

## **Sachverständige Feststellung einer psychischen Erkrankung oder von Suizidgefahr im Mietverhältnis / Mietgerichtstag 28.03.2025**

1. Klassifikationssysteme
2. Der Weg zur Diagnose
3. Suizidalität
4. Behandler vs. Gutachter: Wem soll man trauen?

Ich wurde gebeten, zu dem oben genannten Thema etwas zu sagen. Leider bin ich nur die B-Mannschaft, da Herr Prof. Seifert aus familiären Gründen verhindert ist und dieses Thema so noch nicht an mich herangetragen wurde.

Wohl sind Patienten im Kontext von drohenden Kündigungen in meiner Behandlung gewesen, zumeist im Zusammenhang mit depressiven Störungen aber auch schizophrenen oder auch Suchterkrankungen. Suizidalität vor dem Hintergrund einer sozioökonomischen Not sind insofern immer ein Thema.

Letztlich war es hilfreich, einige Anregungen aus ihrem Plenum zu bekommen, um was es dort gehen könnte und ich hoffe ich kann Ihre Vorstellung einigermaßen erfüllen.

Besonders Bedanken möchte ich mich bei einigen Kollegen von mir: Herr Thebarz van Elst, Frau Schramm und Herr Berger, deren ausgezeichnetes Lehrbuch „Psychiatrie und Psychotherapie“ sehr schätze, das ebenso unterstützend war wie das 8 kg schwere 4 bändige Werk der Kollegen Möller, Laux und Kapfhammer, dessen Umfang erschöpfend alle Facetten der Psychiatrie ausleuchtet. Sie sehen, bei 8 Kilogramm habe ich auch keine körperlichen Mühen gescheut, um Antworten zu finden. Beide Quellen habe ich hinreichend geplündert und ruminiert, im Zwischennetz gefischt und tatsächlich auch eigene Gedanken hinzugefügt, so sie mir erhellend erschienen.

Zusammenfassend könnte man die Thematik auch benennen: Wie kommt der Psychiater zu seiner Diagnose und wie verlässlich ist im speziellen Fall eine Suizidalität einzuschätzen? Um diese Frage zu beantworten muss man zum einen in die Geschichte etwas eintauchen und zum anderen sich Gedanken um Klassifikationssysteme machen bevor man sich der Suizidalität zuwendet. Das wollen wir jetzt hier gemeinsam durchführen.

### **Klassifikationssysteme und ihre Notwendigkeit**

Die innere Medizin behandelt den Menschen, die Chirurgie behandelt den Menschen, die Pädiatrie behandelt den sehr jungen Menschen und die Psychiatrie? Behandelt die Seele? Und schon sind wir dem Problem nähergekommen: Während die anderen Disziplinen oftmals technisch messbare Veränderungen im Funktionieren der Körperfunktionen z.B. anhand von Laborwerten oder Bildbefunden sehen und nachvollziehbar machen können, ist dies in der Psychiatrie nicht der Fall. Zwar ist auch in der Psychiatrie ein Teilbereich wissenschaftlichen Verfahren, Messungen und anderem zugänglich, jedoch in keiner Weise in einem solchem Maß wie in den anderen Disziplinen. Einen Diabetes kann ich anhand

seiner Blutzuckerwerte therapeutisch erkennen, steuern und diese letztlich medikamentös so einstellen, dass sich die Messwerte sich wieder normalen Werten anpassen.

In der Psychiatrie ist dies nicht anhand von Laborwerten möglich, sondern geschieht aus der Beschreibung des Kranken heraus. Hier ist der Psychiater praktisch das Untersuchungsgerät, das vielleicht in der Zukunft von KI-Systemen unterstützt werden wird. Dennoch geschieht sowohl Behandlung als auch Diagnose in der Psychiatrie weiterhin von Mensch zu Mensch.

Die Frage, die sich die Psychiatrie immer wieder stellen muss, ist jene: Gibt es das, was die Psychiatrie vorgibt zu behandeln überhaupt: eine Erkrankung des Geistes? Nicht selten gibt es ein Zögern, jemanden als psychisch krank zu bezeichnen, nicht zuletzt deswegen, weil die Grenze zwischen „noch normal“ und „doch schon krank“ nicht immer gut erkennbar ist. Was heißt dabei „normal“? Ist der Durchschnitt normal oder ist ein Ideal gemeint?

„Eines ist sicher: Es gibt Muster an Verhalten, das, für die Person, die sie aufweist und für jene, die mit der Person zu tun haben, unangenehm ist. Und einige der Verhaltensmuster sind so maladaptiv, dass offensichtlich die Beschreibung als Erkrankung passend erscheint.“<sup>1</sup>

Eine erstaunliche Eigenschaft psychischer Erkrankungen ist es, dass sie sich in vielerlei Gestalt zeigen können. Diese chamäleonhafte Eigenheit kann verwirrend sein, so dass manche Menschen daran glauben, dass Verhaltensauffälligkeiten immer eine psychologische Ursache haben müssen. Sicherlich spielen psychologische Faktoren eine wichtige Rolle aber viele psychiatrische Erkrankungen, die man zunächst sich nicht anders erklären konnte, wurden später auf offensichtliche Hirnpathologie zurückgeführt.

Etwa die Hälfte aller psychiatrischen Patienten, die stationär um die Jahrhundertwende und früher in psychiatrischen Anstalten untergebracht waren zeigten eine fortschreitende Erkrankung mit manischem Verhalten, also Antriebssteigerung und Redefluss, aber auch überzogener Grandiosität bis hin zum Größenwahn, um dann in einer Art Demenz und Lähmung überzugehen. Es handelte sich dabei um die „*Dementia paralytica*“. Auch von dieser Erkrankung nahm man zunächst an, dass sie psychologisch verursacht sei. Bis man herausfand, dass sie eine späte Manifestation der Syphilis darstellte, die allerdings erst Jahre nach der eigentlichen Infektion auftrat. Erst später mit dem Auftauchen wirkungsvoller antimikrobieller Substanzen gelang es, diese Erkrankung zum Verschwinden zu bringen, die, obschon die Symptome im Verlauf in erster Linie psychiatrische sind, doch durch eine somatische Erkrankung, einen Infektion mit einer Geschlechtskrankheit, verursacht wird.

