehmen können. Fragen wie, welche Personen hätten beigezogen werden können, welche Hilfsangebote bestehen und wie der Konflikt entstanden ist, stehen im Zentrum der zweiten Konsultation.

Ziel ist es für zukünftige Krisen eine Strategie zu entwickeln. Nach dieser zweiten Sitzung macht der Therapeut/die Therapeutin eine schriftliche Zusammenfassung über die Geschichte und die gemeinsam besprochenen Lösungsansätze. Diese Zusammenfassung wird dann in einer dritten Sitzung ge-

¹⁰ Es handelt sich um eine Sozialarbeiterin, deshalb wird künftig immer in der weiblichen Form gesprochen.

meinsam besprochen und es wird festgelegt, welche Massnahmen zu initiieren sind, sodass der Patient/die Patientin nicht wieder in eine Krise kommt. Miteinander wird festgelegt, wie es weitergeht, ob es noch weitere Behandlungen braucht.

Das Kurzinterventionsprogramm eignet sich für Menschen, die keine schwerwiegende psychische Störung haben, welche langfristig behandelt werden muss, sondern für Menschen, die in einer Krisensituation zu einem Suizidversuch geschritten sind. Es soll somit auch ein Kontakt zu einer Beratungsstelle geknüpft werden, falls es zu einer erneuten Krise kommt. Nach diesen drei Sitzungen bleibt der Therapeut/die Therapeutin des APD per Brief in Kontakt mit dem Patienten/der Patientin. Zuerst gibt es monatlich einen Erinnerungsbrief, welcher das Ergebnis der Beratung festhält und die Aufforderung enthält, dass falls es dem Patienten/der Patientin wieder schlechter geht, er/sie sich bitte frühzeitig melden soll. Die Erinnerungsbriefe werden ca. während 12 Monaten verschickt. Die Überlegung dahinter ist, dass die Gefährdung unmittelbar nach einem Suizidversuch am grössten ist, es wieder zu tun. Der Erinnerungsbrief stellt somit eine Rückfallprophylaxe dar.

Grenzen in der Krisenintervention

Die Grenzen des ambulanten Settings in der Krisenintervention liegen dort, wo eine ambulante Behandlung nicht möglich ist, weil der/die Jugendliche so suizidal ist, dass er/sie einen geschützten Rahmen braucht beziehungsweise kein tragfähiges Umfeld vorhanden ist.

Bei einer notwendigen stationären Behandlung muss für Jugendliche ausserkantonale ein Platz gesucht werden. Es kommt immer wieder zu Engpässen, da die stationären jugendpsychiatrischen Kliniken bereits stark ausgelastet sind und es muss eine Überbrückung auf einer Erwachsenenstation gesucht werden, dies ist keine optimale Situation. Eine andere Grenze im APD ist, wenn ein Patient/eine Patientin keinen Kontakt will, das ist häufig der Fall.

Im Kantonsspital Zug gibt es im Bezug auf Suizidversuche vor allem fachliche Grenzen. Zum Beispiel in psychiatrischen Belangen verfügt das Personal nicht über die nötige Kompetenz, um Entscheide zu fällen. Ebenfalls gibt es keine psychiatrische Fachkompetenz direkt vor Ort.

Resümee

In der nachfolgenden Abbildung wird die Krisenintervention des Kantonsspitals Zug nochmals zusammengefasst dargestellt. Alles beginnt mit der Einweisung des Patienten/der Patientin. Diese werden von den zuständigen Personen im Kantonsspital betreut. Ebenfalls ist eine Spitalsozialarbeit vorhanden, diese wird bei Suizidversuchen meist aber nicht eingeschaltet. Weiter zeigt die Abbildung, dass der APD den Konsiliardienst leistet. Es ist aber ein freiwilliges Angebot und mit keinen Pflichten verbunden.

Der blaue Strang zeigt auf, wer die Entscheidungskompetenz trägt, wenn der APD nicht eingeschaltet wird. Meistens wird der Patient/die Patientin in eine Psychiatrie weiterverwiesen, wobei vor einem FFE nicht zurückgeschreckt wird. Eine Entlassung nach Hause ist ebenfalls denkbar, meist ohne weitere Therapieangebote.

Der grüne Strang zeigt auf, wer alles in der Entscheidungsfindung mit dabei ist, wenn der APD beigezogen wird. Der APD kann als Entlastungsfunktion für die Ärzteschaft gesehen werden. Er schafft dabei zudem Raum, dass auch das Umfeld in die Entscheidung mit einbezogen werden kann. Falls der Patient/die Patientin weiterhin suizidal ist, wird er/sie in eine Psychiatrie weiterverwiesen. Der FFE gilt im APD als Ultima Ratio. Er wird also wirklich nur dann angewendet, wenn eine Person nicht

mehr urteilsfähig und selbstgefährdet ist. Eine Entlassung nach Hause kann ebenfalls ins Auge gefasst werden, allerdings mit Anbindung an den APD und fortführender ambulanter Therapie.

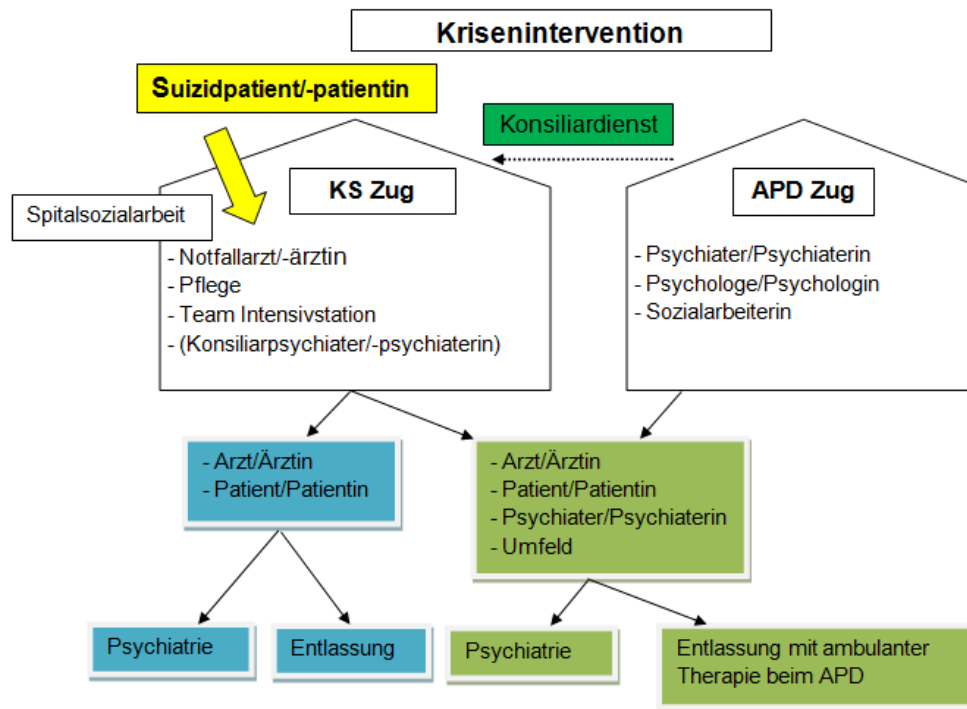


Abbildung 8: Krisenintervention Zuger Kantonsspital
Eigene Darstellung

5.2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei der Krisenintervention im Kantonsspital wird grundsätzlich im Team entschieden. Es entscheidet nicht eine Einzelperson über die Köpfe der anderen hinweg. Schlussendlich liegt die Verantwortung jedoch bei dem zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin.

Der Konsiliardienst arbeitet ausschliesslich mit den Ärzten/Ärztinnen zusammen, da diese schlussendlich die Entscheidungen fällen. Die Pflege kann vom APD beigezogen werden, wenn sie über mehr Informationen verfügen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn sie die Angehörigen kennengelernt oder mit dem/der Betroffenen schon ausführlicher gesprochen haben.

Der APD wird vom behandelnden Ärzteteam beigezogen, wenn sie denken, dass eine ambulante Weiterbehandlung Sinn macht und der Patient/die Patientin nicht zwingend in eine psychiatrische Klinik weiterverwiesen werden muss. Dies wird dann gemeinsam mit dem Ärzteteam, dem Konsiliardienst vom APD, dem Umfeld und dem/der Betroffenen angeschaut und entschieden. Der Konsiliardienst kann eine Entlastungsfunktion für die Ärzteschaft im Kantonsspital darstellen, da diese mit ihren eigenen Aufgaben derart ausgelastet sind, dass nicht genügend Zeitressourcen zur Verfügung stehen, um tiefergehende Gespräche mit den Patienten/Patientinnen oder deren Umfeld zu führen. In seltenen Fällen zieht das Ärzteteam auch die Spitalsozialarbeit bei.

Der Austausch zwischen APD und Spital wird grundsätzlich als gut empfunden, die gegenseitige fachliche Meinung wird geschätzt. Es gibt jedoch immer wieder Ärzte/Ärztinnen im Spital oder auch Hausärzte, die den APD nicht beiziehen.

Der APD bildet sich ständig zum Thema Suizidalität weiter. Sie gehen regelmässig an Weiterbildungen und haben auch Supervisionen. Der APD hat regelmässige Treffen mit kantonalen Fachstellen, wie zum Beispiel punkto Jugend und Kind, dem Schulpsychiatrischer Dienst, der Schulsozialarbeit und anderen Fachstellen.

5.2.3 Sozialarbeit in der Krisenintervention

Das Kantonsspital Zug verfügt über einen Spitalsozialdienst direkt vor Ort. Bei längeren somatischen Fällen, welche intensivmedizinisch betreut werden müssen, kann durch Nachfragen oder durch Einbezug des Umfeldes die Sozialarbeit zum Tragen kommen. Dies passiert im Rahmen dessen, was notwendig erscheint. Die Sozialarbeit ist für den administrativen Bereich, die Betreuung oder für das Umfeld einsetzbar. Bei Jugendlichen nach einem Suizidversuch wird die Sozialarbeit aber meist nicht eingeschaltet.

Im APD erfolgt die therapeutische Arbeit primär durch Ärzte/Ärztinnen oder Psychologen/Psychologinnen. Die Sozialarbeiterin wird vor allem für Fachaufgaben beigezogen. Dabei kann es durchaus sein, dass sie über einige Zeit hinweg fallführend ist. Sie wird also beigezogen, wenn viele Probleme, die zu dieser Krise führten, in den Bereichen Finanzen, Schulden, Arbeitssituation, Wohnsituation liegen. Bei Jugendlichen wird die Sozialarbeit immer einbezogen, wenn es um Platzierungen geht. Eine grosse Ressource der Sozialarbeit ist, dass sie am meisten über praktische Hilfsmöglichkeiten Bescheid weiss, sei dies finanzieller Art, bezüglich Wohnen, beruflicher Reintegration oder Freizeitgestaltung. Die Sozialarbeiterin des APD ist die bestvernetzte Mitarbeiterin und wird stets nach Bedarf eingesetzt.

Es kommt oft vor, dass suizidale Personen bereits auf dem Gemeindesozialdienst oder der Vormundschaftsbehörde gemeldet sind. In solchen Fällen werden die dort zuständigen Sozialarbeitenden mit einbezogen. Die Soziale Arbeit hat im Allgemeinen für den APD einen wichtigen Stellenwert. Sie arbeiten mit vielen externen Stellen zusammen, wo ausschliesslich Sozialarbeitende tätig sind. Als Beispiel stehen sie im engen Kontakt mit den Schulsozialarbeitenden des gesamten Kantons Zug. Diese triagieren immer wieder Jugendliche zum APD, wo eine Selbstgefährdung besteht oder bestehen könnte.

Hier sieht Frau Dr. Blattmann, Psychologin APD, eine Grenze: *„Aber im Bezug auf das Thema Suizid denke ich, dass dies eine Grenze für die Soziale Arbeit darstellt. Sie können dies oft zu wenig beurteilen, aber dazu können sie uns ja beiziehen. Es kommt immer wieder vor, dass ein Schulsozialarbeiter bei uns anruft und von einem Jugendlichen berichtet und ihn an uns weiter triagiert. Solche bekommen dann auch noch am selben Tag einen Termin bei uns.“*

Die Erfahrungen des APD mit dem Thema Suizidalität haben gezeigt, dass andere Professionen, unter anderem die Soziale Arbeit, oft Angst vor einer Beurteilung oder Zusammenarbeit mit den Betroffenen haben und deswegen gerne diese an den APD weiterverweisen.

5.2.4 Bedeutung von Jugendsuizid

Im Kantonsspital Zug hat das Thema Jugendsuizidalität anscheinend keinen grossen Stellenwert. Das Spital ist für den somatischen Bereich zuständig, psychiatrische Fälle stellen ein Nebenproblem dar,

wo der APD eingeschaltet werden kann oder die Patienten/Patientinnen weiterverwiesen werden. Der APD hat schon Weiterbildungen zum KIPS gehalten, bei denen das Ärzteteam teilgenommen hat. Ansonsten ist Suizid kein Thema der Weiterbildungen im somatischen Bereich.

Es besteht kein Besprechungsbedürfnis solcher Fälle. Die Mitarbeitenden sind schlimme Unfälle oder Krankheiten gewohnt. Falls ein Bedürfnis bestehen würde, hätte dies Platz und es bestände die Möglichkeit seine Anliegen einzubringen.

Anders beim APD, dort nimmt das Thema Suizid und insbesondere Jugendsuizid einen hohen Stellenwert ein. Es ist ein Gebiet, in dem die Angestellten des APD sich neben der täglichen Arbeit zu engagieren versuchen. Gemeinsam mit dem Gesundheitsamt des Kantons Zug wurde eine Präventionsbroschüre erstellt. Weiter hat der APD Flyer gestaltet, die auf das Thema aufmerksam machen und in Beratungsstellen aufliegen. Der APD hat zudem eine interne Arbeitsgruppe, die immer wieder an der Früherkennung und Prävention arbeitet. Des Weiteren betreibt der APD viel Öffentlichkeitsarbeit zum Thema, sie halten als Beispiel Vorträge an Schulen, leiten Lehrerfortbildungen und nehmen an Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kongressen teil. Es ist dem APD ein Anliegen, dass sich die Mitarbeitenden laufend weiterbilden.

Der APD ist sich bewusst, dass es sich um ein freiwilliges Angebot handelt. Für das Gelingen einer Beratung braucht es die Mitwirkung der Betroffenen. Es wird akzeptiert, wenn jemand keine Behandlung wünscht.

Herr Dr. Walti, Chefarzt APD, holt zur persönlichen ethischen Haltung aus: *„Es geben uns verschiedene Resultate aus der Suizidforschung das Recht, präventiv tätig zu sein und Suizid primär verhindern zu wollen. Man weiss, dass 90% der Menschen, die sich umgebracht haben, an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten haben. Weiter weiss man, dass von allen Leuten, die sich versuchten das Leben zu nehmen, schlussendlich nur einer von zehn an Suizid stirbt. Dies heisst 9 sind zur irgendwelchen anderen Problemlösungsstrategien gekommen. Dies bedeutet, wenn wir diese suizidale Krise überbrücken können und Zeit gewinnen, diese vorbeigehen zu lassen, haben wir viele Menschenleben gerettet. Meine persönliche Meinung ist, dass sich das Leben lohnt und dass das Leben eigentlich für jeden Menschen lebenswert sein müsste. Die Frage des Suizid und Freiheit ist für mich eine sehr philosophische Ebene. Wir in der Praxis sehen häufig, dass Suizid in den allermeisten Fällen nichts mit Freiheit zu tun hat, sondern ein Notausgang darstellt. Man muss die Not angehen und nicht den Ausgang ermöglichen.“*

5.2.5 Ausblick

Die Befragten haben einige Optimierungsmöglichkeiten für die Krisenintervention im Kanton Zug genannt.

Es wurde eine spezialisierte Fachstelle gewünscht, die sich intensiv mit Suizidversuchen und der Intervention auseinandersetzt und dem Spital eine Art Krisentelefon zur Verfügung stellt, welches Tag und Nacht 365 Tage wählbar ist. Gerade im Bezug auf die Jugendsuizidalität müsste sich diese spezialisierte Stelle mit dieser Altersgruppe auskennen und gut vernetzt sein, damit am Telefon alles unkompliziert geregelt werden kann. Gemäss dem Wissensstand von Dr. Baumann gibt es ein solches Angebot nicht, er ist sich diesbezüglich aber nicht absolut sicher.

Die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital ist aus Sicht des APD verbesserungswürdig. Der APD würde sich als Beispiel wünschen, dass sie bei jedem Suizidversuch beigezogen werden. Gerade in einer akuten Krisensituation gehört für den APD ein Erstkontakt mit einem Psychiater/einer Psychiaterin einfach dazu. Wie dies nach dem Austritt weitergeht, ist dann eine andere Frage. Bei Jugendlichen wäre dies sehr sinnvoll, da diese direkt nach einem Versuch am zugänglichsten sind. Je nachdem ist es ein Tag später für Jugendliche nicht mehr so wichtig, was sie gerade getan haben. Eine sofortige Intervention seitens des APD kann sich präventiv auswirken, denn es kann gut sein, dass dieser Jugendliche ein paar Monate später wieder in der gleichen Situation ist. Deshalb würde sich der APD ein Beiziehen bei allen Suizidversuchen wünschen.

Den Befragten des APD war die Früherkennung und Prävention ein Anliegen. Es wäre von grossem Vorteil, wenn Professionen, die viel mit Kinder und jungen Erwachsenen arbeiten, wie beispielsweise Lehrpersonen, aufs Thema sensibilisiert werden. Es ist wünschenswert, wenn diese Professionen eine Gefährdung erkennen könnten und wissen, wohin sie solche Jugendliche schicken können.

Ein weiteres Anliegen des APD, welches aber der Kanton Zug bereits erkannt hat, sind teilstationäre Einrichtungen. Tageskliniken, welche eine stationäre Behandlung erübrigen würden. Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich mangelt es ebenfalls an stationären Plätzen. Man ist auf die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen angewiesen. Eine stationäre Einrichtung oder eine Tagesklinik für Jugendliche ist daher erstrebenswert.

5.3 Krisenintervention am Universitätsspital Basel

Im folgenden Kapitel wird der Ist-Zustand der Krisenintervention im Universitätsspital Basel anhand der erhobenen Daten aus den Leitfadeninterviews dargestellt. Alle nachfolgende Ausführungen stammen aus den drei geführten Interviews. Wörtliche Zitate sind kursiv und mit Anführungs- und Schlusszeichen gekennzeichnet.¹¹

Beim Universitätsspital handelt es sich im Gegensatz zu den vorher vorgestellten Krankenhäusern um ein grosses Spital. Besonders zu erwähnen ist hier die Stellung des Zentrums für Diagnostik und Krisenintervention (ZDK) im Universitätsspital, welches zwar organisatorisch der universitären psychiatrischen Kliniken angehört, örtlich aber ein fester Bestandteil des Spitals ist. Die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen der somatischen Medizin und der Psychiatrie erfährt so eine Erleichterung. Bemerkenswert ist die Kriseninterventionsstation (KIS) im ZDK am Universitätsspital, welche im Folgenden bezüglich der Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei jungen Erwachsenen genauer betrachtet wird.

Der Ist-Zustand der Krisenintervention im Universitätsspital Basel auf der Kriseninterventionsstation wird nun anhand der bei der Auswertung entstandenen fünf Kategorien *Krisenintervention*, *interdisziplinäre Zusammenarbeit*, *Sozialarbeit in der Krisenintervention*, *Bedeutung von Suizid* und *Ausblick* beschrieben.

5.3.1 Krisenintervention

Auf der Kriseninterventionsstation (KIS) arbeitet ein interdisziplinäres Team, das von einer Oberärztin geführt wird. Eine Pflegeleitung und -team, Assistenzärzte/-ärztinnen sowie Sozialarbeitende sind die weiteren Teammitglieder. Die KIS ist in die universitären psychiatrischen Kliniken eingebettet. Dabei ist sie der Erwachsenen - Psychiatrischen Kliniken zugeordnet und gehört in dieser Abteilung zum ZDK.

Um auf der KIS behandelt zu werden, müssen die Suizidpatienten und Suizidpatientinnen bestimmte Bedingungen erfüllen. Da die KIS einer Psychiatrie für Erwachsene angehört, heisst das für die Krisenintervention, dass sie nur junge Erwachsene ab 18 Jahren berücksichtigen. Für Jugendliche unter 18 Jahren ist in Basel die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik zuständig, welche ebenfalls den universitären psychiatrischen Kliniken angehört. Eine weitere Bedingung für junge Erwachsene nach einem Suizidversuch ist die Distanzierung von weiteren Suizidversuchen, da es sich bei der KIS zwar um eine stationäre, aber nicht um eine geschlossene Station handelt. Besteht keine klare Distanzierung von Suizidversuchen beziehungsweise bei den Patienten/Patientinnen ist eine akute Suizidalität vorhanden, müssen sie auf freiwilliger Basis oder mittels dem fürsorglichen Freiheitsentzug in die geschlossene psychiatrische Klinik eingewiesen werden.

Patienten/Patientinnen kommen nach einem Suizidversuch erstmals auf die Notfallstation. Im Vordergrund steht vorerst die somatische Behandlung beziehungsweise lebensrettende Massnahmen. Bei schweren somatischen Problemen bleiben Betroffene auf der Intensivstation. Anschliessend wird ein Psychiater/eine Psychiaterin im Rahmen des psychiatrischen Konsiliums eingeschaltet. Dabei wird

¹¹ Bei Interesse sind die Interviews bei der Autorenschaft anzufordern.

abgeklärt, um welchen Schweregrad es sich beim Suizidversuch handelt, damit entschieden werden kann, wohin der Patient/die Patientin verlegt wird beziehungsweise, ob allenfalls die psychiatrische Poliklinik mit einbezogen werden muss. Erst wenn bei Patienten/Patientinnen nach einem Suizidversuch die somatische Behandlung abgeschlossen ist und keine akute Suizidalität mehr besteht, können sie auf die KIS verlegt werden.

Die Krisenintervention auf der KIS ist auf fünf Tage und vier Nächte ausgelegt. Das Ziel besteht darin, die Betroffenen in der akuten Krise zu stabilisieren. Um dies zu erreichen, brauchen Patienten/Patientinnen nach einem Suizidversuch oftmals einen Tag Ruhe. Des Weiteren werden dann die Ursachen abgeklärt, eine Bestandsaufnahme sowie eine Diagnose gestellt. Die KIS beziehungsweise das ZDK definiert sich als eine Sozialpsychiatrie. Deshalb ist es gerade in diesem Setting wichtig festzustellen, ob es sich um eine psychische Krise aufgrund sozialer Probleme handelt oder ob der Patient/die Patientin soziale Probleme aufgrund einer psychischen Krankheit entwickelt hat. Das Ziel besteht darin, die schweren Krisen der Patienten/Patientinnen aufzufangen, indem neue Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und angeboten werden. Zudem soll innerhalb der fünf Tage entweder eine ambulante oder eine stationäre Weiterbehandlung eingeleitet werden. Die Krisenintervention soll einen raschen Zugang zu professionellen, fachspezifischen Hilfen ermöglichen. Beendet ist die Krisenintervention, wenn der Patient/die Patientin nach den fünf Tagen auf der KIS genügend stabilisiert ist, um in sein/ihr Umfeld zurückzukehren und mit einer ambulanten Behandlung weiterzufahren. Frau Dr. Calabrese, Oberärztin Akutambulanz, verdeutlicht dies mit folgender Aussage: *„Eine Krisenintervention ist dann beendet, wenn eine Stabilisierung des Patienten in seiner Akutkrise eingetroffen ist, sodass im Folgenden weitere Behandlungen greifen können.“*

Können Patienten/Patientinnen nicht in ihr Umfeld zurück, ist es möglich den Aufenthalt auf der KIS um einige Tage zu verlängern, um eine andere Lösung zu finden. Wichtig ist zudem, dass bei einer ambulanten Weiterbehandlung schon ein Termin - bestmöglich in der Woche des Austritts - vereinbart ist.

Ein weiterer Bestandteil der Krisenintervention ist der Einbezug des Umfeldes. Da sich die KIS in einem Setting der Erwachsenenpsychiatrie befindet, müssen Patienten/Patientinnen immer das Einverständnis für eine Kontaktaufnahme geben. Grundsätzlich ist es der KIS wichtig, gerade bei jungen Erwachsenen, das Umfeld mit einzubeziehen. Es finden Elterngespräche statt oder der Partner/die Partnerin wird eingeladen. Eine weitere wichtige Person aus dem Umfeld stellt der Hausarzt/die Hausärztin dar, obschon auch hier ein Einverständnis für die Kontaktaufnahme bei dem Patient/der Patientin eingeholt werden muss. Bei dem Hausarzt/der Hausärztin werden vor allem Informationen über die medizinische Vorgeschichte eingeholt beziehungsweise, ob es in der Vergangenheit schon ähnliche Vorfälle gab oder suizidale Entwicklungen festgestellt worden sind.

Grenzen der Krisenintervention

Grenzen der Krisenintervention bestehen laut den Fachpersonen der KIS vor allem darin, dass der Aufenthalt zeitlich begrenzt ist und daher nur Kurzinterventionen beziehungsweise keine Langzeitbetreuungen möglich sind. Zudem übernimmt die KIS nicht die Nachbetreuung der Patienten/Patientinnen, da diese nach dem Aufenthalt auf der KIS extern ambulant oder stationär angebunden werden. Die KIS stellt im Verlauf der Krisenintervention vor allem eine erste Abklärungsstation dar. Da Menschen nach einem Suizidversuch neue Wege gehen müssen, um aus der Krise herauszufinden, kann die fehlende Bereitschaft Angebote seitens der Professionellen der KIS anzunehmen beziehungsweise umzusetzen, ein weiteres Hindernis auf ethischer Ebene für die Kriseninter-

vention bedeuten. Frau Dr. Calabrese, Oberärztin Akutambulanz, hebt dazu hervor: *„Die Gründe dafür sind oftmals Scham und Schuldgefühle der Suizidpatienten. (...) Patienten können in solchen Situationen enorm abweisend sein. Ein suizidaler Mensch muss in einer solchen Situation andere Wege bestreiten. Wir versuchen Wege und Möglichkeiten aufzuzeigen, welche angegangen werden können.“*

Die Arbeit auf der KIS ist geprägt von einem verhaltenspsychologischen Ansatz. Es werden keine tiefenpsychologischen Analysen vorgenommen. Zudem ist die Methode der Kurzzeitintervention prägend für die KIS. Die Sozialarbeitenden der KIS bringen darüber hinaus den systemischen Ansatz in die Arbeit auf der KIS. Frau Egger vom Sozialdienst zeigt in diesem Zusammenhang die Rolle der Sozialarbeit wie folgt auf: *„Gerade in der Zusammenarbeit mit Ärzten, wo das Systemische zum Teil etwas verloren geht, ist der Sozialdienst die Profession, welche das System abdeckt.“*

Resümee

Nach der Einlieferung in die Notfallstation wird nach der somatischen Erstbehandlung, automatisch der Konsiliarpsychiater/die Konsiliarpsychiaterin involviert.

Danach zeigen sich drei verschiedenen Wege für das weitere Vorgehen auf. Eine Möglichkeit ist die Einweisung in die Psychiatrie, wo der Patient/die Patientin auf einer geschlossenen Station weiterbehandelt werden kann. Dies ist der Fall, wenn sich der Patient/die Patientin nach einem Suizidversuch nicht klar von einem Suizid distanzieren kann. Besteht jedoch keine akute Suizidalität mehr und es besteht aber trotzdem Bedarf nach weiteren Abklärungen, so wird der Patient/die Patientin auf die KIS verlegt. Werden keine weiteren Abklärungen benötigt und der Patient/die Patientin verfügt über ein tragfähiges Umfeld, wird er/sie wieder nach Hause entlassen.

Bei einer Verlegung auf die KIS steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung, welches aus Fachpersonen aus der Psychiatrie, Pflege und Sozialarbeit besteht. Psychiater/innen sowie Pflegepersonal sind immer in die Krisenintervention involviert, hingegen wird die Sozialarbeit nur punktuell eingesetzt, was auch die wenigen Stellenprozente erklärt.

Es gibt drei Massnahmen, welche nach einer Krisenintervention auf der KIS folgen können. Eine Einweisung in die Psychiatrie ist denkbar, wenn bei den weiteren Abklärungen klar wird, dass der/die Betroffene psychisch erkrankt ist und stationär eingebunden werden muss. Zeigen sich vor allem starke soziale Belastungen oder Konflikte, besteht für junge Erwachsene die Möglichkeit, an (sozial-)pädagogische stationäre beziehungsweise teilstationäre Einrichtungen angebunden zu werden. Die Entlassung nach Hause ist die dritte Möglichkeit. Dabei werden die Patienten/Patientinnen an ambulante Angebote angebunden.

Je nach Problemstellung kommen psychiatrische, psychotherapeutische, sozialpädagogische, soziokulturelle oder sozialarbeiterische Angebote in Frage. Jedoch muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass trotz der ganzheitlichen Sicht beziehungsweise aus der sozialpsychiatrischen Perspektive grundsätzlich psychiatrische oder psychotherapeutische Massnahmen auf einen Aufenthalt folgen.

Nachfolgend wird die Krisenintervention zur Veranschaulichung nochmals bildlich zusammengefasst.

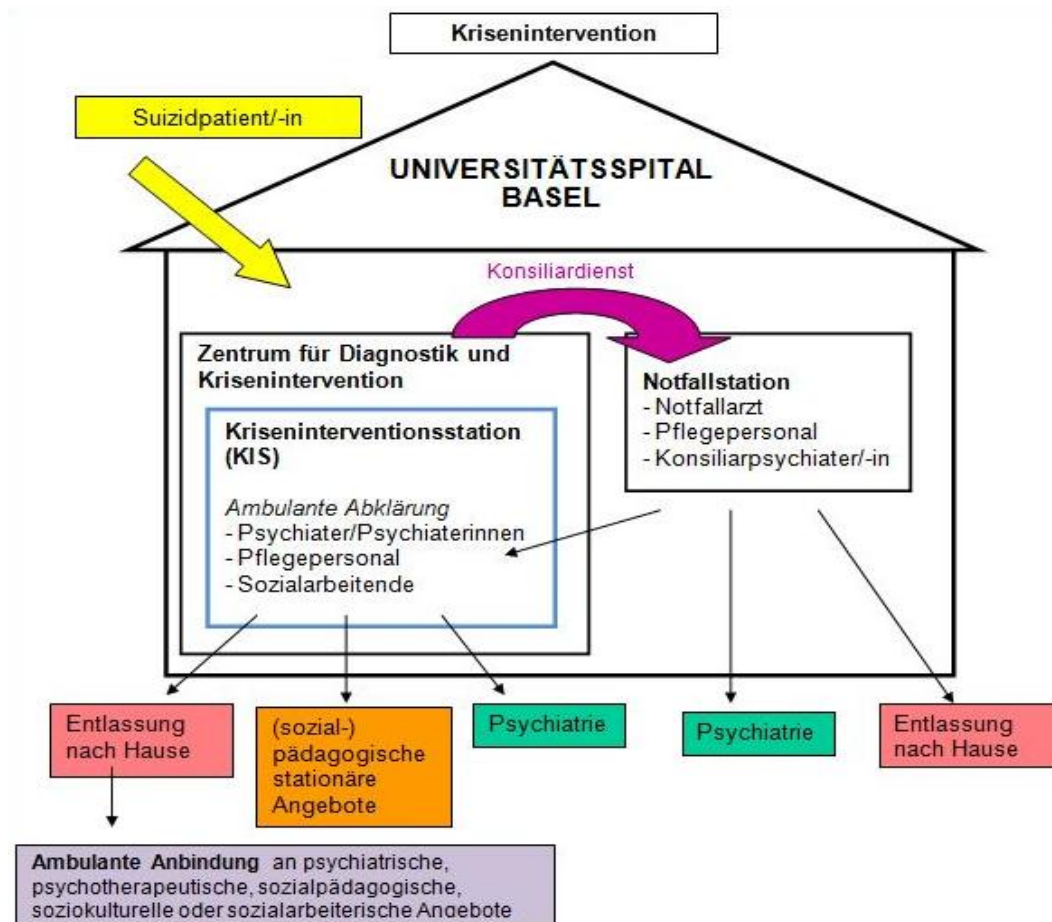


Abbildung 9: Krisenintervention Universitätsspital Basel
eigene Darstellung

5.3.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Formell findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit hauptsächlich über die Visiten statt. Es gibt täglich zwei Visiten. Bei der Morgenvsiten sind alle beteiligten Professionellen sowie der Patient/die Patientin selbst dabei. Der Fall wird vorgängig unter den Ärzten/Ärztinnen, dem Pflegepersonal und den Sozialarbeitenden besprochen. Zudem stellt die Supervision eine weitere Möglichkeit dar, sich interdisziplinär auszutauschen und die Zusammenarbeit zu verbessern.

Wenn es um die Entlassung der Patienten/Patientinnen geht, liegt diese Entscheidung grundsätzlich bei den Ärzten/Ärztinnen und dem Pflegepersonal. Prinzipiell gilt aber, dass alle beteiligten Professionellen eine Verantwortung tragen und eine offene Atmosphäre herrscht, wo alle ihre Position vertreten dürfen und diese auch angehört wird. Entscheidungen werden in der Regel gemeinsam im Team getroffen, auch wenn letztendlich die leitende Oberärztin der KIS die Verantwortung trägt.

Die Aufgabenbereiche innerhalb des interdisziplinären Teams auf der KIS sind relativ klar geregelt. Die Analyse und Diagnose ist ein Bereich, wo die Ärzte/Ärztinnen tätig sind. Jedoch ist die Zusammenarbeit zentral, damit Sozialarbeitende wie auch das Pflegepersonal optimal arbeiten können. Gerade Sozialarbeitende benötigen für das Planen und Organisieren von Massnahmen und weiteren Behandlungen Informationen über die Diagnose und die Prognose. Es ist wichtig zu wissen, inwiefern ein Patient/eine Patientin noch handlungsfähig ist und inwieweit und wo er/sie noch Unterstützung

braucht. Dabei liefert nicht nur das medizinische Personal Informationen, sondern auch das Pflegepersonal. Die Sozialarbeit hat daher mit der medizinischen Abklärung wenig zu tun, ist aber stark von dieser abhängig.

Um die Zusammenarbeit auf einem hohen Niveau halten zu können, führen die Sozialarbeitenden der KIS eine Art Informationsveranstaltung für neue Ärzte/Ärztinnen durch. Das Ziel besteht darin, dass diese genau wissen, für was die Sozialarbeit auf der KIS zuständig ist und wann diese eingeschaltet werden muss. Grundsätzlich wird die Sozialarbeit eingeschaltet, wenn soziale Belastungen im Umfeld, bei der Arbeit oder andere soziale Belastungen bestehen. Ob die Sozialarbeit in einen Fall mit einbezogen wird, liegt schliesslich beim Arzt/bei der Ärztin, da dieser/diese im Vorfeld abklärt, ob und welche sozialen Belastungen bei dem Patient/der Patientin vorhanden sind. Wird die Sozialarbeit in einen Fall involviert, handelt sie in ihrem Aufgabenbereich autonom und trägt dafür die Verantwortung.

Des Weiteren ist die Zusammenarbeit von einem häufigen Wechsel der Assistenzärzte und -ärztinnen geprägt, da das ZDK auch als Ausbildungsstation für angehende Psychiater/innen fungiert.

Das psychiatrische Konsilium beziehungsweise die Konsiliarpsychiatrie kommt bei Suizidversuchen bei jungen Erwachsenen auf der Notfallstation zum Zug. Der Dienstarzt/die Dienstärztin des ZDK führt dabei eine erste kleinere Anamnese durch, wo der psychopathologische Befund erhoben wird. Dabei werden die verschiedenen Bereiche der Psyche, welche gestört sein könnten, abgeklärt. Die Einschätzung der Suizidalität ist dabei ein zentraler Bestandteil. Bei einer Verlegung von der Notfallstation wird der Patient/die Patientin daher immer zuerst von einem Psychiater/einer Psychiaterin im Rahmen des psychiatrischen Konsiliums untersucht. Diese erste psychiatrische Abklärung hat das Ziel, genügend Informationen zu erhalten, um die weitere Behandlung einleiten zu können.