Ein depressiver Mensch kann depressiv durch eine psychische Erkrankung sein, aber auch an einer Schilddrüsenunterfunktion leiden, die sein Ausdrucksverhalten, den Antrieb und den Gedankengang gleich einer Depression verändert, ohne eine zu sein. Und so befindet man sich als Psychiater zunächst in einer Phase der Unsicherheit, ob das, was man so wahrnimmt, nicht doch besser somatisch-medizinisch abgeklärt und behandelt werden sollte.

Insofern ist es nachvollziehbar, wenn grundlegend eine Kritik an psychiatrischen Diagnosen besteht. Häufig wird vermutet, dass alles Humbug ist.

---

<sup>1</sup> Barondes SH. The biological approach to psychiatry: history and prospects. *J Neurosci.* 1990 Jun;10(6):1707-10. doi: 10.1523/JNEUROSCI.10-06-01707.1990. PMID: 2355244; PMCID: PMC6570312.

Aber auch umgekehrt besteht ein Problem: Eine biologische Ursache wird strikt abgelehnt und eine psychologische Erklärung bevorzugt, obwohl in der Realität häufig beides zugleich vorliegt oder eine Rolle spielt.

Wenn wir uns zunächst darauf einigen, dass es so etwas wie eine psychiatrische Erkrankung gibt, so können wir uns erneut der Schwierigkeit zuwenden, wie der Psychiater zu seiner Diagnose kommt.

Ein Mensch mit der Rolle des Arztes tritt in Kontakt mit einem Menschen, der in seinem Verhalten oder Äußerungen von einer gesellschaftlichen Norm abweicht. Er verhält sich anders als der Durchschnitt, er denkt andere Gedanken als der Durchschnitt, er sagt Dinge, die anderen nicht einfallen oder ist völlig unverständlich. Was heißt es aber nun, wenn wir sagen, jemand denkt oder handelt anders als der Durchschnitt?

Ausgehend von einem gesellschaftlichen Konsens der Normalität muss geklärt werden, was normal ist. Und dies ist immer auch von der Kultur mit geprägt. Da keine Laborwerte vorliegen, muss ein Konsens hergestellt werden, was normales Verhalten, Denken und Sprechen ist. Gesundheit muss also ebenso definiert werden wie Erkrankung und unsere Auffassung von Normalität ändert sich von Kultur zu Kultur, von Land zu Land usw..

Es liegt somit der Gedanke nahe, eine gemeinsame Sprache, eine gemeinsame Ordnung der Dinge herzustellen. Die Dinge zu bezeichnen, die Erkrankungen zu benennen: Die **Nosologie** (die Krankheitslehre) bezeichnet die Bestimmung und die symptomatologische Beschreibung der Krankheiten. Das Ziel ist hier eine systematische Ordnung zu Krankheitsgruppen (nosologische Klassifikation). Idealerweise ergeben sich durch die Ordnung jeweils Gruppen von Erkrankungen, die sich in ihren Symptomen, dem Verlauf, der Ursache, und auch der Therapie ähneln. Von der Beschreibung des Phänomens der Erkrankung sollen so ursachenähnliche und krankheitserzeugend gleichartige Entitäten zusammengefasst werden.

Dies kommt uns heute logisch vor, ist aber dennoch ein eher neuerer Gedanke in der Medizingeschichte, die mit dem Aufschwung der Wissenschaft und der Pathologie erst ab etwa 1845 begann, sich in der Psychiatrie auszuformulieren: Kahlbaum, einer der ersten „biologischen“ Psychiater, formulierte 1874 die Hoffnung, dass so „zunächst neutral und ohne vorherig einengende Überzeugungen, was bei wem wie zu welcher psychischen Störung führte, durch Sammeln und Beobachten sich ergebende und der Natur entsprechende Krankheitsbilder“ beschreiben ließen.

Wir dürfen nicht vergessen, dass zu dieser Zeit völlig andere Konzepte einer psychiatrischen Erkrankung vorherrschten. Man glaubt daran, dass die psychische Erkrankung zum Beispiel eine Folge von moralischen Fehlern oder Mängeln ist. Auch wurde die psychische Erkrankung als Strafe Gottes gesehen.

Da mutet der „tierische Magnetismus“, der durch Anton Mesmer zur Zeit Mozarts verbreitet worden war, geradezu wissenschaftlich an. Er vermutete, dass durch kleine Kanäle im Körper, die blockiert würden, ein allgemeines Kraft spendendes Odem in seinem Fluss behindert würde und so die Erkrankung verursacht. Natürlich war Herr Mesmer zur Erkennung dieses Phänomens in der Lage und erzielte beeindruckende „Heilungen“ durch

Bestreichen des Körpers, gerade und gerne von jüngeren Frauen. Heutzutage würde man von hypnotherapeutischen Effekten bei somatoformen Erkrankungen ausgehen.

Anfang des 20. Jahrhunderts setzte eine Krise der nosologischen Konzepte ein: Sie stellte sich nach einer ersten sinnreichen Ordnung und Fortschritten in der besseren Vorhersage von Krankheits- Verläufen, z.B. der Schizophrenie ein. Mittlerweile hatte die Hirnpathologie Einzug gehalten: Kraepelin, Bleuler, Alzheimer und andere konnten Zusammenhänge zwischen hirnpathologischen Veränderungen und psychiatrischen Symptomen in Teilbereichen aufzeigen. Der allgemeine medizinische Aufschwung in Wissenschaft, Forschung, aber auch Hygiene zeigte Wirkung und erbrachte sowohl diagnostische als auch therapeutische Fortschritte, leider weniger im Bereich der Psychiatrie. Eine sozialorientierte Psychiatrie mit im Vergleich zu früher modernen Anstalten wurde zwar etabliert, erschöpfte sich aber notgedrungen in der kustodialen „Verwahrung“ der Erkrankten. Therapien, Arbeitstherapie, physikalische Therapien und eine zunehmende „no-restraint“-Bewegung etablierten sich.