Frau Dr. Calabrese, Oberärztin Akutambulanz, fügt dazu an: *„Es ist eigentlich das Optimum, dass in der ersten Zeit abgeklärt werden kann, dass eine optimale Versorgung und Betreuung stattfinden kann. (...) Die aktuelle Suizidforschung besagt, dass der Erstkontakt während der ersten Stunden enorm wichtig ist. Ein solcher Erstkontakt kann wegweisend sein für den weiteren Verlauf. (...) Das heisst, dass der Patient neutral und mit Verständnis aufgenommen werden soll.“*

5.3.3 Sozialarbeit in der Krisenintervention

Allgemein formuliert hat die Sozialarbeit auf der KIS eine entlastende Funktion, sodass die soziale Situation des Patienten/der Patientin in dem Masse stabilisiert ist, dass der Arzt/die Ärztin mit der Therapie beziehungsweise mit der Behandlung beginnen kann. Der Assistenzarzt der KIS fasst dies wie folgt zusammen: *„Für die psychische Stabilität ist ja auch wichtig, dass die Existenz gesichert ist, also finanziell, Arbeit, Möglichkeiten zu sozialen Kontakten.“*

Grundsätzlich ist es so, dass wenn der Sozialdienst aus Sicht der Ärzteschaft benötigt wird, dieser erst am zweiten Tag des Aufenthaltes in der KIS informiert respektive involviert wird und aufgrund der begrenzten Aufenthaltszeit hauptsächlich Kurzinterventionen durchführt. Es besteht zudem die Möglichkeit, dass sich die Sozialarbeitenden elektronisch über die Patienten/Patientinnen informieren und analysieren, wo die Sozialarbeit aktiv werden müsste. Die Ressource der Sozialarbeit auf der KIS liegt vor allem darin, dass kein fester Zeitrahmen beziehungsweise kein durchgeplanter Tagesablauf besteht. So können sich die Sozialarbeitenden für Gespräche im Rahmen der Krisenintervention genügend Zeit nehmen.

Die Aufgaben für den Sozialdienst betreffen vor allem Fragen rund um das Umfeld. Probleme wie die Betreuung der Kinder oder bei jungen Menschen, die Information des Lehrbetriebes oder Arbeitgebers, sind soziale Belastungen, welche möglichst schnell bearbeitet werden sollten. Das heisst, es geht um das Erfassen des sozialen Umfeldes und anschliessend um die Unterstützung und Beratung sowie Weitervermittlung. Auch das Ärzteteam sowie das Pflegepersonal erfassen mit den Patienten/Patientinnen soziale Probleme. Der Unterschied liegt gemäss des Assistenzarztes darin: *„Die Sozialarbeit geht aber noch mehr in die Tiefe und sie erkennen Probleme nicht nur, sondern leisten dann auch weitere Unterstützung. Was sie aber nicht machen, ist die Psychotherapie oder medikamentöse Therapien.“*

Für die Ärzte und Ärztinnen der KIS haben die Informationen über das Umfeld eine wichtige Bedeutung bezüglich der Entlassung der Patienten/Patientinnen. Die Sozialarbeitenden verfügen über fachspezifisches Wissen und können so psychische Belastungen wie Arbeitslosigkeit oder Verschuldung angehen oder externe Ressourcen erschliessen.

5.3.4 Bedeutung von Jugendsuizid

Mit dem Thema Suizid und insbesondere Suizid von jungen Menschen ist die KIS immer wieder konfrontiert und daher hat dieses Thema einen hohen Stellenwert. Frau Egger, Sozialarbeiterin auf der KIS, führt dazu folgendes aus: *„In der Supervision wird das Thema immer wieder thematisiert, es wird sehr emotional aufgenommen, die lassen einem nicht kalt.“*

Neben der Supervision, welche eine wichtige Bedeutung für das Team auf der KIS hat, stellen Weiterbildungen einen weiteren Raum dar, wo das Thema Suizid bearbeitet werden kann. Zudem stellt für angehende Psychiater/Psychiaterinnen das Thema Suizid schon in der Ausbildung im Rahmen von Seminaren eine wichtige Rolle.

Laut dem Assistenzarzt der KIS hat jeder Psychiater/jede Psychiaterin Angst, für einen Suizid in die Verantwortung gezogen zu werden. Das bedeutet für die Arbeit auf der KIS, dass alle Mitarbeitenden auf das Thema Suizid sensibilisiert sind. Jedoch stellt es eine Schwierigkeit dar, für die in der Praxis tätigen Psychiater/Psychiaterinnen, Pflegenden oder Sozialarbeitenden neben der täglichen Arbeit immer auf dem aktuellsten Stand der Forschung zu sein.

Da die KIS an die universitären psychiatrischen Kliniken angebunden ist, besteht zudem die Möglichkeit von internen Weiterbildungstagen. Im Rahmen von Forschungsprojekten finden ebenso Austausche mit anderen Kliniken und Institutionen statt.

Suizidversuche stellen auf der KIS auch aufgrund ethischer Haltung ein besonderes Thema dar. Mit Emotionen wie Wut und Ärger gilt es professionell umzugehen und die individuellen Bedürfnisse des/der Betroffenen zu erkennen und die Hilfsbedürftigkeit ernst zu nehmen. Für den Assistenzarzt auf der KIS ist daher klar: *„Aber prinzipiell sind alle Menschen, die einen Suizidversuch hinter sich haben sehr hilfsbedürftig und da habe ich nicht irgendwelche moralischen und ethischen Konflikte, denn die alle haben ja aus der Verzweiflung heraus gehandelt.“*

Für die Arbeit auf der KIS hat der professionelle Umgang mit Suizidversuchen eine wichtige Bedeutung, auch wenn diese bei den Professionellen Emotionen auslösen, welche den Prinzipien und Haltungen ihrer Profession nicht entsprechen. Die Supervision, um es nochmals hervorzuheben, stellt diesbezüglich ein wichtiges Instrument dar, mit diesen Emotionen umgehen zu lernen und fördert somit die Professionalität auf der KIS.

5.3.5 Ausblick

Die verschiedenen befragten Professionellen zeigten verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten auf.

Die Sozialarbeit hat auf der KIS mit 30 Stellenprozenten wenig Arbeitsvolumen. Daher beschränkt sich die Arbeit mit Patienten/Patientinnen auf das Notwendige und Wesentliche. Frau Egger, Sozialarbeiterin auf der KIS, formuliert dies so: *„Das zwingt einem, dass wir Prioritäten setzen müssen und man sich einschränken muss auf das unbedingt Notwendige. Und das macht nicht immer eine optimale Abdeckung möglich.“*

Wichtig für die Sozialarbeitenden der KIS ist, dass die Nachbetreuung, also die Zeit nach der KIS geregelt ist. Doch aufgrund des Settings der Kurzinterventionen, welche auf fünf Tage ausgelegt ist, gestaltet sich die Umsetzung dieses Ziels als eine Herausforderung.

Anders hingegen sieht dies ein Teil der Ärzteschaft, wo die Meinung vertreten wird, dass die Sozialarbeit vorhanden ist und im Team gut mitwirken kann. Eine andere Position aus der Ärzteschaft bringt an die Sozialarbeit aber das Anliegen, dass sie mehr konkrete Hilfe anbieten sollte, was eine stärkere Vernetzung mit den regionalen Unterstützungsangeboten zur Erschliessung von externen Ressourcen, wie beispielsweise Übernachtungsangebote oder Stiftungen, bedeuten würde. Eine direkte Hilfe wird von dieser Seite gewünscht, ohne dass der Patient/die Patientin von Stelle zu Stelle weiterverwiesen wird. Zudem wäre eine direktere Hilfe wichtig, wo Patienten/Patientinnen bei Telefonaten und dem Organisieren von Massnahmen unterstützt werden, da diese oft damit überfordert sind. Daher bräuchte es aus dieser Sicht mehr konkrete und akut entlastende Angebote seitens der Sozialarbeit.

Ein weiterer Punkt zur Optimierung sieht der Assistenzarzt der KIS darin, dass in der täglichen Arbeit schnell Routine einkehrt. Das Risiko besteht, dass der Blick für das Wesentliche, für die individuellen Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen verloren geht. Um diese Routine zu umgehen, wäre aus Sicht des Assistenzarztes wichtig, dass man sich in einem Teamaustausch ausserhalb der KIS, auf die wichtigen Punkte der Arbeit, insbesondere im Umgang mit Suizidversuchen, fokussiert und sich dahingehend laufend wieder neu positioniert.

Grundsätzlich ist für die Mitarbeitenden der KIS klar, dass das Thema Suizid schon viel früher angesprochen werden sollte. Es braucht eine Sensibilisierung in Schulen und für Eltern. Die Krisenintervention ist ein Bestandteil der möglichen Handlungsansätze bezüglich Suizidversuche bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Früherkennung und die Prävention stellen ebenso wichtige Handlungsmöglichkeiten dar, welche die Krisenintervention beeinflusst, sodass es gar nicht erst zu einem Suizidversuch kommt. Der Assistenzarzt der KIS fasst dies wie folgt zusammen: *„Es wäre sicherlich wichtig, ausserhalb der Krisenintervention das Thema schon möglichst früh an den Schulen anzusprechen, damit eine frühe Sensibilisierung bei Eltern und Schülern stattfinden kann. Oft bestehen schon lange Suizidgedanken und die Eltern bemerken gar nichts davon.“*

6 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel beginnen die Schlussfolgerungen der Forschung. Es geht nun darum, für das Kantonsspital Obwalden, das Zuger Kantonsspital sowie für das Universitätsspital Basel Schlüsse zu ziehen, welche Faktoren sich förderlich beziehungsweise hinderlich auf die Krisenintervention auswirken. Anschliessend sollen anhand der Schlussfolgerungen Empfehlungen abgeleitet werden, welche dann jeweils in einer Abbildung visualisiert werden.

Daraufhin werden die Kriseninterventionsabläufe der einzelnen Spitäler in die erläuterten Kriseninterventionstheorien (vgl. Kapitel 3) eingeordnet und am Ende dieses Kapitels wird ein Fazit der Erkenntnisse gezogen, bei dem der Fokus auf dem jeweiligen Handlungsbedarf der einzelnen Spitäler liegt sowie allgemeine Schlussfolgerungen für die Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hergeleitet werden.

In diesem Kapitel werden Teilaspekte folgender Forschungsfrage beantwortet: *„Welche Schlussfolgerungen, Handlungspotentiale und -grenzen lassen sich aufgrund der Ist-Situation der Krisenintervention für die Sozialarbeit im Umgang mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Suizidversuch ableiten?“*

6.1 Schlussfolgerungen für die Spitäler

Im Folgenden werden nun die Schlussfolgerungen für das Kantonsspital Obwalden, das Zuger Kantonsspital und das Universitätsspital Basel aufgeführt.

6.1.1 Schlussfolgerungen für das Kantonsspital Obwalden

Nachdem im Kapitel 5.3 die Ergebnisse der Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden beschrieben wurden, werden im Folgenden Schlussfolgerungen für das Kantonsspital Obwalden zusammengefasst. In einem ersten Schritt werden förderliche Faktoren der Krisenintervention beschrieben, gefolgt von den hinderlichen Faktoren. Diese beiden Faktoren münden schlussendlich in die abschliessenden Empfehlungen für eine optimale Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden.

Förderliche Faktoren

Die Krisenintervention im Kantonsspital Obwalden und in der angrenzenden Psychiatrie, vor allem die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Institutionen, wird als sehr gut erachtet. Sehr positiv ist, dass die Psychiatrie direkt mit dem Spital verbunden ist. Das psychiatrische Konsilium kann vom Spital kurzfristig beigezogen werden und ist, insbesondere in dringenden Fällen, schnell vor Ort. Durch die unmittelbare Angliederung sowie durch teils jahrelange interdisziplinäre Zusammenarbeit, lernt man die einzelnen Akteure/Akteurinnen im Rahmen ihrer Ressourcen und Möglichkeiten besser kennen. Durch gemeinsame Fallführungen verfügen beide Institutionen über dieselben Hintergründe und können sich auf bereits abgeschlossene Fälle abstützen. Durch diese Tatsache kann auch die gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Spital und der Psychiatrie zu erklären sein. So wurde im Rahmen der Interviews gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz, die aufgrund langjähriger Zusammenarbeit gefördert wurde, oftmals erwähnt.

Ebenso wurde spürbar, dass sich das Kantonsspital und die Psychiatrie Obwalden mit dem Thema Suizid, insbesondere mit dem Thema Jugendsuizidalität, stark befassen. Dies zeigt sich zum Beispiel in den eigens dafür ausgearbeiteten Checklisten, welche eine abschliessende Beurteilung der Suizidgefährdung beinhaltet. Ebenfalls liegen schriftliche Abläufe vor, welche konkret bei Suizidfällen herbeigezogen werden können. Dies zeugt von einem starken Engagement für das Thema.

Das Thema Kinder- und Jugendsuizidalität scheint einen grossen Stellenwert einzunehmen. Diese Tatsache könnte dadurch erklärt werden, dass der Chefarzt der Psychiatrie, Herr Dr. Frey, einerseits den Titel als FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie trägt und andererseits Präsident von Ipsilon ist. Eine von Organisationen und Institutionen gegründeten Dachorganisation, die sich mit dem Thema Suizid befasst. Das Aufgabengebiet von Ipsilon liegt vor allem im Bereich der Prävention und möchte die breite Öffentlichkeit auf das Thema Suizid und Suizidverhütung sensibilisieren. Des Weiteren liegen Herr Dr. Freys Interessen bei der Krisenintervention und der Suizidverhütung. Mit diesem Hintergrund kann eruiert werden, dass er als Experte im Bereich der Jugendsuizidalität fungiert und seine Überlegungen und Sichtweisen in den Alltag des Spitals und in die Psychiatrie einbringt. Dies wird durch eine hohe Wertschätzung der Mitarbeitenden gefördert.

Als einen weiteren förderlichen Aspekt wird der Einbezug des Umfeldes gesehen. So wurde in den Interviews oftmals erörtert, dass der Einbezug des Umfeldes als ein enorm wichtiger Teil angesehen wird. Dieses wird so schnell als möglich mit einbezogen. Nach dem Verständnis der Interviewten gelten Angehörige in Bezug auf ihre eigenen Kinder als Experten/Expertinnen. Es wird grossen Wert darauf gelegt, dass Angehörige beziehungsweise die Sorgeberechtigten in die Verantwortung mit einbezogen werden und mit ihnen gemeinsam Lösungen gefunden werden. Sie werden in Entscheidungsfindungen mit einbezogen und stellen eine ergänzende Hilfe dar.

Der FFE wird als Ultima Ratio gehandhabt. Ein FFE ist einer der stärksten Eingriffe in die persönliche Freiheit und ist wenn möglich zu vermeiden.

Die Psychiatrie verfügt des Weiteren nicht nur über eine stationäre Abteilung, sondern leistet auch ambulante Nachbetreuung. Diese ambulante Betreuung ist nicht nur für Erwachsene bestimmt, sondern kann auch von Kindern und Jugendlichen genutzt werden. Ehemals betreuende erstversorgende Ärzten/Ärztinnen und andere involvierte Professionen der Krisenintervention können bei einer ambulanten Nachbetreuung für Rückfragen schnell gesucht werden. Bei einer ambulanten Nachbetreuung werden Jugendliche nicht wahllos an einen anderen Ort weitergeleitet, sondern können die ambulante Nachbetreuung im gut vernetzten Kantonsspital Obwalden mit der angrenzenden Psychiatrie besuchen. Synergien können dabei genutzt werden, was als weiterer förderlicher Aspekt erachtet wird.

Ebenfalls als förderlich kann das Bestehen der Sozialarbeit im Spital, sowie in der Psychiatrie erachtet werden. Gemäss den Interviews kann die Sozialarbeit in der Psychiatrie in den Behandlungsplanungen mitwirken. Mit ihrem Hintergrund kann sie im Lichte von sozialen Problemlagen agieren.

Hinderliche Faktoren

Um den Ausführungen der Sozialarbeit Folge zu leisten, wird nach dem Verständnis der Autorenschaft der Einbezug der Sozialarbeit der Psychiatrie zu wenig genutzt. Die Sozialarbeit wird vor allem in spezifischen Fachfragen konsultiert. Ebenso stellt sie Hilfe in beruflichen, finanziellen und sozialen

Problemlagen. Für das Umfeld sowie für die psychosoziale Abklärung des Suizidpatienten/der Suizidpatientin wird sie wenig bis gar nicht eingesetzt. Im Vergleich zur Spitalsozialarbeit, welche nicht in die Krisenintervention involviert ist, wird die Sozialarbeit der Psychiatrie immerhin beigezogen.

Als einen weiteren hinderlichen Aspekt wird das Problem eines fehlenden stationären Angebots für Kinder und Jugendliche angesehen. Kinder und Jugendliche müssen nach der Erstversorgung im Kantonsspital ausserkantonale platziert werden. Oftmals herrscht jedoch Platzmangel, sodass Jugendliche auf der Erwachsenenpsychiatrie in Obwalden betreut werden. Falls Jugendliche ausserkantonale einen Platz erhalten, so werden sie aus ihrem Umfeld gerissen. Ebenso kann ein Austausch zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem einweisenden Spital nur telefonisch erfolgen. Synergien können nicht mehr genutzt werden.

Empfehlungen

Bei einer allfälligen Entlassung aus der psychiatrischen Klinik sollte das Ziel verfolgt werden, dass Suizidpatienten/Suizidpatientinnen an sozialarbeiterische, sozialpädagogische oder soziokulturelle Angebote angeschlossen werden. Durch Partizipation in geeigneten Projekten/Fachstellen soll nachhaltig das Wohlbefinden der Suizidpatienten/Suizidpatientinnen sichergestellt werden. Die Legitimation findet sich im Faktum, dass die Zeit nach einer Entlassung eine hohe Gefährdung darstellt, einen weiteren Versuch zu unternehmen.

Aufgrund der fehlenden stationären jugendpsychiatrischen Plätzen sollten solche geschaffen werden. Zudem ist es wünschenswert eine stationäre sozialpädagogische Einrichtung zu schaffen, sodass Jugendliche nicht nur in einer psychiatrischen (Erwachsenen) Klinik betreut werden können. Oftmals wirkt eine psychiatrische Behandlung stigmatisierend. Die Frage, ob wirklich eine psychiatrische Station von Nöten ist und ob diese nur genutzt wird, da sich keine andere Möglichkeit bietet, bleibt offen. Ebenso bleibt offen, wie sich eine stationäre Behandlung auf einer Erwachsenenpsychiatrie auf Jugendliche auswirkt. Durch eine sozialpädagogische, stationäre Lösung könnte einerseits diesem Stigma entgegengehalten werden und andererseits könnte ein Austausch mit Gleichaltrigen stattfinden, was wiederum das Wohlbefinden der Jugendlichen fördern dürfte.

Wie die obigen Ausführungen zeigen, ist es von Bedeutung, dass suizidale Krisen nicht nur psychologisch betrachtet werden. Deshalb wäre es wichtig, dass Jugendliche nach einer Entlassung nach Hause an bereits bestehende sozialpädagogische, soziokulturelle oder sozialarbeiterische Angebote angebunden werden. Dafür sollte die Sozialarbeit der Psychiatrie sowie des Spitals mit diesen Angeboten eine Vernetzung anstreben.

Die Soziale Arbeit, allen voran Akteure/Akteurinnen der Kliniksozialarbeit, sollten sich für solche Alternativlösungen stark machen, sodass nicht nur eine Entweder oder Lösung in Betracht gezogen werden kann.

Ein weiterer Punkt bezieht sich auf die Sozialarbeit im Spital. Diese sollte vermehrt ihre Ressourcen ausschöpfen und eine Entlastung während der Krisenintervention bieten. Seitens des Arztes wurde darauf aufmerksam gemacht, dass während der Erstbehandlung zu wenig Zeit für die Betreuung des Umfeldes bleibt. Die psychosoziale Abklärung eines Patienten/einer Patientin scheint ebenfalls Aufgabe des Arztes zu sein, was wiederum Zeit in Anspruch nimmt. Die Sozialarbeiter werden

während ihrem Studium auf unterschiedliche Beratungstechniken geschult. Sie lernen, wie sie mit Suizidpersonen umgehen müssen, lernen wie sie Problemlagen ansprechen sollen und wie sie mit einer Krise umzugehen haben. Die Sozialarbeitenden wären aufgrund ihrer Ausbildung durchaus kompetent, während der Krisenintervention im Spital das Umfeld zu betreuen und die soziale Lage des Suizidpatienten/der Suizidpatientin abzuklären. Die Spitalsozialarbeit muss als fester Bestandteil in das Team der Krisenintervention integriert werden.

Die Sozialarbeit sollte in der Psychiatrie fixer Bestandteil im Behandlungsteam sein. Sie sollte somit nicht erst herangezogen werden, wenn soziale Probleme vorliegen. So könnte sichergestellt werden, dass der soziale Aspekt nicht vergessen und die Situation der Betroffenen mehrdimensional betrachtet wird.

Würden die Empfehlungen berücksichtigt, so könnte die Krisenintervention im Spital Obwalden zusammengefasst so dargestellt werden:

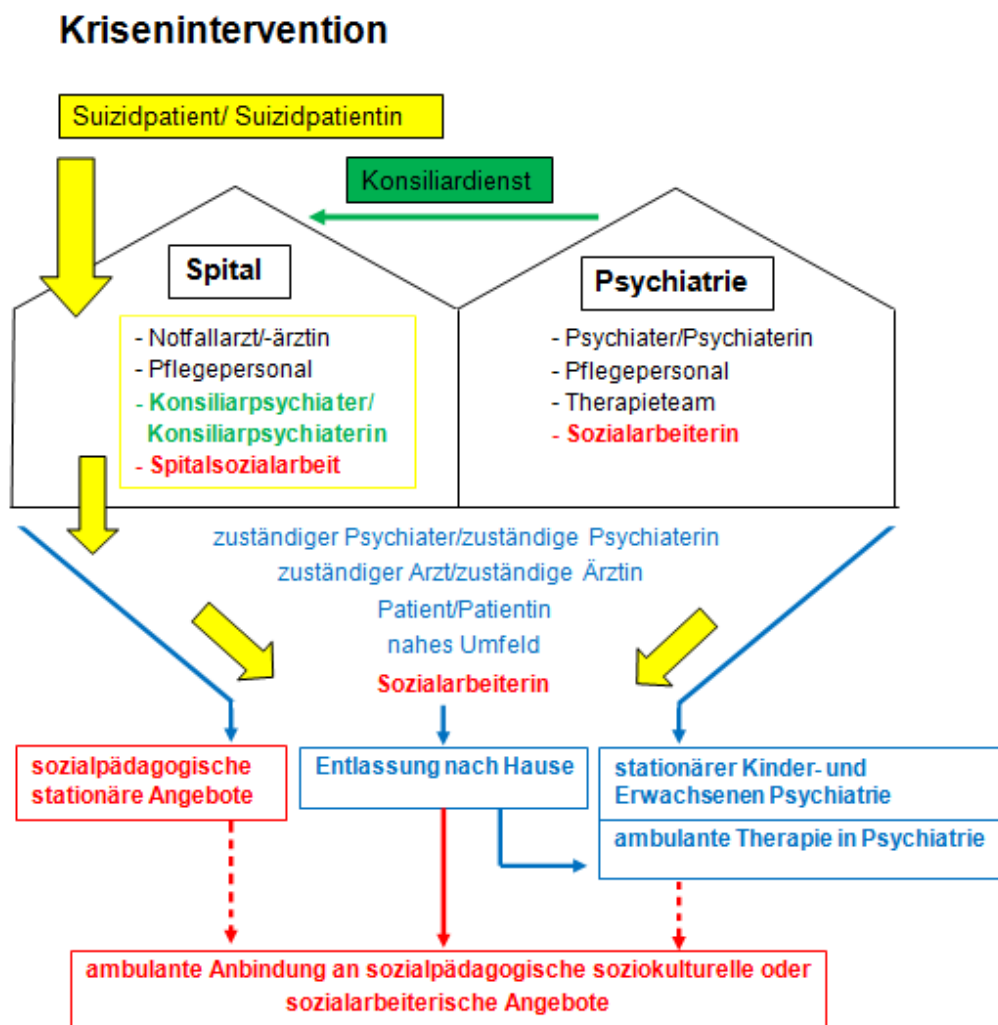


Abbildung 10: Empfehlungen für das Kantonsspital Obwalden
Eigene Darstellung

6.1.2 Schlussfolgerungen für das Kantonsspital Zug

Nach der Beschreibung der Krisenintervention, den beteiligten Professionen inklusive Sozialarbeit und dem Stellenwert des Thema Jugendsuizidalität, werden im folgenden Kapitel nun Schlussfolgerungen anhand förderlicher und hinderlicher Faktoren gezogen und mögliche Veränderungsideen empfohlen.

Förderliche Faktoren

Den Erstkontakt mit dem Suizidpatienten/der Suizidpatientin hat das Personal des Kantonsspitals Zug. Es macht Sinn, dass der/die Betroffene bei längerem Aufenthalt auf die Intensivstation verlegt wird und somit einer gewissen Überwachung unterliegt. Wie bereits mehrmals erwähnt, ist die Gefahr eines erneuten Suizidversuchs immer hoch und darf nicht unterschätzt werden. Gerade weil das Zuger Kantonsspital über keinen Psychiater/keine Psychiaterin vor Ort verfügt, macht es Sinn, dass der Patient/die Patientin gut überwacht wird bis entschieden ist, wohin es weitergeht. Weiter positiv ist, dass das Spital Zug trotz seiner mittleren Grösse über eine Spitalsozialarbeit verfügt, die beigezogen werden kann. Es ist sehr positiv, dass das Zuger Kantonsspital über einen Konsiliardienst verfügt.

Die Krisenintervention zeichnet sich durch den sehr professionellen ambulanten psychiatrischen Dienst aus. Die Mitarbeitenden des APD sind sehr engagiert und stark vernetzt. Sie bringen sich stets auf den neusten Stand der aktuellen Suizidforschung und setzen sich für die Früherkennung und Prävention ein. Weiter wurde mit dem KIPS ein Instrument erschaffen, um Suizidpatienten/Suizidpatientinnen etwas bieten zu können, die keine tiefergehende psychische Störung aufweisen und nicht in eine langfristige Therapie eingebunden werden sollen/wollen. Dies eignet sich für junge Erwachsene, die nicht daran interessiert sind ihre Tat lang und breit zu diskutieren, soziale Belastungen im Vordergrund stehen und gerne zum Alltag zurückkehren möchten.

Hinderliche Faktoren

Eine Oberärztin des APD ist speziell für den Konsiliardienst zuständig. Sie wird aber nicht regelmässig beigezogen und es ist nicht Pflicht des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, dass vom Konsiliardienst Gebrauch gemacht wird. Gemäss Günther Schmitz (2001) sollte bei Jugendlichen nach einem Suizidversuch immer ein Psychiater/eine Psychiaterin beziehungsweise ein Psychologe/eine Psychologin beigezogen werden. Konkrete Hilfe muss immer sofort angeboten werden, das heisst, dass innerhalb der ersten 48 Stunden eine der gerade genannten Professionen persönlichen Kontakt mit dem/der Jugendlichen aufnehmen sollte. Viele Untersuchungen haben ergeben, dass spätestens am dritten oder vierten Tag nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen die sogenannte suizidale Scham eintritt und der/die Jugendliche sich von der Tat distanziert und nicht mehr darüber sprechen möchte. In der Regel ist dann eine therapeutische Zugangsmöglichkeit erloschen (S.8).

Der APD hat den Nachteil, dass er an Büroöffnungszeiten gebunden ist, an den Wochenenden geschlossen ist und bis das Pikett im Spital eintrifft, immer einige Zeit vergehen kann, sodass nicht immer eine schnelle Verfügbarkeit gewährleistet werden kann.

Die Ärzteschaft im Spital ist stark ausgelastet und kann sich daher nur beschränkt um das Umfeld von Patienten/Patientinnen kümmern. Anstelle, dass sie es an den Spitalsozialdienst delegieren würden, bleibt der Kontakt auf der Strecke. Dies ist sehr mangelhaft und hat dringenden Handlungsbedarf.

Käsler-Heide (2001) beschreibt den Einbezug des Umfeldes als enorm wichtig, da nie nur der/die Betroffene an der Situation Schuld trägt, sondern die Ursachen fast immer in der Familienstruktur begründet liegen (S.94).

Weiter fällt auf, dass momentan viele Suizidpatienten/Suizidpatientinnen in eine psychiatrische Klinik weiterverwiesen werden und dass ein FFE ein gängiges Instrument darstellt. Dies kann mit dem grossen Druck beschrieben werden, welchem die Ärzteschaft des Spitals mit der neuen Spitalfinanzierung ausgesetzt ist. Mit einem Beizug des APD könnte eine optimalere Lösung gesucht werden.

Empfehlungen

Mit dem Wissen, dass bei Personen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben, das Risiko für einen erneuten Versuch enorm hoch ist, ist es sinnvoll, dass der Konsiliardienst des APD immer beigezogen wird. Bei der Grösse des Spitals wäre es womöglich auch sinnvoll, einen Liaisonpsychiater/-psychiaterin einzustellen, somit wäre diese Profession ein fester Bestandteil des Spitals und regelmässig präsent.

Im Falle eines Suizidversuches muss zwingend eine interdisziplinäre Entscheidung, bezüglich des Spitalaustrittes, getroffen werden. Suizidversuche sind nicht auf rein somatische Probleme zurückzuführen, also kann auch nicht ausschliesslich die Medizin darüber entscheiden, sondern ein Psychiater/eine Psychiaterin und Sozialarbeitende sollten ebenfalls mit einbezogen werden. Weiter muss unbedingt der Wille des Patienten/der Patientin respektiert werden und gemeinsam mit ihm/ihr eine Lösung gefunden werden, denn keine Therapie fruchtet ohne die Mitwirkung der Betroffenen.

Psychiatrien haben eine stigmatisierende Wirkung und sollten insbesondere bei Jugendlichen nicht als erstes in Betracht gezogen werden, zumal der Kanton Zug über keine stationären Plätze auf einer jugendpsychiatrischen Abteilung verfügt. Der/die Jugendliche muss also ausserkantonale platziert werden, was weiteren Stress verursachen kann und die Rückkehr ins gewohnte Umfeld erschwert. Es ist also wichtig, dass der Kanton Zug solche Einrichtungen schafft. Auch Tageskliniken wären denkbar. Der APD bindet die Jugendlichen vor allem an Therapieangebote, welche vom APD selbst angeboten werden. Je nach Fall wäre es jedoch sinnvoller, dass auf andere Angebote zurückgegriffen wird, zumal der Kanton Zug über sehr viele, gute Institutionen verfügt. Es sollte also nicht nur eine ambulante Therapie im APD in Betracht kommen, sondern auch Angebote der Jugend- und Familienberatung oder sozialpädagogische sowie soziokulturelle Angebote durchdacht werden.

Es ist von zentraler Bedeutung das Umfeld mit einzubeziehen. Wie die unten stehende Abbildung aufzeigt, wäre es zum Vorteil aller Beteiligten, wenn die Spitalsozialarbeit in die Krisenintervention involviert wird. Die Sozialarbeitenden sind es gewohnt, eine umfassende, rasche Abklärung zu machen. Gemeinsam mit einem Psychiater/einer Psychiaterin, der/die für den psychischen Teil zuständig ist, kann rasch eine Analyse stattfinden, was die bestmögliche Anschlussmöglichkeit für den betroffenen Jugendlichen ist. Die Sozialarbeit ist eine geeignete Anlaufstelle für das Umfeld, welches mit Bestimmtheit von vielen Fragen gequält, auf eine Antwort wartet, warum dies alles passiert ist. Sozialarbeitende sind in der Lage dies aufzufangen und weiterführende Gespräche mit dem Umfeld zu führen. Bei einer Entlassung mit Anbindung an den APD kann die Spitalsozialarbeit den Fall zu Händen der Sozialarbeiterin im APD weiterleiten oder auch in Psychiatrien hat es die Spitalsozialarbeit. Es könnte viel Zeit gewonnen werden, wenn die Sozialarbeit sofort bei Einlieferung mit den Abklärungen beginnt.

Abschliessend ist zu sagen, dass die Arbeit des APD sehr professionell und durchdacht wirkt. Mitarbeitende des APD sind auf Kriseninterventionen bestens geschult und vorbereitet. Anders sieht dies unserer Ansicht nach beim Kantonsspital aus. Die Situation scheint nicht genug ernst genommen zu werden, dadurch werden präventive Massnahmen für einen künftigen, erneuten Suizidversuch verpasst. Es ist sehr schade, da die Werkzeuge in Form der Spitalsozialarbeit oder dem APD vorhanden sind und dennoch nicht ausreichend genutzt werden. Folgende Abbildung verdeutlichen die Empfehlungen für das Zuger Kantonsspital:

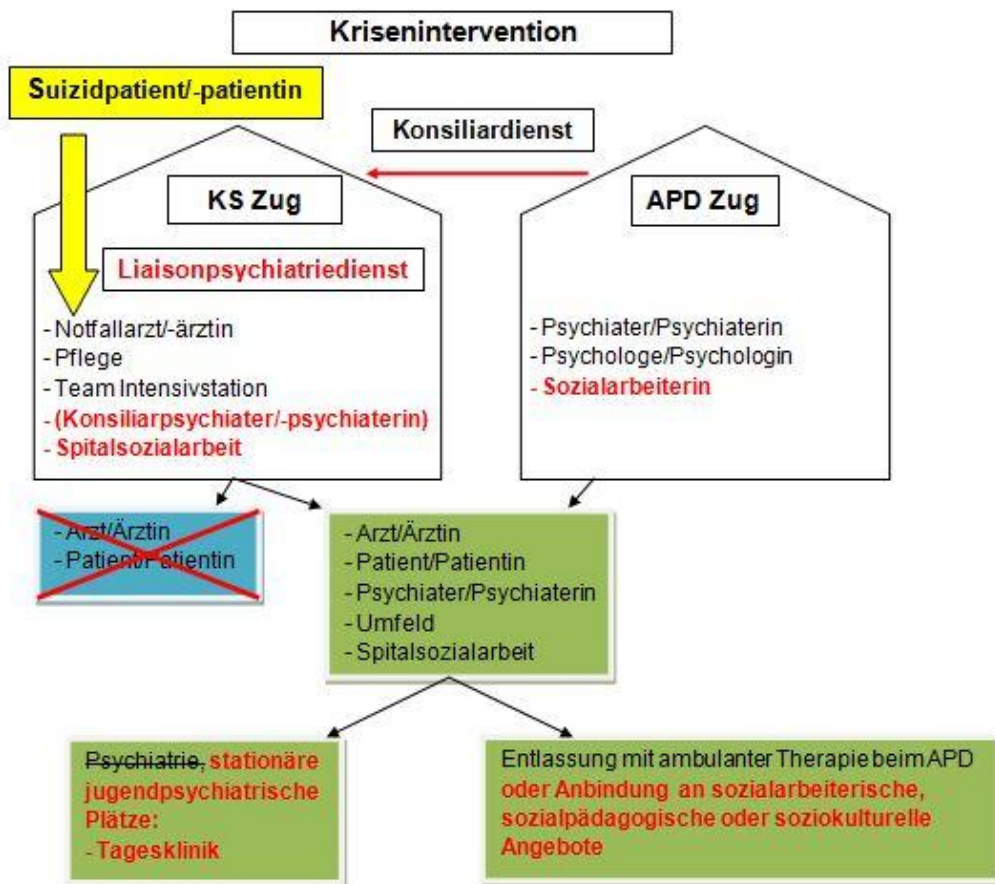


Abbildung 11: Empfehlungen für das Zuger Kantonsspital
Eigene Darstellung

6.1.3 Schlussfolgerungen für das Universitätsspital Basel

Aus den präsentierten Ergebnissen im Kapitel 5.3 sollen nun Schlussfolgerungen bezüglich förderlicher und hinderlicher Faktoren der Krisenintervention abgeleitet werden, welche schliesslich in Empfehlungen für die Krisenintervention am Universitätsspital Basel münden.

Förderliche Faktoren

Die Stärken des Universitätsspitals Basel liegen in verschiedenen Aspekten. Wie sich in der Abbildung der Krisenintervention des Universitätsspitals Basel erkennen lässt, ist in das Spital die Kriseninterventionsstation (KIS) integriert. Die daraus resultierende örtliche Nähe beeinflusst die Zusammenarbeit der somatischen Medizin und der Psychiatrie erheblich. Dies zeigt sich darin, dass der Konsiliardienst bei Suizidversuchen immer genutzt wird und die psychiatrische Sichtweise für die somatische Medizin beziehungsweise für die Notfallstation unabdingbar ist. Das verbindliche Zurückgreifen auf die Konsiliarpsychiatrie lässt sich wahrscheinlich auch mit der raschen Verfügbarkeit der Psychiater/Psychiaterinnen erklären.

Dass das Nutzen des Konsiliums sich zu einem standardisierten Ablauf entwickelt hat, kommt schliesslich den Patienten/Patientinnen zu Gute, da so auf einer fachlichen Basis das weitere Vorgehen entschieden wird und der Patient/die Patientin relativ schnell eine professionelle Hilfestellung erhält. Der Beizug der Konsiliarpsychiater/innen zeigt einen weiteren Vorteil, weil dadurch keine vorschnellen Entscheidungen der somatischen Ärzte/Ärztinnen getroffen werden. Ohne Beizug der Psychiatrie lässt sich die Tendenz vermuten, dass mehr FFE ausgesprochen werden würden. Ein FFE ist einer der stärksten Eingriffe in die persönliche Freiheit und ist daher, wenn möglich, zu vermeiden.