Allerdings konnte eine Erklärung, warum jemand so wurde wie er war, weiterhin nicht gefunden werden. Auch wenn man Gehirne mikroskopisch untersuchen konnte, so führte dies nicht weiter: Nicht regelhaft ließen sich Schäden in Hirnregionen nachweisen und entsprechende Erklärungen für die Ausprägung der psychiatrischen Auffälligkeit finden.

Parallel dazu entwickelte sich die **Psychotherapie**. Nach ersten Erfahrungen durch Hypnose wurde die „Gesprächskur“ entwickelt: Freud und andere (Breuer, Oppenheimer) entdeckten, dass Sprechen über konflikthafte und belastende Themen, Entlastungen hervorrufen konnten. So entwickelte sich im Wesentlichen durch Freud und seine Nachfolger zunehmend ein biographisch ausgerichteter Ansatz zur Therapie (A. Meyer), der von Menninger um Störungen der Ich-Funktion und später in anderen Schulen und Ausprägungen durch lerntheoretisch-behaviorale und auch systemische-interaktionelle Ansätze weiterentwickelt wurde.

Amüsant bleibt in diesem Zusammenhang sicherlich, dass Freud zunächst als harter biologischer Forscher angetreten und zunächst neuroanatomisch und physiologisch tätig war. Er studierte die Histologie des Rückenmarks von Fischen und publizierte unter anderem extensiv über dieses Thema. Von der reinen akademischen Forschung wandte er sich dann der Neurologie zu, um hier auch Patienten behandeln zu können und letztlich auch sein Auskommen zu finden. Er entschied sich an der derzeit berühmtesten Stelle vom besten Mann zu lernen, der Furore machte: Professor Charcot in Paris.

Hier wurde er durch die Beschäftigung Charcot's mit der hysterischen Lähmung und deren Behandlung mittels Hypnose fasziniert. Ein dramatisches Krankheitsbild, das keinerlei organische Pathologie aufwies und offensichtlich einer reinen psychischen Einflussnahme zugänglich war: die erste differenziertere Psychotherapiemethode. Zunächst versuchte Freud die psychologischen Phänomene nach ihm bekannten wissenschaftlichen Maßstäben zu bemessen, was ihm jedoch nicht recht gelang. Die von ihm und seinem Kollegen Breuer gesehenen Krankheitsbilder mit Lähmungen und Bewusstlosigkeit gehorchten offensichtlich nicht neuroanatomischen Gesetzmäßigkeiten, sondern psychologischen. Dies führte zu einer schweren Krise bei Freud, die dazu führte, dass er die biologische Perspektive verließ und

diese durch eine holistische Auffassung und psychologische Perspektive ersetzt, die wesentlich zur Entwicklung von Psychotherapie allgemein beitrug, auch wenn dies verhaltenstherapeutische ausgerichtete Kollegen nicht gern hören. Heute wissen wir, dass die fehlende naturwissenschaftliche Grundlage der Psychoanalyse zurecht kritisiert wurde, da sie sich nur schlecht mit wissenschaftlichen Werkzeugen überprüfen lässt. Aber zur Zeit Freuds gab es schlichtweg keine Alternative, die besser funktioniert hätte. Erst allmählich entwickelten sich die oben genannten anderen Strömungen und Richtungen (Verhaltenstherapie, systemische Therapie und so weiter).

Durch die intensive psychologische Betrachtung der psychiatrischen Erkrankungen wurden diese vermehrt in der Person lokalisiert und die biologische Außensicht ging nach und nach verloren. Es kam zu einer umfangreichen Ausweitung von psychologisch-psychodynamischen Konzeptionen, die den hermeneutisch abgeschlossenen individuellen Fall sahen: Diagnosen wurden dadurch zunehmend beliebig in den 40-70 Jahren des letzten Jahrhunderts und unwichtig im Sinne der Psychoanalyse, weil es ja um den individuellen Konflikt ging, den es zu lösen galt und nicht um die durch den Konflikt generierten Symptome.

Es wurde interpretiert und nicht mehr wissenschaftlich untersucht und beschrieben und ein empirisches Konzept geprüft.

Erst allmählich wurde das Interesse an der „Hirnbilogie“ im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Techniken aber auch der Entdeckung wirksamer Psychopharmaka seit den späten 50ern und 60er Jahren interessanter, aber auch wichtiger: Vergleichende Studien über die Wirksamkeit von Medikamenten waren nicht mehr so ohne weiteres möglich: Es gab nur noch individualisierte Einzelfälle und eine zunehmende Anzahl von „Privatdiagnosen“.

Die dynamisch orientierte Psychopathologie versuchte Inhalte, Form und Mechanismen in einer Theorie unterzubringen und die phänomenologische Diagnostik zeigte nur eine geringe Reliabilität und prädiktive Kraft. Auch zeigte die psychodynamische Auffassung und Fallkonzeption der Erkrankung die psychologischen Ursachen zentriert auf eine Einzelperson auf und ließ Verallgemeinerungen grundsätzlich nicht zu (hermeneutischer Perspektive). Eine verstehender Ansatz wurde bevorzugt und die wissenschaftliche Herangehensweise als „labeling“ (Akiskal 1978) verurteilt.