Die Arbeitsweise respektive die Krisenintervention auf der KIS zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie sich selbst als eine Sozialpsychiatrie definiert, was den Umgang mit Suizidpatienten/-patientinnen massgeblich beeinflusst. Für die KIS ist es von Bedeutung, ob sich die Suizidalität bei einem Patient/einer Patientin aufgrund sozialer Belastungen oder aufgrund einer psychischen Krankheit entwickelt hat. Das bedeutet wiederum, dass die Massnahmen, welche aus der Krisenintervention resultieren, nicht ausschliesslich psychiatrische oder psychotherapeutische Interventionen darstellen. Trotz der Orientierung an psychiatrischen und psychotherapeutischen Massnahmen sind sozialpädagogische, soziokulturelle oder sozialarbeiterische Angebote zwar nicht die Regel, aber auch keine Ausnahmen. Das heisst, für Patienten/Patientinnen, welche beispielsweise von sozialen Belastungen wie Arbeitslosigkeit, Suchterkrankungen oder sozialer Isolation betroffen sind, erhalten eine andere Massnahmenplanung als ein Patient/eine Patientin mit einer diagnostizierten psychischen Krankheit wie etwa Schizophrenie.

Aufgrund dessen, dass die KIS in eine Sozialpsychiatrie eingebettet ist und der Blickwinkel die soziale Dimension miteinschliesst, ist eine interdisziplinäre Teamzusammensetzung wohl unumgänglich. Darin liegt klar eine Stärke der Krisenintervention des Universitätsspitals Basel respektive der KIS. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht, dass neben der Meinung der psychiatrischen Fachpersonen auch die Erfahrungen der Pflege und die Position der Sozialarbeit berücksichtigt werden. Obwohl der Psychiater/die Psychiaterin die Diagnose stellt und so die Verantwortung für den Beizug der Sozialarbeit bei ihm/ihr liegt, wird die Sozialarbeit relativ häufig involviert. Zudem hat die Sozialarbeit auch die Möglichkeit, sich selbst in einen Fall einzuschalten, da die Sozialarbeitenden sich immer

elektronisch über die Patienten/Patientinnen informieren können. Es liegt daher auch an der Eigeninitiative der Sozialarbeit, den sozialen Aspekten einer suizidalen Krise in der Krisenintervention Gewicht zu verleihen.

Zudem muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Sozialarbeit und deren Ressourcen von der befragten Ärzteschaft anerkannt und wertgeschätzt werden. Dies ist auch daran ersichtlich, dass die Entscheide für die Weiterbehandlung der Patienten/Patientinnen im Team gefällt werden, obwohl letztendlich der Arzt/die Ärztin die Verantwortung trägt.

Ein weiterer positiv zu beurteilender Aspekt ist jener, dass im Universitätsspital erkannt wurde, dass Menschen immer wieder von Krisen betroffen sind und so das ZDK, wo die Kriseninterventionsstation integriert ist, am Universitätsspital Basel Platz gefunden hat. Dadurch hat die Stadt Basel und die umliegende Region ein niederschwelliges Angebot für Menschen in Krisen, respektive für Menschen in einer suizidalen Krise erhalten. Aufgrund dessen, kann eine professionelle Versorgung dieser Menschen sowie eine rasche Hilfestellung besser garantiert werden.

Hinderliche Faktoren

Neben den obigen aufgeführten Stärken der Krisenintervention auf der KIS haben sich auch einige Schwächen herausgestellt. Die KIS ist im Grundsatz eine Abklärungsstation und daher ist der Aufenthalt lediglich auf fünf Tage festgelegt. Dies lässt keine Langzeitbegleitungen und –planungen zu. Die Arbeitsweise zeichnet sich durch Kurzinterventionen aus. Dabei kann die Weiterbehandlung ins Auge gefasst werden, jedoch steht vor allem die Stabilisierung der Krise im Vordergrund. Wenn eine Weiterbehandlung initiiert werden kann, ist dies das Optimum der Krisenintervention auf der KIS. Therapeutische Erfolge beziehungsweise Veränderungen im Verhalten und Erleben sowie der Lebenssituation der Betroffenen sind, aufgrund der zeitlichen Begrenzung, kaum absehbar.

Die zeitliche Begrenzung der Behandlung hat zudem zur Folge, dass die Nachbetreuung der Patienten/Patientinnen nicht in das Tätigkeitsfeld der KIS fällt. Das heisst, die beteiligten Professionellen erhalten keine Informationen, wie sich der Patient/die Patientin im Verlauf der Weiterbehandlung oder nach einer Entlassung weiterentwickelt hat beziehungsweise, ob sich die geplanten Massnahmen als nachhaltig erwiesen haben. Gerade wenn psychiatrische oder psychotherapeutische Interventionen angezeigt sind, müssen Patienten/Patientinnen sich auf eine neue psychiatrische oder psychotherapeutische Fachperson einlassen und erneut eine Vertrauensbasis mit dieser Fachperson aufbauen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde oben schon bezüglich der förderlichen Faktoren erläutert. Jedoch muss hier auch kritisch festgehalten werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von einem regelmässigen Wechsel der Assistenzärzten/-ärztinnen geprägt ist und so die Zusammenarbeit einen erschwerenden Faktor erhält, da sich das Team regelmässig auf neue Teammitglieder einstellen muss.

Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Eigeninitiative der Sozialarbeit hervorzuheben. Aus den Ergebnissen (vgl. Kapitel 5.3) zeigt sich, dass sich die Sozialarbeit vermehrt einschalten sowie ihre Arbeit optimieren könnte. Die Sozialarbeit nimmt sich eher etwas zurück und überlässt das Handlungsfeld vor allem den Psychiater/innen. Dies kann mit der wenig ausgeprägten Vernetzung mit städtischen oder regionalen Angeboten sowie mit dem Selbstbild der Sozialarbeit erklärt werden. Die

Sozialarbeit arbeitet auf der KIS sehr fachspezifisch, jedoch konzentriert sie sich vor allem auf rechtliche Fragen, welche die soziale Sicherheit der Betroffenen tangieren. Diese Konzentration kann die Vernetzung mit den städtischen und regionalen Angeboten der Sozialen Arbeit in den Hintergrund rücken lassen. Die Sozialarbeit reduziert sich selbst auf die Erschließung vor allem materieller Ressourcen und sie wird dabei als Akteurin in der Abklärung des Umfeldes und der darin liegenden Ressourcen sowie das Arbeitsfeld der Beratung bei Schwierigkeiten und Problemstellungen in zwischenmenschlichen und familiären Beziehungen vergessen. Dabei würde, aufgrund der sozialpsychiatrischen Perspektive der KIS, die Anbindung an Angebote der Sozialen Arbeit, diesem Blickwinkel entsprechen. Hierbei muss aber angefügt werden, dass sich die Sozialarbeit auf der KIS mit lediglich 30 Stellenprozenten begnügen muss.

Empfehlungen

Grundsätzlich ist die Krisenintervention auf der KIS schon auf einem hohen professionellen Niveau. Trotzdem möchte die Autorenschaft an dieser Stelle einige Empfehlungen abgeben beziehungsweise zu punktuellen Veränderungen anregen.

Um die schon vorhanden interdisziplinäre Zusammenarbeit noch zu verbessern, wäre der regelmäßige Wechsel der Assistenzärzte/-ärztinnen auf der KIS zu reduzieren. Damit wird eine Zusammenarbeit angestrebt, welche von Kontinuität geprägt ist und somit die Effizienz der Zusammenarbeit erhöhen könnte. Es ist der Autorenschaft jedoch bewusst, dass das ZDK eine Ausbildungsstation ist und die Zusammenarbeit nicht nur vom häufigen Wechsel abhängig ist.

Da die Sozialarbeit mit nur 30 Stellenprozenten auf der KIS vertreten ist, wäre es zudem empfehlenswert, dieses Pensum zu erhöhen, um den sozialen Aspekten einer suizidalen Krise eines Menschen gerecht werden zu können. Dabei ist aber auch wichtig, dass die Sozialarbeitenden, wie oben schon angetönt, einerseits mehr Eigeninitiative zeigen und andererseits ihr Handlungsfeld erweitern, sodass die Abklärung des Umfeldes und die Aktivierung externer Ressourcen materieller und immaterieller Art sowie die Zuständigkeit für Problemstellungen in zwischenmenschlichen Beziehungen klar bei den Sozialarbeitenden der KIS liegt. Dazu benötigt die Sozialarbeit ein selbstbewussteres und kompetentes Auftreten. Zudem müsste die Sozialarbeit bei jedem Patient/jeder Patientin klar die Aufgabe der Abklärung des Umfeldes haben. Das heisst, der Psychiater/die Psychiaterin kann nicht entscheiden, ob die Sozialarbeit involviert wird, sondern sie ist automatisch in die Krisenintervention integriert. So würden nicht nur die sozialen Aspekte einer Krise mehr an Bedeutung gewinnen, auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit würde eine Aufwertung erfahren.

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Krisenintervention ist die Nachbetreuung der Patienten/Patientinnen. Da es sich beim ZDK um ein Angebot der universitären psychiatrischen Dienste handelt, wäre es denkbar, dass nach der Entlassung von Patienten/Patientinnen ein ambulantes Therapieangebot auf der KIS geschaffen wird. Der Vorteil läge darin, dass die Patienten/Patientinnen, bei denen eine psychische Erkrankung vorliegt, schon eine Beziehung und Vertrauen zu den Psychiater/innen aufgebaut hätten und so ein Wechsel der Fachperson vermieden werden könnte. Sie müssten so die Institution nicht verlassen und würden in ihrer Behandlung mehr Kontinuität erhalten. Die erläuterten Empfehlungen sollen anhand der folgenden Abbildung nochmals veranschaulicht werden. Die Empfehlungen sind rot eingefügt.

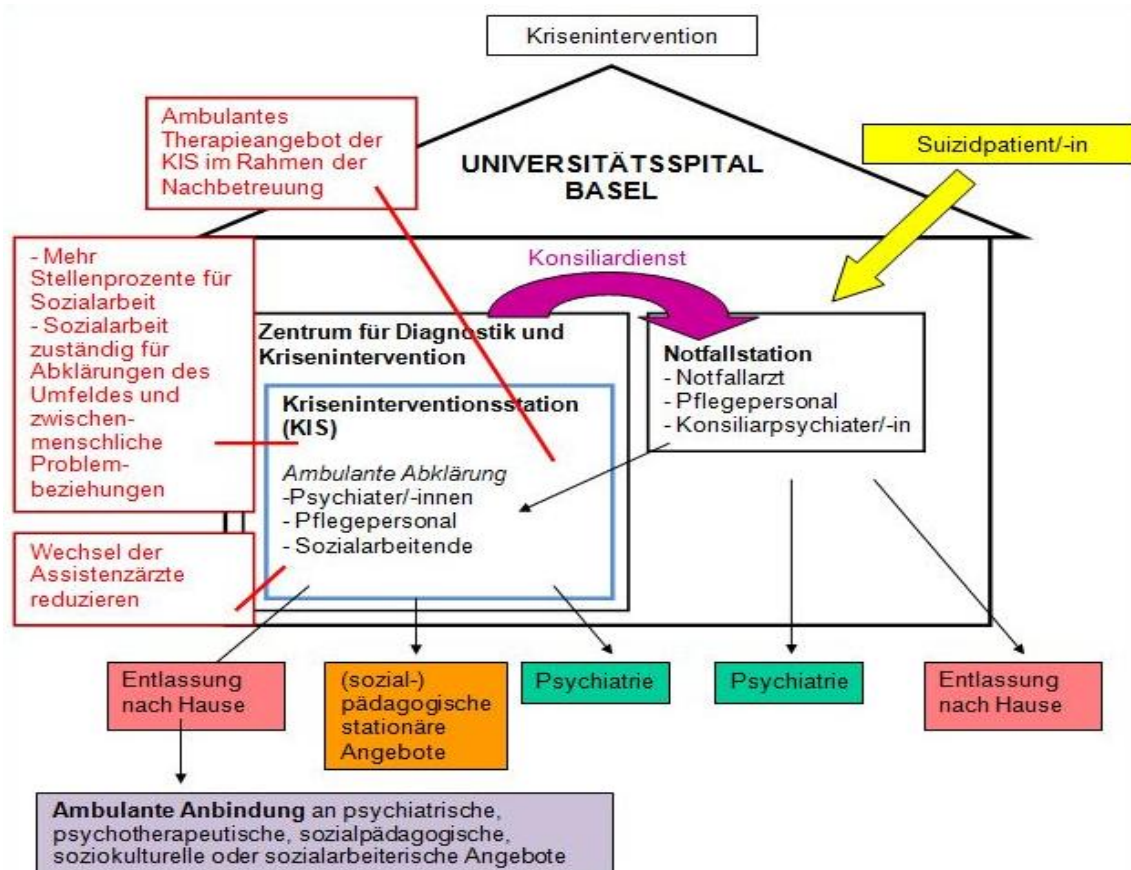


Abbildung 12: Empfehlungen für das Universitätsspital Basel
Eigene Darstellung

6.2 Einordnung der Kriseninterventionsabläufe in die Kriseninterventionstheorie

Im folgenden Kapitel geht es darum, die beschriebenen Kriseninterventionsabläufe der einzelnen Spitäler, anhand der im Kapitel 3 erläuterten Theorien zur Krisenintervention, zu betrachten. Dafür sind vor allem die Ziele und die Arbeitsweise, das Einschätzen der Suizidalität sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere der klinischen Sozialarbeit und der Konsiliarpsychiatrie, für die folgende Betrachtung zentral.

6.2.1 Kantonsspital Obwalden

Ein Kernstück der Krisenintervention ist der rasche Beginn, da in einer suizidalen Krise ein grosser Handlungsdruck besteht (vgl. Kapitel 3.1). Das Kantonsspital Obwalden kann durch die örtliche Nähe der Psychiatrie eine schnelle Verfügbarkeit der Konsiliarpsychiater/-psychiaterinnen garantieren und so die Beratung der somatischen Ärzteschaft durchführen und die Funktion der Diagnose und Behandlung von psychischen Krankheiten erfüllen.

Nach der somatischen Erstbehandlung wird entschieden, ob der Patient/die Patientin nach Hause entlassen werden kann oder ob eine stationäre/ambulante psychiatrische Anbindung notwendig ist. Dabei kommt hervor, dass bei der Krisenintervention nach einem Suizidversuch, neben der somatischen Behandlung, vorwiegend eine psychiatrische Weiterbehandlung in Frage kommt. Die Sozialarbeit wird nur punktuell in die Krisenintervention involviert. Das Kantonsspital Obwalden missachtet

dabei teilweise die Interdisziplinarität sowie die daraus resultierende Methodenvielfalt, welche für eine Krisenintervention zum Standard gehört. Die Ausführungen zur klinischen Sozialarbeit bestätigen dies zudem (vgl. Kapitel 3.3.1). Die Sozialarbeit des Spitals sowie die Sozialarbeit der Psychiatrie gehören dem Feld der klinischen Sozialarbeit an. Diese hat klar die Aufgabe das Unterstützungspotenzial privater und professioneller sozialer Netzwerke zu erschliessen, um so die psychosoziale Gesundheit des Patienten/der Patientin zu fördern. Das heisst für das Kantonsspital Obwalden, dass die Spitalsozialarbeit zwingend ein fester Bestandteil des Kriseninterventionsteams sein müsste, um so eine multidimensionale Perspektive auf die Situation der Betroffenen zu richten. Nur so kann die Krisenintervention auf einer interdisziplinären Zusammenarbeit basieren.

Das Einbeziehen des Umfeldes wird so schnell wie möglich angestrebt. Die Gespräche mit dem Umfeld werden oftmals vom Notfallarzt selber durchgeführt. Jedoch sind die Gespräche wegen der hohen Arbeitsauslastung, insbesondere auf der Notfallstation, nicht immer zufriedenstellend. Thomas Kauth (1980) betont dazu, dass die Sozialarbeit für die psychosoziale Dimension zuständig ist (vgl. Kapitel 3.1). Insofern sollte die Sozialarbeit, wie oben schon ausgeführt, fester Bestandteil der Krisenintervention sein, indem sie die Aufgabe übernimmt, die soziale Situation des/der Betroffenen sowie die sozialen Ressourcen abzuklären.

Für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Kooperation sehr bedeutend. Helmut Pauls (2004) führt dazu aus, dass eine solche Kooperation notwendig ist, damit alle beteiligten Professionellen eine klare Aufgabenstellung übernehmen können (vgl. Kapitel 3.3). Im Kantonsspital Obwalden reduziert sich die Kooperation auf die Zusammenarbeit zwischen der somatischen Medizin und der Psychiatrie. Das heisst, dass die Krisenintervention, in Anbetracht der erhobenen Daten, momentan ein Feld der Medizin und der Psychiatrie/Psychologie darstellt.

Laut Sonneck (2000) sind die Hilfe zur Selbsthilfe und die emotionale Entlastung wichtige Ziele einer Krisenintervention, indem neue Lösungs- und Bewältigungsstrategien entwickelt werden (vgl. Kapitel 3.1). Der Beziehungsaufbau sowie die Stabilisierung sind in der stationären psychiatrischen Behandlung zentrale Bestandteile der Krisenintervention in Obwalden. Der Beziehungsaufbau ist eine wichtige Methode, um Menschen in einer Krise emotional zu entlasten und sie für eine Problembewältigung zu motivieren. Dieser Ansatz findet sich auch im Interventionskonzept BELLA (vgl. Kapitel 3.2), wo der Beziehungsaufbau an erster Stelle ist. Die Stabilisierung kann mit dem Endziel verglichen werden, dass Menschen nach einem Suizidversuch zukünftigen Krisen mit Hilfe neuer Bewältigungsstrategien aktiv begegnen können. Die erhobenen Daten zeigen zudem auf, dass die Ziel- und Lösungsorientierung für den Erfolg einer Krisenintervention von grosser Bedeutung sind. Die aktive Problembewältigung steht im Fokus einer Krisenintervention (vgl. Kapitel 3.1). Die Behandlungsplanung wie sie in der Psychiatrie in Obwalden vorzufinden ist, stellt eine solche aktive Problembewältigung dar. Zudem erweist sich dabei der Einbezug des Umfeldes als besonders vorteilhaft. Das Umfeld sollte insbesondere in die Nachbetreuung integriert werden (vgl. Kapitel 3.1).