Auf der anderen Seite zeigte aber der mittlerweile einsetzende Erfolg von Psychopharmaka, dass die biologische Seite einer psychiatrischen Erkrankung ebenfalls bedeutsam und auch einer Intervention zugänglich war. Zudem war durch Erforschung des Wirkmechanismus des Medikamentes Rückschlüsse auf die Physiologie der psychiatrischen Krankheit zu ziehen. Hierfür würden aber immer mehr geordnete wissenschaftliche Studien notwendig: dies gestaltete sich schwieriger als gedacht. Es zeigte sich nämlich, dass die Vergleichbarkeit von Patientenpopulationen so seine Schwierigkeiten aufwies. Patienten, die überwiegend psychoanalytisch beziehungsweise tiefenpsychologisch behandelt wurden ließen sich aufgrund der getroffenen Diagnosen und Beschreibungen schwer ordnen und klinischen Versuchen unterziehen.

Eine Vergleichbarkeit, auch zwischen den Ländern, z.B. England und Amerika, in den Diagnosen war nicht mehr möglich. Die Weiterentwicklung und Forschung damit aber auch nicht. Letztlich entwickelte sich hieraus das Bedürfnis nach einer größeren Verlässlichkeit in der Beschreibung der psychiatrischen Diagnosen: nur so können Gruppen gebildet werden, die mit einem spezifischen Psychopharmakon behandelt werden können, um so dessen Effektivität prüfen zu können.

Verstehen sie mich nicht falsch, letztlich muss irgendwann das Neuron in einen Gedanken oder ein Gefühl umgesetzt und erlebt oder gedacht werden, irgendwann wird eine individuelle Haltung entstehen, dies oder jenes anders zu machen, als jemand mit gleichem Erfahrungshintergrund. Irgendwann wird wieder ein erklärendes geisteswissenschaftliches Konstrukt benötigt, mit der Sprache als Mittler, auch wenn die Neurotransmitter im Ungleichgewicht sind.

Gleichzeitig bewegte der technische Fortschritt eine neue Generation an Psychiatern: letztlich führte dies zur Entwicklung der modernen Klassifikationssysteme, der ICD-10 der WHO und dem DSM-V der American Society of Psychiatry.

Der aktuelle Wissensstand zu psychiatrischen Erkrankungen, zu deren Herkunft und Verlauf ist aber weiterhin unvollständig und unbefriedigend, so dass immer noch ein einheitliches Einteilungsprinzip innerhalb eines Klassifikationssystems nach krankheitsspezifischen Entitäten unrealistisch erscheint.

Dies klingt sicherlich ungewöhnlich, wenn man bedenkt, dass Psychiater eigentlich immer Freunde von vielen Wörtern sind.

Darin begründet sich auch der die Existenz zwischen ICD-10/11 beziehungsweise DSM-5. Beide Einteilungen haben vorläufigen Charakter und sind im ständigen wissenschaftlichen Fluss. Sie stellen Ordnungen her aber auch Hypothesen in der Art der Ordnung her, die Forschung anstößt und dokumentiert. Dies bedeutet aber auf der anderen Seite auch, dass es regelmäßig zur Aktualisierungen und auch zu Neuordnungen kommen muss. Hintergrund einer Neuordnung kann sein, dass durch eine geänderten Definition bessere Vorhersagen zum Beispiel für den Verlauf gemacht werden können.

So galt über Jahrzehnte die vor der Einführung dieser Klassifikationssysteme die von Kraepelin und Bleuler eingeführte alte Ordnung von schizophrenen Störungen nach verschiedenen Prägnanztypen als sinnvoll. Ermöglichte sie doch damals eine bessere prognostische Vorhersage des Verlaufes, zum Beispiel im Kontext der so genannten Hebephrenie, einer früh auftretenden und besonders ungünstig verlaufenen Variante mit rascher Nivellierung von Gefühlserleben und Intellekt.

Die Entwicklung im ICD-11 zeigt nun erneut einen anderen Weg auf, begreift die Schizophrenie vielmehr so genannte Spektrumserkrankung: in einer Art nahtlosen Übergang von Gesundheit zu Krankheit bilden sich unterschiedliche Ausprägungen einer Schizophrenie ab.

Relevante Ziele von Klassifikationssystemen sind:

- Charakterisierung von Patientengruppen in Therapie- und Verlaufsstudien

- Fallidentifikation in epidemiologischen Studien zur Häufigkeit von Erkrankungen
- Grundlage empirischer Untersuchung zur Herkunft und Verlauf von Störungen
- Grundlage empirischer Studien zur Entwicklung / Überprüfung therapeutischer Interventionen
- Dokumentation von therapeutischen Interventionen in Versorgungseinrichtungen
- Verbesserung der Kommunikation von Forschungsergebnissen

Darüber hinaus sind sie jedoch auch klinisch nutzbar:

- Sie dienen der Vereinfachung und adäquaten Berücksichtigung der individuell ähnlichen Charakteristik einer Erkrankung
- Sie reduzieren die Komplexität klinischer Phänomene durch Auftrennung der einzelnen Betrachtungsebenen (zum Beispiel deskriptiv eDiagnostik, psychosoziale Funktionseinschränkung)
- Sie sind Grundlage einer klinisch-psychiatrischen Ausbildung.
- Sie bilden die Grundlage für die Behandlungsmaßnahmen sowie die Überprüfung der Behandlungserfolge
- Sie sind Grundlage für kurz- und langfristige Prognosestellungen
- Sie dienen der Bedarfsplanung für psychiatrische-psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen

Der erste ICD wurde 1948 veröffentlicht (ICD-6), der DSM-I 1952. Wesentliche Fortschritte wurden 1977 mit dem ICD-9 beziehungsweise 1980 mit dem DSM-III gemacht: hier erfolgte eine erste Operationalisierung psychiatrischer Störungen, d.h. man beschrieb konkret, in welcher Häufigkeit Symptome auftreten müssen, damit eine Zuordnung in die entsprechende Kategorie erfolgen kann.

Der ICD-10, so wie er heute noch aktuell verwendet wird, rührt von 1992 her, der DSM-V von 2013. Die deutsche Übersetzung des DSM-V wurde 2015 realisiert, seit 2019 ist die offizielle Verabschiedung des ICD-11 durch die WHO erfolgt. Die offizielle Einführung erfolgte 2022 aber es existiert keine offizielle deutschsprachige Übersetzung und kein Manual. Naheliegenderweise verwenden alle den ICD-10.

Zum Wechsel von ICD-10 auf ICD-11 bedeutet das aber auch, dass bestimmte auf die spezifische Version abgestimmte Fragebogeninstrumente neu konzipiert, auf ihre Treffsicherheit hin untersucht und auf den Markt gebracht werden müssen.

Was bedeutet nun **operationalisierte Diagnostik**?

Man versteht darunter die genaue Festlegung, wie ein bestimmter Gegenstand oder ein Phänomen zu erfassen sind. Bezogen auf die psychiatrische Diagnostik bedeutet dies, festzulegen, wie eine Störung definiert ist. Es werden Ein- und Ausschlusskriterien gebraucht und eine Verbindung von Symptomen, Zeit und Verlaufskriterien sowie diagnostische Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln für diese Kriterien.

Dies bedeutet zum Beispiel anhand der Depression im ICD-10 die Vorgabe bestimmter **Symptomkriterien**:

1. depressive Stimmung in einem für den Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen
2. Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
4. usw. (bis 10)

Bestimmte **Zeitkriterien**: in diesem Fall Vorliegen der Symptome über mindestens zwei Wochen.

Bestimmte **Ausschlusskriterien**:

- Nicht auf Grund von Alkoholkonsum oder Substanzgebrauch, einer endokrinen Störung, medikamentöser Behandlung oder einer organischen psychischen Störung zurückführbar
- Niemals manische oder hypomanische Symptome, die schwer genug sind, um die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode zu erfüllen

Einen **Diagnose-Algorithmus**:

- Leicht: mindestens zwei der Symptome 1-3 sowie ein oder mehrere zusätzliche Symptome von 4-10 bis zu einer Gesamtzahl von vier Symptomen
- Mittel: mindestens zwei der Symptome 1-3 sowie zusätzliche Symptome von 4-10 bis zu einer Gesamtzahl von mindestens sechs Symptomen
- Schwer: alle Symptome 1-3 sowie zusätzliche Symptome von 4-10 bis zu einer Gesamtzahl von mindestens acht Symptomen

Dies erscheint nun leicht anwendbar, ist es aber nicht. Diese scheinbar klare Vorgabe wird sinnvollerweise aufgrund der klinischen Erfahrung kommentiert: so zeigt das Bild beträchtliche individuelle Varianz und ein untypisches Erscheinungsbild einer Depression ist z.B. besonders in der Jugend häufig. Es können auch zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als sie Depression stehen und diese verdecken. Oder andere Symptome treten hinzu wie Reizbarkeit, exzessiver Alkoholgenuss und ähnliches.

Zusätzliche Symptome werden ebenfalls im ICD-10 noch benannt, das so genannte somatische Syndrom das insbesondere körperliche Aspekte des depressiven Erlebens aufführt (Appetitverlust, Libidoverlust, Gewichtsverlust, eine Hemmung im körperlichen Ausdruck oder eine Erregtheit, eine morgendlich besonders schlechte Stimmung oder Schlafstörungen aber auch mangelnde emotionale Reagibilität auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse sowie ein Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten).

Letztlich entscheidet immer der klinische Gesamteindruck, d.h. der Eindruck des Untersuchers.

Es kann also sein, dass man nach naivem Durchzählen und Abhaken im Sinne einer Checkliste anhand einer Klassifikation zum Schluss kommt, es liege keine schwere, sondern eine mittelgradige Depression vor. Der Gutachter kommt stattdessen zur Diagnose einer

schweren Depression, obwohl eben ein Teil der Symptome nicht vorlag. Dennoch kann der Untersucher genau zu dieser Einschätzung kommen zum Beispiel aufgrund einer besonderen Betonung oder Intensität eines oder mehrerer Symptome.

In der Klassifikationen unberücksichtigt bleiben auch nachgewiesene Phänomene, die tiefenpsychologisch schon lange vermutet und deren biologische Grundlagen schon seit längerer Zeit tierexperimentell nachgewiesen werden konnten. Dabei handelt es sich um so genannte **Spiegelneuronen**, die es einem Individuum ermöglichen, ob Affe oder Mensch, die Gefühle seines Gegenübers nicht nur anhand von Mimik, Gestik oder Äußerungen zu erkennen, sondern die wahrgenommen Gefühle in sich ebenfalls als Gefühl nachzubilden und zu erleben. Dieses biologische System der Spiegelneuronen kann sehr wohl die Ursache der lange bekannten tiefenpsychologischen beziehungsweise psychoanalytischen Phänomene von übertragenen Gefühlen erklären. Dabei überträgt eine Person ihr Gefühl über diesen Weg in ihr gegenüber, allerdings im pathologischen Sinne in einer Heftigkeit und Plötzlichkeit, die durchaus im Inneren Erleben beeindruckend und gelegentlich auch überwältigend sein kann. Dies gilt es zu erkennen und einzuordnen.

### **Der Weg zur Diagnose**

Der Weg zu Diagnose führt im Fach der Psychiatrie über die Untersuchung des Patienten in Form eines Gesprächs. Im Gespräch wird nicht nur der Inhalt aufgenommen, sondern auch die dazugehörige „Inszenierung“ berücksichtigt: wie verhält sich der Proband während des Gesprächs? Wie ist die Mimik, der gestische Ausdruck, die Sprachmodulation? Passt das Gesagte mit dem Beobachteten zusammen? Passt die Intensität des Gesagten und Inszenierten mit der Thematik zusammen und lassen sich gegebenenfalls anhand von Befundunterlagen weitere Korrelationen beobachten? Ist das Untersuchungsergebnis über den Zeitverlauf der Untersuchung unterschiedlich oder verhält sich der Patient in entlasteten Situationen der Untersuchung anders als zuvor?