Die Behandlung, welche in der Psychiatrie stattfindet, ist aufgrund des stationären Settings von Kontinuität geprägt. Im Sinne der Nachhaltigkeit muss die Unterstützung des professionellen Helfersystems über eine längere Zeit aufrechterhalten werden (vgl. Kapitel 3.1). Jedoch ist dies in Obwalden nur der Fall, wenn ein Patient/eine Patientin in die Psychiatrie eingewiesen wird. Bei einer Entlassung nach Hause kann die Nachbetreuung wegfallen, ausser eine ambulante Therapie ist verordnet. In-

wiefern bei einer Anbindung an das ambulante psychiatrische Angebot das Umfeld mit einbezogen wird, bleibt aufgrund mangelnder Daten offen. Es ist zu vermuten, dass bei einer ambulanten Therapie aufgrund der zeitlichen Begrenzung weniger Ressourcen zur Verfügung stehen und das Umfeld dahingehend weniger stark in die Behandlungsplanung involviert werden kann.

6.2.2 Zuger Kantonsspital

Wie schon mehrmals erwähnt, hat der rasche Beginn einer Krisenintervention eine grosse Bedeutung. Da im Zuger Kantonsspital in der Regel die Patienten/Patientinnen nach der somatischen Behandlung und Stabilisierung in eine psychiatrische Klinik weiterverwiesen werden, findet daher in dem Sinne keine Krisenintervention statt. Das heisst, eine rasche und professionelle Hilfestellung ist praktisch ausgeschlossen. Daraus resultiert ebenso, dass das psychiatrische Konsilium selten genutzt wird und somit keine Interdisziplinarität vorhanden ist, da die verantwortliche somatische Ärzteschaft entscheidet, ob der Konsiliardienst beigezogen wird. Die Konsiliarpsychiatrie ist in die Abläufe des Zuger Kantonsspitals und in die Versorgung von Suizidpatienten/-patientinnen nicht gut eingebettet. In der Zusammenarbeit mit dem APD, welcher den Konsiliardienst anbietet, besteht keine Routine. Geographisch liegt das Zuger Kantonsspital zwar nicht weit entfernt vom APD, jedoch könnte die örtliche Trennung und die Bindung an Bürozeiten ein Hindernis für diese Zusammenarbeit bedeuten. Daher können die Konsiliarpsychiater/innen ihre Aufgabe der Diagnose und Behandlung von psychischen Krankheiten nur begrenzt erfüllen (vgl. Kapitel 3.1 & 3.3).

Daneben wird die Spitalsozialarbeit, welche klar für die Abklärung des Umfeldes verantwortlich ist, in der Krisenintervention überhaupt nicht involviert (vgl. Kapitel 3.3). Die Spitalsozialarbeit wird in der Krisenintervention des Zuger Kantonsspital völlig ausgeklammert, die Interdisziplinarität wird sozusagen missachtet und die Kompetenz und Ressource der Sozialarbeit nicht geschätzt. Jedoch kann es durchaus der Fall sein, dass sich die Spitalsozialarbeit nicht anbietet und wenig Initiative zeigt.

Um es nochmals auf den Punkt zu bringen, zwei wesentliche Kernstücke der Krisenintervention (interdisziplinäre Zusammenarbeit und Methodenvielfalt) haben im Zuger Kantonsspital einen tiefen Stellenwert. Dabei stellt sich die kritische Frage, inwiefern die betroffenen Patienten/Patientinnen eine professionelle Hilfestellung, welche für ihre persönliche Lebenssituation ausgerichtet ist, erhalten können. Eine komplexe Problemwahrnehmung wird somit erschwert.

Sofern der Konsiliardienst des APDs vom Zuger Kantonsspital involviert wird, zeigt sich ein anderes Bild der Krisenintervention. Die Krisenintervention mit dem APD zusammen erfüllt weitaus mehr Ansätze der Kriseninterventionstheorien. Der rasche Beginn, die Interdisziplinarität, der Einbezug des Umfeldes sind Beispiele dafür. Gerade der Einbezug des Umfeldes stellt einen Unterschied zur Krisenintervention ohne den APD dar. Für die Krisenintervention ist es wichtig zu wissen, dass das Umfeld für das Entstehen einer Krise und den weiteren Verlauf von Bedeutung ist. Eine Krise ist nie rein psychisch zu verstehen, sie hat immer auch eine soziale Dimension (vgl. Kapitel 3.1).

Ein weiteres Merkmal der Krisenintervention in Zusammenarbeit mit dem APD ist das Kurzinterventionsprogramm nach einem Suizidversuch (KIPS). Dieses beinhaltet wichtige Aspekte der Krisenintervention wie die aktive Problembewältigung, die Hilfe zur Selbsthilfe sowie Nachbetreuung und Kontinuität. Durch das Erfassen der Situation anhand eines narrativen Interviews und die anschliessende Besprechung der gescheiterten Problembewältigungsversuche und der Analyse, wie es nicht zu ei-

nem Suizidversuch hätte kommen müssen, werden neue Bewältigungsstrategien entwickelt. Dieses Vorgehen kann auch mit dem Interventionskonzept BELLA in Verbindung gebracht werden, wo das Erfassen der Situation sowie das Suchen nach neuen Ansätzen zur Problembewältigung zentrale Punkte des Konzeptes darstellen.

Vergleicht man das KIPS mit der suizidentenzentrierten Gesprächsführung nach C. Kulesa (1985), fallen Parallelen auf. Der Punkt der Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche ist mit dem narrativen Interview und mit dem daran anschliessenden reflektierenden Gespräch zu vergleichen, wo eben die gescheiterten Bewältigungsversuche analysiert werden. Die aktive Problembewältigung durch das Entwickeln neuer Strategien für künftige Krisen ist mit der gemeinsamen Entwicklung alternativer Problemlösungsstrategien nach Kulesa (1985) vergleichbar. Mit dem KIPS wird erkannt, dass gerade die Zeit nach der Behandlung ein grosses Risiko darstellt, einen erneuten Suizidversuch zu unternehmen. Nach dem Programm werden die Betroffenen monatlich erinnert, wo sie im Falle einer erneuten Krise Hilfestellung bekommen. Dies ist mit der beschriebenen Rückversicherung vergleichbar.

Jedoch zeigt sich, dass mit der KIPS das Umfeld etwas ausser Acht gelassen wird, obwohl dies für das Funktionieren der neu entwickelten Problemlösungsstrategien eine wichtige Ressource darstellen könnte, auch im Sinne der Nachhaltigkeit sowie es auch das Interventionskonzept BELLA vorsieht (vgl. Kapitel 3.2).

6.2.3 Universitätsspital Basel

Die Krisenintervention am Universitätsspital Basel beginnt relativ schnell. Zumindest wird, sofern der Patient/die Patientin ansprechbar ist, der Konsiliardienst um Rat beigezogen. Hilfreich dabei ist wohl der gemeinsame Standort, da die Konsiliarpsychiater/-innen ebenfalls am Universitätsspital angesiedelt sind.

Das heisst, am Universitätsspital kann die Konsiliarpsychiatrie die Aufgabe der Diagnose wahrnehmen, hingegen tritt die Aufgabe der Behandlung psychischer Krankheit etwas in den Hintergrund. Erst wenn Betroffene auf die KIS verlegt oder an eine Psychiatrie angebunden werden, steht die Behandlung im Zentrum. Ein rascher Beginn, wie es auch in der Theorie vorgesehen ist, kann daher am Universitätsspital stattfinden (vgl. Kapitel 3.1).

Da das Risiko nach einem Suizidversuch einen erneuten Versuch zu begehen, erheblich steigt, ist das Einschätzen der Suizidalität im Rahmen der Krisenintervention von besonderer Bedeutung. Das Einschätzen der Suizidalität ist eine der wesentlichen Aufgaben der Konsiliarpsychiater/-innen und zudem für die Verlegung auf die KIS ausschlaggebend. Bei akuter Suizidalität ist die offene Kriseninterventionsstation nicht die richtige Institution, da es mehr Schutzmassnahmen benötigt, um den Patienten/die Patientin versorgen zu können (vgl. Kapitel 3.1).

Durch die Teamzusammensetzung ist die Interdisziplinarität auf der KIS vorhanden. Eine Methodenvielfalt ist jedoch nur punktuell zu erkennen. Denn die Einsetzung der Sozialarbeit hängt von den behandelnden Psychiater/innen ab. Wenn nach deren Ansicht die Sozialarbeit benötigt wird, wird diese involviert, was meist der Fall ist. Sonst hängt es von der Eigeninitiative der Sozialarbeitenden auf der KIS ab, ob soziale Fragen beziehungsweise Aspekte in die Krisenintervention gelangen. Sofern die Sozialarbeit in einen Fall mit einbezogen wird, ist sie zwar für soziale Fragen zuständig, jedoch liegt die Konzentration vor allem auf Sozialversicherungsfragen. Obwohl nach der Definition der klini-

schen Sozialarbeit, das Erschliessen und das Erhöhen des Unterstützungspotenzial privater und professioneller sozialer Ressourcen in das Aufgabengebiet der klinischen Sozialarbeit fällt, ist die Sozialarbeit der KIS in diesem Bereich zu wenig tätig. Punktuell wird sie dafür schon eingesetzt. Jedoch sollte im Sinne der Interdisziplinarität und der Methodenvielfalt einer Krisenintervention die Sozialarbeit als feste Akteurin in das Team der Krisenintervention integriert sein. Das würde auch bedeuten, dass die bis jetzt eher wenig ausgesprochenen Massnahmen der Sozialen Arbeit wie die Anbindung an ein sozialpädagogisches oder sozialarbeiterisches Angebot vermehrt angeordnet werden könnten. Dabei muss festgehalten werden, dass Angebote der Sozialen Arbeit aufgrund des Settings einer Erwachsenenpsychiatrie nicht unbedingt im Vordergrund stehen, insbesondere sozialpädagogische Massnahmen. Diese würden vermutlich mehr auf einer Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Tragen kommen (vgl. Kapitel 3.3).

Auf der KIS ist die aktive Bewältigung der Krise ein wesentliches Ziel, man will mit den Patienten/Patientinnen neue Handlungsmöglichkeiten erarbeiten und ihnen dabei neue Wege aufzeigen. Die Hilfe zur Selbsthilfe beziehungsweise ein konstruktive Problembewältigung ist ein zentrales Ziel der Krisenintervention. Diese findet sich auch im vorgestellten Interventionskonzept BELLA, wo neue Ansätze der Problembewältigung ebenfalls thematisiert sind (vgl. Kapitel 3.1 & 3.2).

Wie schon mehrmals erwähnt ist der Einbezug des Umfeldes zentral für die Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien sowie um eine nachhaltige Veränderung im Verhalten der Betroffenen zu erzielen. Eine Krise entsteht nie losgelöst von der sozialen Umwelt. Auf der KIS ist der Einbezug des Umfeldes ein wichtiger Aspekt der Krisenintervention, obwohl dafür das Einverständnis der Betroffenen gegeben werden muss, da es sich um eine Station der Erwachsenenpsychiatrie handelt (vgl. 3.1).

Die Kontinuität ist in Anbetracht der Nachhaltigkeit massgeblich für die Krisenintervention, da das Risiko eines erneuten Suizidversuches nach der Entlassung sehr hoch ist. Diese ist auf der KIS nicht gegeben, da sie eine Abklärungsstation darstellt und die Krisenintervention zeitlich auf fünf Tage ausgerichtet ist. Ziel ist natürlich immer eine ambulante oder stationäre Anbindung. Nur fehlt es an Informationen, inwiefern Patienten/Patientinnen die Angebote wahrnehmen. Da die Nachbetreuung nicht in der Hand der KIS liegt, fehlt es auch an jeglicher Kontrolle beziehungsweise an Informationen an die Nachsorge (vgl. Kapitel 3.1).

6.2.4 Resümee

Es lässt sich nun festhalten, dass sich beim Kantonsspital Obwalden sowie beim Universitätsspital der rasche Beginn, das verbindliche Zurückgreifen auf den Konsiliardienst und die Orientierung am Ziel Hilfe zur Selbsthilfe, anhand der Entwicklung neuer Problemlösungsstrategien etabliert hat. Das Zuger Kantonsspital wird der Kriseninterventionstheorien im Bezug auf einen raschen Beginn sowie der Interdisziplinarität wenig gerecht. Nur im Fall der Zusammenarbeit mit dem APD verbessert sich die Situation, da beispielsweise das Entwickeln neuer Lösungsansätze als Ziel zentral wird.

Insbesondere die Sozialarbeit als wichtige Akteurin in der Krisenintervention erfährt wenig Anerkennung, im Zuger Kantonsspital wird sie beispielsweise überhaupt nicht mit einbezogen. Bei den anderen beiden Spitälern spielt die Sozialarbeit zwar eine Rolle, jedoch eher eine untergeordnete. Zur Rolle der Sozialen Arbeit wird an dieser Stelle auf das Kapitel 7 - Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit verwiesen, welches dieses Thema vertiefter behandelt.

Abschliessend bleibt der Eindruck, dass die untersuchten Spitäler Ansätze aus den Kriseninterventionstheorien umsetzen, jedoch zeigen sich bei allen Spitälern Entwicklungspotenziale. Im Sinne einer professionellen Krisenintervention wäre es wünschenswert, wenn eine Auseinandersetzung mit der Theorie stattfinden würde, sodass eine stetige Entwicklung in Richtung einer professionellen interdisziplinären Krisenintervention feststellbar wäre, wo vor allem das Umfeld als Ressource mehr mit einbezogen würde und sich die Sozialarbeit als feste Grösse in der Krisenintervention etabliert hätte.

6.3 Fazit der Erkenntnisse

Suizidversuche sind multikausal zu verstehen. Sie können nicht nur psychischen, sondern auch sozialen Ursprung haben. Die suizidale Krise kann einerseits durch eine psychische Krankheit oder andererseits durch soziale Belastungen entstanden sein. Es ist zwar berechtigt, dass die aktuelle Krisenintervention stark von der psychologischen Brille beeinflusst wird, da in der Jugend die Identitätsentwicklung eine besondere Stellung einnimmt. Nichtsdestotrotz können positive Erfahrungsräume durch sozialpädagogische und soziokulturelle Angebote geschaffen werden, welche wiederum einen positiven Einfluss auf die Identitätsentwicklung haben können (vgl. Kapitel 2.2). Die psychotherapeutischen und psychiatrischen Massnahmen haben ihren Sinn darin, dass in der Jugend Entwicklungsaufgaben wie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, die Rollenfindung, Beziehungen und der Selbstwert einen hohen Stellenwert einnehmen und vor allem eine psychologische Betrachtung notwendig machen. Die Unterstützung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wie dem Eingehen von Beziehungen mit Gleichaltrigen sowie der Ablösung von den Eltern, fallen in den Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit. Als Beispiel dient die Jugendarbeit, welche Jugendlichen die Möglichkeit bietet, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen. Das zeigt ebenfalls auf, dass die Sozialarbeit in der Krisenintervention nicht nur das familiäre Umfeld abklären muss, sondern auch die Beziehungen zu Gleichaltrigen. Bei Ablsungskonflikten in Familien stellt die Jugend- und Familienberatung eine Anlaufstelle dar (vgl. Kapitel 2.1 & 2.2).

Der Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Vernetzung kommt deshalb eine enorm hohe Gewichtung zu. Das Ärzteteam sollte dabei nicht alleine über Folgemassnahmen entscheiden. Der Konsiliardienst sollte verbindlich genutzt werden und die Sozialarbeit als feste Akteurin in der Krisenintervention agieren können, sodass im gemeinsamen Austausch genau eruiert werden kann, weshalb ein Jugendlicher einen Suizidversuch unternommen hat. Da sich Jugendliche in einem Lernprozess befinden, stellt es sich für die Diagnose als wichtig heraus, zu analysieren, welche Entwicklungsaufgaben für den/die Jugendliche zur Zeit im Zentrum stehen. Das ist insbesondere in der Krisenintervention wichtig, da sie zu einem gelungenen Sozialisationsprozess beitragen soll. Deshalb müssen mögliche Schwierigkeiten beim Bewältigen von Entwicklungsaufgaben festgestellt werden. Das heisst wiederum, dass die Krisenintervention Jugendliche bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beziehungsweise bei der aktiven Krisenbewältigung unterstützen muss. Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist prägend für den weiteren Lebensverlauf (vgl. Kapitel 2 & 2.1).

Suizidpatienten/-patientinnen sind innerhalb der ersten 48 Stunden am zugänglichsten. Der rasche Beginn und die Etablierung der Interdisziplinarität einer Krisenintervention ist somit unabdingbar. Folgemassnahmen sollen das Ziel verfolgen, dass das Wohlbefinden des Jugendlichen nachhaltig gefördert werden kann, indem neue Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Dies gelingt, wenn

die Resilienz in der Krisenbewältigung analysiert wird und somit Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren gemildert werden. Dies fördert die aktive Problembewältigung (vgl. Kapitel 2.3).

Junge Erwachsene die einen Suizidversuch unternommen haben, möchten so nicht mehr weiterleben. Helga Käsler-Heide (2001) fügt dazu an:

Ein Suizidversuch muss sich deshalb „gelohnt“ haben, dahin gehend, dass danach auch tatsächlich etwas verändert wird. Andernfalls bleibt alles beim Alten und die Gefahr einer Wiederholung bleibt bestehen. Die Nachsorge muss daher von der Frage ausgehen, was sich für den jungen Menschen nach einem Suizidversuch verändern muss, damit er keine weiteren Suizidversuche unternimmt. (S.164)

Die Annahme ein Suizidversuch eines/einer Jugendlichen sei nur appellativ, birgt die Gefahr, dass Jugendliche ohne Anbindungen an therapeutische Angebote aus dem Spital entlassen werden. Suizidversuche entstehen nicht einfach aus dem Nichts, sondern sie sind mit einer längeren Leidensgeschichte sowie mit verschiedensten Ursachen verbunden. Der Auslöser eines Suizidversuches lässt sich als den letzten Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte, verstehen (vgl. Kapitel 2.3).

7 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

In einem ersten Schritt werden in diesem Kapitel Schlussfolgerungen für die Sozialarbeit in der Krisenintervention für das Kantonsspital Obwalden, das Zuger Kantonsspital und das Universitätsspital Basel aufgeführt. Dabei sollen nachfolgend zentrale Erkenntnisse, Möglichkeiten und Grenzen für die Soziale Arbeit in der Krisenintervention festgehalten werden. Daraufhin nimmt die Autorenschaft persönlich zur Position der Sozialen Arbeit Stellung und abschliessend werden im Rahmen eines Ausblickes die Methodik und die Ergebnisse kritisch betrachtet sowie nicht beantwortete und weiterführende Fragestellungen formuliert.

In diesem Kapitel werden Teilaspekte folgender Forschungsfrage beantwortet: *„Welche Schlussfolgerungen, Handlungspotentiale und -grenzen lassen sich aufgrund der Ist-Situation der Krisenintervention für die Sozialarbeit im Umgang mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Suizidversuch ableiten?“*

7.1 Fazit der Erkenntnisse für die Sozialarbeit

Die Sozialarbeit wird in allen drei untersuchten Krankenhäuser unterschiedlich wahrgenommen und eingesetzt.

Zug und Obwalden haben gemeinsam, dass beide Spitäler über eine Spitalsozialarbeit verfügen, welche aber in der Krisenintervention keine Rolle einnimmt. Es klagen beide Ärzteteams darüber, dass sie zu wenig Zeit fürs Umfeld und tiefergehende Gespräche mit dem Patienten/der Patientin haben und sich ausschliesslich auf den somatischen Bereich konzentrieren können. Genau da könnte die Spitalsozialarbeit eingesetzt werden. Die Sozialarbeitenden befinden sich im selben Gebäude und wären somit unmittelbar zur Stelle. In Zug ist es aber so, dass der Suizidpatient/die Suizidpatientin rasch weiterverwiesen wird und das Spital im engeren Sinne die Krisenintervention zwar einleitet, aber die Ärzteschaft und insbesondere die Spitalsozialarbeit keine abschliessende Funktion darin einnimmt. Weiter müsste bedacht werden, dass der Spitalsozialdienst zu normalen Bürozeiten geöffnet hat und an den Wochenenden nicht besetzt ist. Somit würde wieder der Fall eintreffen, dass die Spitalsozialarbeit nicht bei jedem Versuch beigezogen werden könnte.

Im APD sowie in der Psychiatrie Obwalden wird die Sozialarbeit für spezifische Fachaufgaben in der Krisenintervention beigezogen. Dies sind Abklärungen finanzieller, versicherungstechnischer oder wohnsituativer Art. Die Sozialarbeiterinnen werden also nicht für andere Abklärungen oder Beratungen eingesetzt. Dies bringt die Gefahr mit sich, dass nur mit der psychologischen/psychiatrischen Brille hingeschaut wird. Wie bereits im Kapitel Krisenintervention erwähnt, können psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen ohne die Beachtung der sozialen Dimension keine langfristigen Erfolge nach sich ziehen. Was wiederum heisst, dass es eine interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigt.

Im APD Zug stellt sich aber die Frage, ob es wirklich sinnvoll wäre, die Sozialarbeiterin mehr mit einzubeziehen. Das Setting sieht so aus, dass der/die Betroffenen regelmässig den selben Therapeuten/die selbe Therapeutin konsultiert und die Sozialarbeiterin kein Vertrauensverhältnis zum Klientel aufbauen kann, da sie zu wenig involviert ist.

In Basel läuft es ganz anders. Basel hat die Wichtigkeit der sozialen Dimension erkannt und setzt die Sozialarbeit gezielt zur Ressourcenaktivierung im Umfeld und zur Aufdeckung/Aufhebung sozialer Belastungen ein. Die Sozialarbeit ist ein Bestandteil des interdisziplinären Teams und übernimmt eine unterstützende, aber punktuelle Funktion.

Das Ärzteteam bringt der Sozialarbeit eine grosse Wertschätzung entgegen und übergibt ihr dankbar viele Aufgaben, die nicht nur der materiellen Ressourcenerschliessung dienen.

In Anbetracht dieser Ausführungen war es äusserst spannend zu sehen, dass die Sozialarbeit in Basel sich etwas unter ihrem Wert verkaufte und sich weniger zusprach, als dies die Ärzteschaft tat. Die Sozialarbeit wurde unsererseits als nicht so engagiert erlebt wie beispielsweise in Obwalden. Es muss aber auch gesagt werden, dass die Sozialarbeit nur 30-Stellenprozente auf der Kriseninterventionsstation hat und somit weniger stark vertreten ist, als in Obwalden oder Zug. Die Sozialarbeit in Basel dürfte mehr Selbstvertrauen im hierarchischen Spital an den Tag legen. Dies wird ebenfalls von der Ärzteschaft gewünscht, diese würden der Sozialarbeit gerne mehr zusprechen, sie wären froh um eine bessere Vernetzung der Sozialarbeit nach aussen. Aber wie bereits erwähnt ist dies ebenfalls ein grosses Problem der Stellenprozente, diese zu erhöhen, wäre ein Bedarf aller befragten Personen in Basel.

Die Sozialarbeiterin in Obwalden wurde unsererseits als sehr engagiert wahrgenommen. Immer wieder setzt sie sich bei Fallbesprechungen dazu, da sie das Gefühl hat, da könnte auch ein soziales Problem vorhanden sein. Sie ist direkt dem Chefarzt der Psychiatrie unterstellt und pflegt einen guten Austausch. In Obwalden hat die Sozialarbeit grosses Potential und müsste unbedingt mehr einbezogen werden. Eine Vernetzung seitens der Sozialarbeit in einem so kleinen Kanton ist tiefgreifend möglich und müsste genutzt werden. Weiter ist die Psychiatrie Obwalden eher klein und überschaubar, ein guter Austausch ist ohne Probleme möglich. Es wäre also kein grosser struktureller Aufwand, die Sozialarbeit mehr einzubeziehen und allenfalls nicht ausschliesslich ein psychotherapeutisches Angebot als Nachbehandlung anzubieten, sondern Alternativen zum Beispiel im sozialpädagogischen Bereich zu suchen.

Das Modell der sozialarbeiterischen Beratung zeigt auf, dass die Sozialarbeit genauso psychosoziale Probleme angehen und zur Veränderung oder Stabilisierung einen Beitrag leisten kann. Die Sozialarbeit wird im Berufsalltag oft unterschätzt, dies zeigt auch die Befragung der drei Spitäler auf. Die beschrifteten roten Punkte in der nachfolgenden Abbildung zeigen auf, wo sich die Sozialarbeit in der Krisenintervention befindet.

Der ambulante psychiatrische Dienst in Zug zieht die Sozialarbeiterin ausschliesslich für spezifische Sachinformationen bei. Sie befindet sich also ganz klar und ausschliesslich im Feld Information/Service. Wie bereits mehrmals erwähnt, ist es im APD in Zug so, dass dort eine sehr engagierte und gut vernetzte Ärzteschaft tätig ist. Es zeigt sich ganz klar, dass diese Aufgaben der Sozialarbeit übernehmen. Eine Veränderung der jetzigen Struktur dürfte schwierig sein und es stellt sich die Frage, ob eine Veränderung überhaupt anstrebenswert ist, da der APD sehr gut zu funktionieren scheint.

Ähnlich sieht es in Obwalden in der Psychiatrie aus. Die Sozialarbeiterin wird vor allem für Sachinformationen beigezogen. Da wir uns im Setting einer Psychiatrie befinden, übernimmt die Sozialarbeiterin noch die Aufgabe des Schutzes war. Sie trägt im Klinikalltag dazu bei, die Patienten/Patientinnen vor sich selbst zu schützen, beispielsweise anhand des "roten Kartesystems". Weiter klärt sie bei Bedarf ab, wohin der Patient/die Patientin weiterverwiesen werden könnte, falls ein

Austritt nach Hause nicht möglich ist. In Obwalden wäre es sicherlich möglich, dass die Sozialarbeit sich dorthin entwickeln könnte, wo derzeit Basel in der Abbildung steht, da die Sozialarbeiterin sehr engagiert ist und sich einbringt. Weiter wurde die Psychiatrie Obwalden als sehr offen für Neues erlebt und auch gewillt Strukturen, zu verändern.

In Basel übernimmt die Sozialarbeit mehr als nur die Informationsvermittlung. Ressourcenerschließung und die fachliche Meinung sind gefragt. Weiter nimmt die Sozialarbeit im interdisziplinären Team einen wichtigen Teil ein und arbeitet aktiv an der Veränderung mit. Sie übernimmt ebenfalls Beratungsfunktion und schaut auf die soziale Dimension einer Krise. Alle Befragten wünschten sich mehr Stellenprozente, somit könnte die Sozialarbeit noch mehr in Richtung Veränderung/Entwicklung wandern und sich mehr nach aussen vernetzen. Sie wäre dann in den Feldern Veränderung/Entwicklung und Information/Service fest verankert.

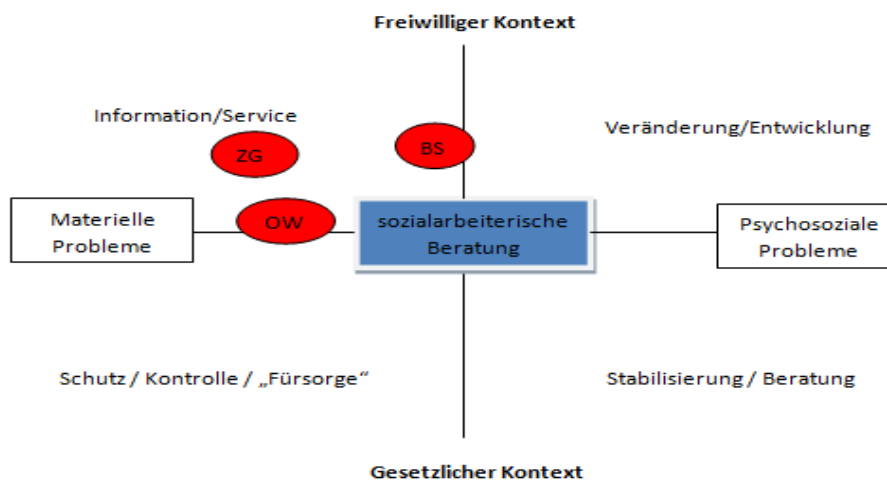


Abbildung 13: Funktion & Aufgaben der sozialarbeiterischen Beratung

(Quelle: Fuchs, Ursula (2010) *Modul 102 Beratungsverständnis*. Unveröffentlichtes Unterrichtsmanuskript. Hochschule Soziale Arbeit Luzern)

Ein Spital ist sehr hierarchisch aufgebaut und der Blick über den Tellerrand wird nicht immer gerne gemacht. Die Fähigkeiten der Sozialarbeit im interdisziplinären Team mitzuwirken und darin auch einen wichtigen Part zu übernehmen, liegen auf der Hand. An der Umsetzung hapert es. Die Möglichkeiten der Sozialarbeit sind begrenzt und sie stösst immer wieder an Grenzen.

7.2 Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit

Im folgenden Kapitel werden die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit in der Krisenintervention und in der Thematik der Jugendsuizidalität beschrieben.

Die Soziale Arbeit hat in der Krisenintervention eine ergänzende Funktion und kann eine Entlastung für die Ärzteschaft darstellen, sofern sie mit einbezogen wird. Wie bereits mehrmals erwähnt, wird sie aber häufig gar nicht mit einbezogen, da im Krankenhaus die somatischen Probleme im Vordergrund stehen. Es geht auf das Engagement des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin zurück, ob weitere Professionen mit einbezogen werden, die Spitalsozialarbeit geht dabei oft vergessen. Nach wie vor spricht man der Sozialarbeit zu wenig Kompetenzen zu. Sie geht im hierarchischen

Spital einfach unter. Gebiete wie die Psychologie/Psychiatrie übernehmen viele Aufgaben, die genauso gut von Sozialarbeitenden erledigt werden können. Weiter fehlt es den Professionellen der Spitalsozialarbeit an Selbstvertrauen, sich mehr einzubringen, es wird hingenommen und man gibt sich mit den erhaltenen Aufgaben zufrieden. Dies genügt aber laut der Definition der Sozialen Arbeit nicht.

Die Soziale Arbeit wird laut Avenir Social (2010) folgendermassen definiert: „Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben“ (S.8).

Nicht nur die Medizin/Psychiatrie und Psychologie wollen das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen verbessern, sondern auch die Soziale Arbeit.

Die Ursachen für einen Suizidversuch sind nicht reine medizinische/psychische Probleme, sondern weisen immer auch eine soziale Dimension auf und tangieren damit zwingend die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit.

Die Sozialarbeitenden haben in der Krisenintervention in den untersuchten Spitälern weder Entscheidungskompetenzen, noch sind sie fallführend, sie übernehmen eine ergänzende Funktion und auch diese sieht je nach Spital, wie bereits erläutert, ganz unterschiedlich aus. Es stellt sich die Frage, ob die Sozialarbeit sich diesen Platz erkämpfen oder ob es so belassen werden sollte. Es zeigte sich, dass während den ersten 48 Stunden nach einem Suizidversuch, die Ärzteschaft und ein Psychiater/eine Psychiaterin geeignetere Professionen für die Krisenintervention sind, als die Sozialarbeit. Die medizinische Versorgung steht an erster Stelle. Weiter muss eine erste Diagnose über den psychischen Zustand der Betroffenen gefällt werden, dies fällt klar ins Aufgabengebiet eines Psychiaters/einer Psychiaterin. In dieser Phase kann die Sozialarbeit für Abklärungen bezüglich dem Umfeld beigezogen werden. Es zeigt sich aber, dass die Sozialarbeit in den ersten Stunden nach einem Suizidversuch keine geeignete Profession für die Krisenintervention ist.

Wenn es aber um die weitere, langfristige Planung und um die Erschliessung von Ressourcen geht, muss die Soziale Arbeit unbedingt beigezogen werden. Die soziale Dimension eines Suizidversuches sollte durch die Soziale Arbeit erfasst werden, sie verfügt über die geeigneten Werkzeuge dazu und ist gut vernetzt und weiss somit über viele Hilfsangebote Bescheid, über die ein Arzt/eine Ärztin oder auch ein Psychiater/eine Psychiaterin nicht informiert ist.

Es muss stets auch das Umfeld bedacht werden. Die Ursachen für den Suizidversuch liegen nicht ausschliesslich beim/bei der Jugendlichen, sondern auch im Umfeld. Wird nur für den Jugendlichen/die Jugendliche eine Psychotherapie angeboten, so wird das Problem nur bei den Betroffenen selbst angegangen und nicht im System. Somit besteht die Gefahr für einen erneuten Versuch weiterhin, da nur beim/bei der Jugendlichen selbst nach dem Problem gesucht wurde.

Als Beispiel könnte das Beiziehen der Jugend- und Familienberatung oder der Schulsozialarbeit einen positiven Einfluss auf den weiteren Verlauf haben.

Die Sozialarbeit hat in der Krisenintervention in den ersten Stunden nicht viel verloren, da es dafür noch andere gut geeignete Professionen zur Stelle hat, aber sie hat in der Thematik der Jugend-suizidalität sehr viel beizutragen. Zudem soll die Sozialarbeit wie bereits mehrfach erwähnt eine feste

Rolle in der Krisenintervention bekommen, mit der Aufgabe das Umfeld und die darin liegenden Ressourcen abzuklären, respektive zu erschliessen.

Gregor Husi und Simone Villiger (2012) haben in der untenstehenden Abbildung aufgezeigt, welche Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit vorhanden sind.

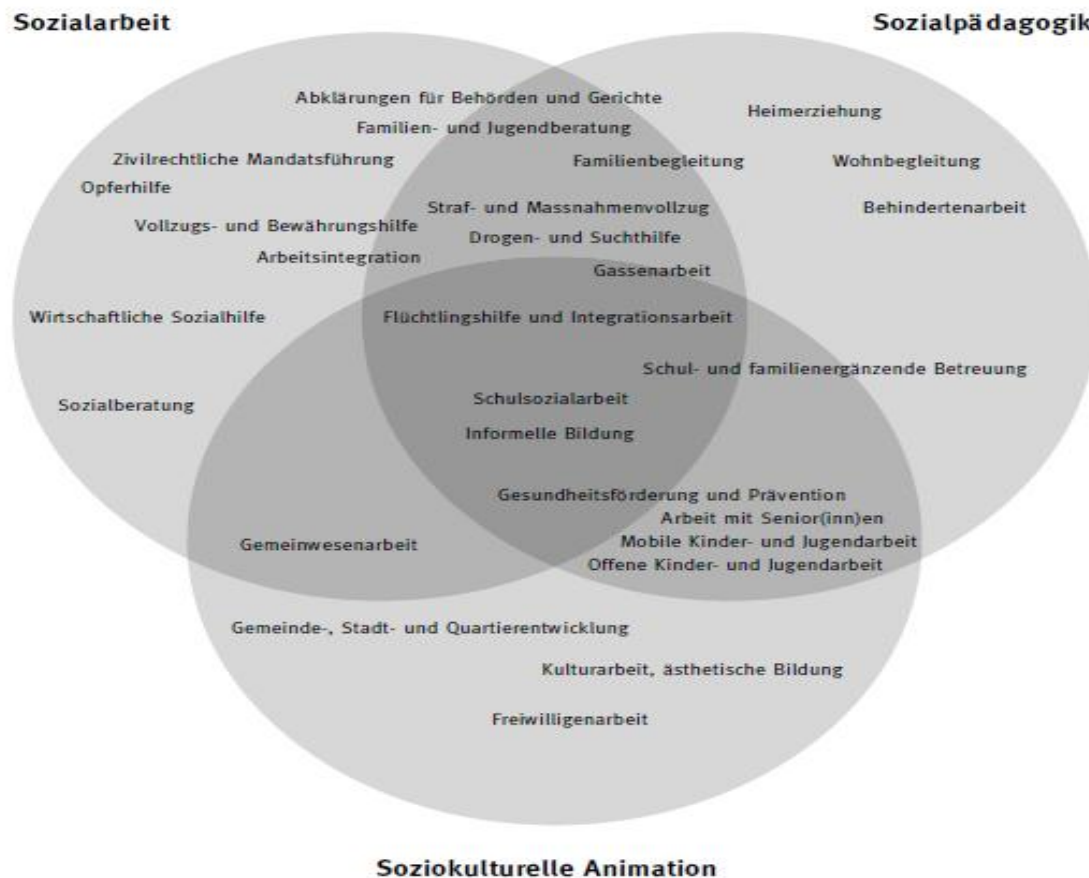


Abbildung 14: Arbeitsfelder und Berufsfelder Sozialer Arbeit

(Quelle: Gregor Husi/Simone Villiger: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit, Luzern 2012: Interact, S.46)

Wie bereits erwähnt, kann auch die Soziale Arbeit an der Intervention teilhaben in Form einer Familien- und Jugendberatung ergänzend zu/oder anstelle einer Psychotherapie. Der Suizidversuch eines Jugendlichen ist ein Hilferuf, er/sie will damit sagen, dass es so nicht weitergehen kann. Es ist von zentraler Bedeutung, dass dies ernst genommen wird. Eine professionelle Krisenintervention und eine gute Nachbetreuung ist ein Muss und wirkt sich präventiv auf spätere Krisensituationen aus.