Das sind nur einige der Fragen, die sich ein guter Gutachter stellen müssen. Diese Fragen kann er jedoch nur beantworten, wenn es überhaupt zu einem gewissen Miteinander kommt.

Dieses Miteinander muss gestaltet werden und diese Gestaltung muss in der Bewertung durch den Gutachter ebenfalls mit bedacht werden: erfolgte die Begutachtung zu Hause bei dem Probanden? Erfolgt die Untersuchung in besonderen Räumlichkeiten? Erfolgt die Untersuchung in einer angemessenen Atmosphäre: sind Raum und Geräuschpegel, Einrichtung hinreichend geeignet?

In der **Leitlinie zur Gutachtenlichen Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen**, Stand 2019, wird über die gutachtliche Beziehungsgestaltung dazu spröde angemerkt, dass der Gutachter eine „räumlich und situativ vertrauensvolle Atmosphäre für die Begutachtung schaffen soll“. Und weiter seien auch „die Interaktionsprobleme zwischen Gutachter und zu Begutachtenden, bedingt durch situative oder **in der Person des Gutachters begründete Faktoren** (zum Beispiel eigenes Krankheitsleben, weltanschauliche Überzeugungen, „Tagesform“) zu berücksichtigen. Ein bemerkenswerter Satz. Und weiter:

„diese sollen vom Gutachter reflektiert und in ihrem Einfluss so weit wie möglich eingeschränkt werden“.

Ich finde die so formulierten Anforderungen anspruchsvoll. Betrachte ich mich selbst als Gutachter, so weiß ich, dass ich diesen Anspruch nicht bei allen Gutachten, die ich erstattet habe, erfüllen konnte. Allein die Tatsache, dass ich in meiner Erinnerung keine wesentlichen Interaktionsprobleme mit meinem Probanden identifizieren kann macht mich misstrauisch. Darüber gilt es nachzudenken.

Aus meiner klinischen Erfahrung weiß ich als auch therapeutisch tätiger Psychiater, dass ich sehr wohl Interaktionsprobleme auslösen kann. Insofern muss ich auch annehmen, dass es in der Interaktion Probleme während der Gutachtensituation gegeben hat. Diesbezüglich muss jeder Gutachter eigene Techniken für sich entwickeln, um dies berücksichtigen zu können oder dies zu reflektieren.

Vielleicht sollte ich sie fragen, wie sie entscheiden, ob sie befangen sind? Nach welchen Kriterien entscheiden Sie oder wer entscheidet für Sie, ob sie befangen sind? Haben Sie eine Ausbildung erhalten, um sich selbst zu reflektieren? Üben Sie dies regelmäßig? Nutzen Sie Supervision oder Intervisionsgruppen? Gibt es jemanden mit dem sie solche Probleme besprechen können und der sich auch traut, Kritik zu üben?

All dies sollte erfolgen.

Ein Punkt wird in der oben zitierten Leitlinie nicht erwähnt: eine wichtige Basis jeglicher Beziehung. Wie viel Zeit steht zur Verfügung.

**Zeit** ist ein sehr kritischer Faktor, der unbedingt berücksichtigt werden muss. Nicht umsonst dauert ein therapeutisches Gespräch 50 Minuten. Warum? Häufig ergibt sich erst nach 20-30 Minuten eine hinreichend tragfähige Ebene, auch im Kontext einer laufenden Psychotherapie, wo beide Beteiligten einander kennen, für schwierige Themen.

Im Zusammenhang mit gutachtlichen Anforderungen erscheint mir dieser Zeitfaktor sehr bedeutsam. Vielfach erlebte ich im Rahmen von Gutachten, dass die Patienten spontan über Vorerfahrung mit anderen Gutachtern berichteten. Wobei mir jetzt gerade auffällt, dass das Gutachterwesen wohl überwiegend männlich dominiert ist. Diese Berichte beschreiben häufig ähnliche Situationen, die mindestens als ungünstig zu bewerten sind. Häufig berichten die Patienten über erstaunlich kurze Zeiträume, die dazu ausreichen ein Gutachten zu erstellen (einschließlich der körperlichen oder gerätetechnischen Untersuchung). Meine Fantasie war zunächst, dass alles absichtlich vorgebrachte Fakten waren, um das für die Probanden negative vorherige Gutachten zu diskreditieren. Andererseits erlebte ich im klinischen Kontext, wenn Patienten stationär behandelt wurden, für die das gutachtliche Verfahren schon abgeschlossen war, gleichartige Beschreibungen.

Meine eigenen Erfahrung nach kann ich ein Gutachten sinnvoll bei einer komplexen Fragestellung nicht unter 3 Stunden verantwortungsvoll durchführen. Es hängt natürlich immer von der Fragestellung ab: ein Betreuungsgutachten bei einem Demenzkranken Patienten bedarf s einer geringeren Untersuchungszeit.

Ein Nebenaspekt, der ebenfalls in der Leitlinie nicht benannt wird, ist die Art der Dokumentation des Gesprächs. Die Exploration und das Gespräch leben vom Geben und Nehmen, vom Zuhören, einer erforderlichen Reaktion und einem angemessenen Maß an Strukturierung. Bestimmte Gutachtenkonstellationen, z. B. ein Glaubhaftigkeits-Gutachten weist klare Vorgaben auf, die von der Methodik her unverzichtbar sind: Hier wird vom Gespräch eine Aufnahme und daraus ein Transkript gefertigt. Dieses Transkript wird dann nach bestimmten Regeln durch die aussagepsychologischen Gutachter ausgewertet.

Da die üblichen Gespräche im Rahmen der Untersuchung ebenfalls Ihre Zeit benötigen wird das Problem der Dokumentation evident. Ton oder Filmaufnahmen wären möglich, bieten jedoch aber auch eine gewisse Verfälschung der Atmosphäre. Manche Kollegen machen eine Tonaufzeichnungen, die nur der Dokumentation dient, also nach der Anfertigung der schriftlichen Ausarbeitung vernichtet wird. Die meisten Kollegen werden sich während der Befragung Notizen machen, was in der Regel von den Probanden als nicht störend angesehen wird.

Als sehr schwierig empfinde ich die Unterbrechung eines psychiatrischen Gesprächs durch zwischenzeitliches Diktieren, wieder Vorspielen der Aufnahme zur Überprüfung usw.. Der Gesprächsfluss wird dadurch deutlich schwerer gestört, als z. B. durch Notizen. Zudem ist die Dynamik im Kontext eines länger andauernden Gesprächs, auch bezüglich von Inhalt, Ausdruck, Gefühl, Konzentration und Aufmerksamkeit besser zu beurteilen, als wenn immer wieder kurzfristig Unterbrechungen erzwungen werden müssen. Häufig gelingt es sehr gut durch die Notizen ein sehr authentisches Bild auch von Sprachstil des Betroffenen zu vermitteln.

Zusätzlich muss bedacht werden, dass der Gutachter ja im Sinne eines Messinstrumentes funktioniert, also nicht nur die reine sprachliche Informationen aufnimmt und notiert, sondern auch noch seinen ganz persönlichen Eindruck dabei bemerken und vermerken kann. Vielleicht die unwillkürliche Kommentierung des durch den Probanden Gesagten durch dessen Körperspannung und nonverbale Kommunikation aber auch die eigene unwillkürliche Kommentierung durch das körperliche Empfinden des Gutachters oder, im Zusammenhang mit Übertragungsreaktionen, eigene Gefühle, Gedanken und Assoziationen.

In jedem Fall ist die schriftliche Ausarbeitung eine revidierte Fassung des eigentlichen Gesprächs, sozusagen verfälscht durch die Formulierung des Gutachters, indem er z. B. bewertet, was ihm wichtig oder unwichtig erscheint.

In der Leitlinie werden die Methoden der Exploration aufgeführt.

In der **freien Exploration** kann der zu Begutachtende seine subjektive Perspektive in Bezug auf seine Biografie und die Krankheitsentwicklung äußern. Eingrenzende Fragen sollten in dieser Phase möglichst nur in geringem Maße gestellt werden. Gerade die Phase der freien Exploration ermöglicht es, die Persönlichkeit und eventuell vorhandene psychodynamische Zusammenhänge oder dysfunktionale Verhaltensweisen, die soziale Kompetenz und andere Aspekte des Probanden, zu erleben und zu erkennen.

In der **systematischen Exploration** wird nun im Anschluss oder auch durchmischt, versucht, strukturiert fehlende Punkte zur Vorgeschichte, zur Krankheitsentwicklung oder zur

Beantwortung der gestellten Fragen abzuarbeiten. Hier sollte die aktuelle Beschwerdeausprägung ebenso erfasst werden, wie die funktionelle Beeinträchtigung oder Einschränkungen im täglichen Leben sowie in der sozialen Teilhabe. Hier gehören auch Angaben über frühere Behandlungen hin, die dann in der schriftlichen Ausarbeitung auf Stimmigkeit vor dem Hintergrund der Aktenlage geprüft werden.

In der **biografischen Anamnese** erfolgt die chronologische Erfassung der sozialen und psychischen Entwicklung des Probanden. Dazu sollte auch eine spezielle Anamnese bezüglich der Entwicklung der Krankheit und der Symptomatik auf der Zeitachse erfolgen.

Eine andere Form der Informationsgewinnung, die ergänzend eingebunden werden kann, stellt ein strukturiertes Interview dar. Dabei handelt es sich um einen vorgegebenen Fragenkatalog mit vorgegebenen Formulierungen um alle Facetten eines bestimmten Störungsbildes präziser zu erfassen. In der Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass die Verwendung solcher Interviews aber auch Gefahren birgt: Der „individuelle Verlauf im Einzelfall kann dadurch nur unzureichend erfasst werden und die aufschlussreiche Beobachtung des Probanden sowie die Interaktion zwischen Gutachter und Probanden kommt aufgrund des „Klebens am Papier“ zu kurz“.

In der **Sozial- und Berufsanamnese** werden genau diese Themen behandelt. Der schulisch berufliche Werdegang, Beschäftigungsjahre, Wechsel und deren Gründe, aktueller Beschäftigungsstatus oder Berentung spielt hier eine Rolle.

In der Anamnese des Tagesablaufs kann ein Abgleich mit der tatsächlich vermuteten Leistungsfähigkeit geschehen. Auch kann er Hinweise darauf liefern, wie sehr eine Person isoliert ist und wie der Grad der Selbstorganisation im näheren Umfeld gestaltet werden kann. Ist die Person einsam und isoliert? Gibt es einen Helfernetz?

Zur Erfassung von Funktionsstörungen und Schädigungsfolgen wird die Einschränkung von Aktivitäten und Fähigkeiten und damit die Fähigkeit zur Durchführung von Handlungen oder Aufgaben beschrieben. Gleichzeitig wird versucht die Teilhabe auf der sozialen Ebene beziehungsweise das Einbezogen-Sein in Lebenssituationen oder Lebensbereiche zu beschreiben.

Im psychischen Bereich kann hier der so genannte der so genannte Mini-ICF-APP verwendet werden. Eine flächendeckende und allgemeine Verwendung dürfte jedoch noch nicht üblich sein.

Problematisch wird jedes Gutachten wenn ein Dolmetscher genutzt werden muss. Naheliegender Weise ist die Qualität der Dolmetscher unterschiedlich und nur selten wird simultan übersetzt. Ein vorbereitendes Gespräch mit dem Dolmetscher, in dem dieser über die Fragestellung informiert wird, ist wichtig. Der Dolmetscher sollte dem Probanden vorgestellt werden, die Exploration sollte in kurzen Sätzen unter Umschreibung komplexer Fragen erfolgen. Dabei sollte der Proband immer direkt angesprochen werden. Ebenfalls sinnvoll ist in jedem Fall ein Nachgespräch mit dem Dolmetscher nach Abschluss des Gutachtens. Hier besteht die Möglichkeit über mögliche Missverständnisse zu diskutieren oder diese zu erkennen. Auch kann hier ein kulturspezifischer Kontext ermittelt oder beschrieben werden. Insgesamt wird jedoch klar, dass der Einsatz eines Dolmetschers immer

mit einem gewissen Verlust an Qualität verbunden ist und sich zeitlich wesentlich aufwändiger darstellt als ein normales Gutachten in der Muttersprache.