Die Soziale Arbeit kann aber nicht nur einen Beitrag zur Intervention nach einem Suizidversuch leisten. Sie kann auch präventiv wirken und Früherkennung betreiben.

In der Früherkennung kann als Beispiel die Schulsozialarbeit, viele Berufsschulen verfügen über diese, viel beitragen. Sie kann gefährdete Jugendliche frühzeitig erkennen, bevor es zur suizidalen Krise kommt.

Weiter können sich beispielsweise Jugendtreffs präventiv auf das Verhalten der Jugendlichen auswirken. Sie werden dort sozial einbezogen, Schutzfaktoren gestärkt, es bietet sich ein positiver Erfahrungsraum und Bezugspersonen sind da.

Wichtig ist zu sagen, dass die Soziale Arbeit viele Möglichkeiten hat, präventiv zu wirken und eine Anlaufstelle für gefährdete Jugendliche bildet. Sie ist in vielen Arbeitsfeldern verankert und gut vernetzt. Bedenkt man die jährlich grosse Anzahl der Suizidversuche, muss unbedingt mehr in die Früherkennung und Prävention investiert werden und genau dort kann die Soziale Arbeit mehr beitragen als die Medizin/Psychiatrie oder Psychologie.

7.3 Persönliche Stellungnahme

Nachdem in der vorliegenden Arbeit einiges beschrieben, erklärt und dargelegt sowie mit Statistiken, Zahlen und Fakten ergänzt wurde, folgt in diesem Kapitel die persönliche Stellungnahme der Autorenschaft.

Im Kapitel Motivation am Anfang dieser Arbeit wurde festgehalten, dass bereits präventive Massnahmen umgesetzt werden. Diese zielen auf Adressaten/Adressatinnen ab, die (bisher) keinen Suizidversuch unternommen haben. So bestehen präventive Ansätze an Schulen im Bereich der Risiko- und Schutzfaktoren. Ebenfalls wurden in einzelnen Kantonen Massnahmen getroffen, um sogenannte "Hot-Spots", Orte die meist für Suizide benutzt werden, sicherer zu gestalten. Es ging dabei nicht um die Illusion, dass die Gefahr von Suiziden komplett gebannt wird. Dies wird auch nach einer optimalen Prävention nicht zu erreichen sein. Vielmehr wurden Hindernisse (Netze etc.) angebracht, sodass Suizidversuche nicht "einfach" durchgeführt werden können. Menschen sollen in den letzten Sekunden nochmals auf ein Hindernis stossen. Statistiken belegen, dass durch solche Massnahmen die Zahlen rückläufig sind.

Wie in der Arbeit dargelegt wurde, kann eine nachhaltige Krisenintervention bei Jugendlichen nach einem Suizidversuch ebenso einen präventiven Charakter beinhalten. Durchdachte Anschlusslösungen auf interdisziplinärer Basis sollten nachhaltig sein und präventiv wirken.

Suizidhandlungen sind nicht nur psychischer Natur, sondern können auch sozial begründet werden. Dies belegt auch das Bundesamt für Statistik (2005) indem es erläutert, dass neben demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht auch psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren sowie Faktoren, die mit der Lebensgeschichte verbunden sind, das individuelle Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs beeinflussen. Diese Faktoren wirken dabei komplex und interagieren miteinander (S.4).

Massnahmen sollten daher multikausal diskutiert werden und an verschiedenen Bezugspunkten anknüpfen. Das gemeinsame Ziel soll sein, eine optimale Prävention zu erreichen, um das Wohlbefinden des Jugendlichen zu fördern und einen weiteren Versuch zu verhindern.

Einerseits könnte durch die Schaffung zusätzlicher stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrien vermehrt Plätze angeboten werden, sodass Jugendliche nicht auf einer Erwachsenen Psychiatrie behandelt werden müssen. Andererseits könnte die Schaffung sozialpädagogischer Tageskliniken das Wohlbefinden der Jugendlichen fördern.

Der Auslöser und die Ursache für einen Suizidversuch sollte gezielt abgeklärt werden, um zu eruieren, welche Faktoren beigetragen haben. So kann eine Psychiatrie nicht immer die richtige Massnahme darstellen, zumal dort vor allem der psychische Aspekt im Zentrum steht.

So erachtet es die Autorenschaft als wichtig, Alternativlösungen anzustreben.

In unserer Arbeit wurde dargelegt, dass eine langfristige Krisenintervention durchaus ein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit darstellt. Einerseits dadurch begründet, dass die Soziale Arbeit bestrebt ist, Menschen zu befähigen, um das Wohlbefinden positiv zu beeinflussen. Andererseits verfügt die Soziale Arbeit über eine starke Vernetzung und sieht sich in ihren unterschiedlichen Arbeitsfelder durchaus oft mit Jugendlichen konfrontiert. Dahingehend soll sich die Soziale Arbeit, allem voran die Spitalsozialarbeit, stark machen und auf andere Fachstellen und Institutionen zugehen, sodass im interdisziplinären Austausch präventive Ansätze, vor und nach einem Suizidversuch, ausgearbeitet werden können.

Jugendliche haben das ganze Leben vor sich und stellen unsere Zukunft sicher. Jugendliche und junge Erwachsene sollen sich zu selbstständigen Menschen entwickeln können, denen das Leben lebenswert erscheint! Professionen, Fachstellen und Institutionen, sollten daran interessiert sein, dies zu ermöglichen. Die Gesellschaft soll sensibilisiert werden und das Thema nicht mehr länger als Tabu behandeln. Sie soll im Bereich von Suizid vermehrt agieren und nicht einfach wegschauen. Oder es mit den Worten von Heike Knebel und Nathalie Klüver (2010) auszudrücken: „Signale, die ein Mensch aussendet, sind wahrzunehmen. Sie können seinen Lebensweg in eine andere Richtung lenken! Hin-hören, Hinsehen, Anzusprechen. Mutig auch die Auseinandersetzung zu suchen und den Konflikt nicht zu scheuen“ (S.25)!

Ebenso sollte der Bund sowie Kantone und Gemeinden ein Interesse daran haben, diesem Thema vermehrt finanzielle Unterstützung zu bieten. Es kann nicht sein, dass im Vergleich zur Suizidprävention im Verkehr seit Jahren Gelder gesprochen werden, obwohl suizidbedingte Todesfälle im Vergleich zu den todesbedingten Verkehrsunfällen gut doppelt so hoch sind. Es soll vermehrt finanzielle Unterstützung gesprochen werden, um präventiv agieren zu können.

Es wäre wünschenswert, dass die Gesellschaft, Professionelle der Medizin, der Psychiatrie/Psychologie und allen voran die Soziale Arbeit die Herausforderungen und möglichen Krisen der Adoleszenz mehr berücksichtigt und sich für die Unterstützung und den Schutz Jugendlicher und junger Erwachsener vermehrt einzusetzen versucht.

7.4 Ausblick

Mit der vorliegenden Forschung ist der Ist-Zustand der Krisenintervention am Kantonsspital Obwalden, am Zuger Kantonsspital und am Universitätsspital Basel erhoben worden. Im Zentrum der Befragung standen Professionelle und deren Ansichten über die bestehende Krisenintervention. Die Wahrnehmung der Krisenintervention besteht somit ausschliesslich aus der Sicht von Professionellen. Um Wissen über die Nachhaltigkeit der Krisenintervention zu generieren, müssten die möglichen Massnahmen ebenfalls analysiert und Betroffene ebenfalls befragt werden. Zudem wurde im Rahmen dieser Forschung jeweils nur eine Fachperson pro Profession befragt. Mehrere Fachpersonen zu befragen wäre wünschenswert gewesen, um das Bild der Krisenintervention besser abstützen zu können und so ein breiteres Wissen zu erlangen. Dies hätte wohl den Rahmen dieser Forschung gesprengt.

Die ausgewählte Methodik, Expertenleitfadeninterviews, lieferte der Autorenschaft einen guten Einstieg in das Thema und verschaffte einen groben Überblick über die bestehende Ist-Situation der Krisenintervention. Um genauere, vor allem konkretere Informationen zu generieren sowie einen

Vergleich herstellen zu können, würde sich im Anschluss dieser Forschungsarbeit eine Untersuchung mit Fallbeispielen eignen. Der Autorenschaft ist es ebenfalls ein Anliegen, dass die Professionsabgrenzung der Sozialarbeit beziehungsweise die Etablierung der Sozialarbeit als feste Akteurin in der Krisenintervention genauer betrachtet wird. Dies würde die Professionalisierung der Sozialarbeit, im vorwiegend dominierten Feld der Medizin und Psychiatrie, vorantreiben.

Abschliessend ist festzuhalten, dass diese Forschung in einem kleinen Rahmen stattgefunden hat, jedoch Basiswissen zur Krisenintervention geschaffen, die Rolle der Sozialarbeit darin genauer betrachtet und somit den Grundstein für weiterführende Forschungen gelegt hat. Gerade aufgrund der bedrückenden Erkenntnis, dass das Thema Jugendsuizid nach wie vor in der Schweiz wenig Bedeutung hat, möchte sich die Autorenschaft für die Weiterführung der Forschung im Bereich der Professionalisierung und der Nachhaltigkeit der Krisenintervention nach einem Suizidversuch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stark machen.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [Broschüre]. Bern: Autor.
- Aktion Kinder- und Jugendschutz [AKJS]. (2001). *Gewalt gegen sich selbst. Suizid und Selbstverletzung bei Jugendlichen*. München: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer*. Neuchâtel: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2008). *Anzahl Suizide nach Altersgruppe*. Gefunden am 12. Juni 2012, unter <http://www.bfs.admin.ch>
- Cassée, Kitty (2010). *Kompetenzorientierung. Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe* (2. überarb. Aufl.). Bern: Haupt.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (1999). *Krisenintervention für Suizidpatienten am Allgemeinkrankenhaus*. Gefunden am 09. April 2012, unter http://www.suizidprophylaxe.de/Ohne%20Java/Infos_Suizidalitaet/krisenintervention_fuer_suizidpatientenohne.htm
- Dick, Andreas (2002). Suizid und Unfälle. In August Flammer & Françoise D. Alsaker (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter* (S.325-342). Bern: Verlag Hans Huber.
- Diefenbacher, Albert; Arolt, Volker & Rothermundt, Matthias (2004). Aufgaben der Konsiliarpsychiatrie und psychotherapie. In Volker Arolt & Albert Diefenbacher (Hrsg.), *Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie* (S.3-18). Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Diefenbacher, Albert; Burian, Ronald; Klesse, Christian & Härter, Martin (2012). Konsiliar- und Liaisondienste für psychische Störungen. In Mathias Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (4. Aufl., S.895-914). München: Urban & Fischer.
- Diefenbacher, Albert (1999). Zur Rolle der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie innerhalb des psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebietes. In Albert Diefenbacher (Hrsg.), *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie* (S.1-9). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Etzersdorfer, Elmar (2010). Krisenintervention bei akuter Suizidalität. *Spectrum Psychiatrie. Suizidalität. Risikogruppen und Risikofaktoren. Krisenintervention, 2010* (Sonderausgabe), 6-8.
- Fegert, Jörg M. & Goldbeck, Lutz (2004). Kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. In Volker Arolt & Albert Diefenbacher (Hrsg.), *Psychiatrie in der klinischen*

Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (S.223-238). Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Flammer, August & Alsaker, Françoise D. (2002). Adoleszenz und ihre kontextuellen Entwicklungsaufgaben. In August Flammer & Françoise D. Alsaker (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter* (S.55-68). Bern: Verlag Hans Huber.

Fuchs, Ursula (2010). *Modul 102 Beratungsverständnis*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Geissler-Piltz, Brigitte (2005). Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?. In Brigitte Geissler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S.10-15). Münster: LIT.

Göppel, Rolf (2007). *Aufwachsen heute. Veränderungen der Kindheit – Probleme des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.

Helfferich, Cornelia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.

Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact.

Irniger, Walter (1980). Krisenintervention aus der Sicht des Allgemeinarztes. In Walter Pöldinger (Hrsg.), *Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis* (S.52-60). Bern: Huber.

Käsler-Heide, Helga (2001). *Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen verstehen*. München: Kösel.

Kauth, Thomas (1980). Krisenintervention aus Sicht des Sozialarbeiters. In Walter Pöldinger (Hrsg.), *Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis* (S.61-64). Bern: Huber.

Knebel, Heike & Klüver, Nathalie (2010). *Reflexionen. Suizidprävention und Suizid bei Kindern und Jugendlichen*. Lübeck: Kilian Andersen.

Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der klinischen Sozialarbeit: Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs.

Kulessa, C. (1985). Gesprächsführung mit Suizidpatienten im Rahmen der Krisenintervention. In Hans Wedler (Hrsg.), *Umgang mit Suizidpatienten am Allgemeinkrankenhaus. Tagungsbericht des Symposiums „Der Suizidpatient am Allgemeinkrankenhaus in Darmstadt 2. – 4.2.1984“* (S.115-146). Regensburg: S. Roderer Verlag.

- Mayer, Horst Otto (2004). *Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (2. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In Detlef Garz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. (S.441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Montada, Leo (2008). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S.3-46). Weinheim: Beltz Verlag.
- Oerter, Rolf & Dreher, Eva (2008). Jugendalter. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S.271-332). Weinheim: Beltz Verlag.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Pohlmeier, Hermann (1980). Organisation und Selbstmordverhütung. In Walter Pöldinger (Hrsg.), *Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis* (S.65-72). Bern: Huber.
- Pro Juventute (2011). *Pro Juventute startet nationale Kampagne zur Prävention von Jugendsuizid*. Gefunden am 22. Febr. 2012, unter [http://www.projuventute.ch/Detailansicht-Pressemitteilung.136.0.html?&tx_ttnews\[tt_news\]=359&cHash=cdb035da34bca25522670ef415eec10e](http://www.projuventute.ch/Detailansicht-Pressemitteilung.136.0.html?&tx_ttnews[tt_news]=359&cHash=cdb035da34bca25522670ef415eec10e)
- Rupp, Manuel (2012). *Basiswissen: Psychiatrische Krisenintervention*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schmitz, Günther (2001). Suizidhandlungen im Jugendalter. In Aktion Kinder- und Jugendschutz [AKJS]. (2001). *Gewalt gegen sich selbst. Suizid und Selbstverletzung bei Jugendlichen*. München: Autor.
- Schütz, Jutta (2002). *Ihr habt mein Weinen nicht gehört. Hilfen für suizidgefährdete Jugendliche*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Sonneck, Gernot (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Wustmann, Corina (2011). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (Wassilios E. Fthenakis, Hrsg.) (3. Aufl.). Berlin: Cornelsen.

Anhang

Vorlage Leitfadeninterviews

Krisenintervention nach einem Suizidversuch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Spital

InterviewerIn:.....

Datum:.....

Krankenhaus:.....

Experte:.....

- ☐ **Vorstellung:** (Christoph Imgrüth, Fabienne Vogler und Julia Weibel, Hochschule Luzern- Soziale Arbeit, Bachelorarbeit), Leitfadeninterview, Dauer ca. 1 Stunde,
- ☐ **Darlegung der Ziele der Befragung:** Die Arbeit hat zum Ziel, auf der Basis der Darstellung der Krisenintervention nach einem Suizidversuch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Krankenhäusern und den Erkenntnissen über die beteiligten Professionen, die Position der Sozialarbeit mit ihren Handlungsmöglichkeiten und -grenzen bei der Krisenintervention bei Jugendlichen nach einem Suizidversuch aufzuzeigen.
- ☐ **Wertschätzung:** Bedanken für die Zeit, Betonung dass Sie wichtige Experten sind und wir es wertschätzen, sie als Experten befragen zu dürfen, wir schätzen es ihre Meinungen und Ansichten verschriftlichen zu dürfen, Ihre Aussagen stellen insbesondere einen wichtigen Teil unserer Bachelorarbeit dar.
- ☐ **Rahmenbedingungen:** Wir würden das Gespräch zu Zwecken der Auswertung gerne auf Tonband aufnehmen und hoffen, dass dies für Sie so in Ordnung ist.
- ☐ **Anonymität:** Bezüglich der Anonymität wären wir dankbar, wenn wir den Namen des Spitals sowie ihrer Profession benennen dürfen. Ob Sie namentlich erwähnen dürfen, ist Ihnen freigestellt.
- ☐ Daten werden ausschliesslich für unsere Bachelorarbeit verwendet. Die Arbeit kann an der Hochschule Luzern- Soziale Arbeit ausgeliehen werden.

1. Wie sieht eine Intervention nach einem Suizidversuch eines Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Kantonsspital OW aus und zu welchem Zeitpunkt beteiligen sich die einzelnen Professionen daran?

- ☐ berufliche Erfahrungen in diesem Feld
- ☐ Aufgaben und Ziele der Intervention

- ☐ Kriseninterventionsmodelle
 - ☐ beteiligte Professionen
 - ☐ Entscheidungskompetenzen
 - ☐ massgebende Kriterien für Einsetzen/Fortführen/Beenden der Krisenintervention
 - ☐ Einbezug des Umfeldes
 - ☐ resultierende präventive Massnahmen
2. Wo liegen Ihrer Ansicht nach die Grenzen in der Krisenintervention im Kantonsspital OW?
- ☐ persönliche und institutionelle ethische Haltung
 - ☐ minderjährig/volljährig
 - ☐ Gesetz
 - ☐ Krankenkasse/Spitalfinanzierung
3. Wie wird das Thema Suizid resp. die Jugendsuizidalität im Spital OW thematisiert?
- ☐ Stellenwert Jugendsuizidalität
 - ☐ Weiterbildungen
 - ☐ Berücksichtigung aktueller Forschung
 - ☐ Austausch zwischen Spitälern und Fachstellen
 - ☐ bestehende Vernetzung intern/extern (Zusammenarbeit)
4. Welche Aufgaben übernimmt die Soziale Arbeit in der Krisenintervention, wie arbeitet Sie mit anderen Professionen zusammen und wo liegen Ihre Möglichkeiten?
- ☐ Rolle Soziale Arbeit
 - ☐ Professionsabgrenzung Sozialen Arbeit
 - ☐ Ressource Soziale Arbeit
 - ☐ Bestehender Bedarf
 - ☐ Zusammenarbeit mit Professionen
5. Welche Entwicklungen braucht es, damit Sie von einer optimalen Krisenintervention sprechen würden?
6. Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?