Die psychiatrische Befunderhebung erfolgt über den psychopathologischen Befund oder den so genannten psychischen Querschnittsbefund. Normalerweise werden psychiatrische Diagnosen über den Verlauf gestellt, denn so ist eine größere Sicherheit bei der Diagnose zu erreichen: zum Beispiel kann sich ein Patient depressiv präsentieren und erst im Verlauf eine manische Phase entwickeln, was jedoch die Diagnose völlig verändert.

Naturgemäß ist die zur Verfügung stehende Zeit bei einem Gutachten reduziert. Eine Querschnittsbefund ist somit nur über die Aktenlage zu erzielen. Andererseits ist es über die Zeitdauer des Gutachtens möglich, eine Aussage über Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zu treffen. Dabei gibt es bestimmte Befunde, die durch den Patienten subjektiv geschildert werden und andere, die objektiv auf der Befundebene beobachtet werden können. So kann der Patient nur subjektiv über seinen Grübeln, Ängste, innere Unruhe, Schlafstörung und so weiter berichten. Vielleicht ist es möglich, dass Grübeln indirekt zu beobachten, weil es die Denkgeschwindigkeit verändert. Suizidgedanken müssen jedoch geschildert werden, man muss sie den Betroffenen nicht unbedingt ansehen.

Auf der objektiven Ebene lassen sich andere Dinge gut beobachten und beschreiben: das äußere Erscheinungsbild, die Art, wie der Kontakt aufgenommen wird, das erkennbare Gefühl, der Antrieb, das Ausdrucksvermögen (gestisch und mimisch), die Folgerichtigkeit des Denkens, das Auffassungsvermögen und die Konzentrationsfähigkeit oder auch die Umstellungsfähigkeit während des Gutachtens.

In den deutschsprachigen Ländern wird der psychische Befund mittlerweile im Rahmen des so genannten AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Dokumentation und Methodik in der Psychiatrie e.V.) dokumentiert. Da handelt es sich um eine operationalisierte Art und Weise einen psychischen Befund zu erheben und zu beschreiben, die über einen Kurs vermittelt wird, damit eine größere Vergleichbarkeit vorherrscht. Neben einer Graduierung in verschiedene Schweregrade des jeweiligen Symptoms wird ebenfalls unterschieden, ob die Symptome durch Fremdbeurteilung oder durch Selbstbeurteilung erkannt werden.

Ergänzend zu der Untersuchung kann eine testpsychologische Diagnostik durchgeführt werden: entweder durch den Arzt selbst oder im Zusammenhang mit einem Zusatzgutachten durch einen Psychologen. Neben Selbstbeurteilungsskalen, die der Patient selbst ausfüllt, gibt es ebenfalls Fremdbeurteilungsverfahren, in dem der Patient anhand des Fragebogens durch seinen Gegenüber beurteilt wird. Wichtig bei den Selbstbeurteilungsfragebögen ist es, dass der Patient während des Ausfüllens nicht alleine ist, um Rückschlüsse auf die Art und Weise, wie der Bogen ausgefüllt wird, erkennen zu können. In psychologischen Leistungstest wird versucht auf standardisierte Weise spezifische Fragestellungen zu lösen: wie hoch ist die Intelligenz? Liegen Gedächtnisstörungen vor und so weiter. Diese psychologischen Leistungstest sollten nur von Personen durchgeführt werden, die hierfür speziell qualifiziert sind.

Schließlich ist es wichtig zu überprüfen, wie plausibel all die Angaben sind. Man spricht hier von Beschwerdevalidierung. Die Beschwerdevalidierung erfolgt in erster Linie immer noch während des Gutachtenlichen Gesprächs, der Bewertung von Angaben und gezeigten Verhalten, dem Abgleich des Untersuchungsergebnis mit der Aktenlage und erwartbare Symptomedarstellungen und Verläufe insgesamt.

Für bestimmte Fragestellungen werden Beschwerdevalidierungstests befürwortet und zum Teil gefordert: es ist wichtig sich darüber klar zu sein, dass die Anwendung dieser Tests durchaus nicht unumstritten ist. Gerade bei Verwendung dieser Tests bei stark psychisch beeinträchtigten Menschen ergeben sich eine Vielzahl von Problemen und falsch positiven Ergebnissen. Die Auseinandersetzung über diese Thematik zwischen Befürwortern und Gegnern mutet teilweise sehr dogmatisch an.

### **Suizidalität**

Entgegen aller landläufigen Annahmen ist tatsächlich der Mensch das einzige Lebewesen, das wesentlich sein Leben beenden kann: Auch wenn Annahmen über Lemminge das Gegenteil zu beweisen scheinen.

Nebenbei: Lemminge haben eine ausgesprochen schwankende Populationsdynamik mit raschem Ansteigen und Anwachsen der Population und dann wieder einem rapiden Abfall meist innerhalb von 3 Jahren. Irrtümlich wurde angenommen, nicht zuletzt auch durch einen Film, dass Lemminge sich umbrächten. Dieser Irrtum wird durch das „Computerspiel Lemmings weiter befruchtet, stimmt aber nicht. Forschung hat mittlerweile ergeben, dass 3 Beutegreifer dafür verantwortlich sind, dass die Population immer wieder plötzlich zusammenbricht.

Der Suizid bezeichnet die Selbsttötung: Das ganze Selbstmord zu nennen ist nicht mehr aktuell, weil es stigmatisiert. Ein Suizidversuch ist per Definition erfolglos: das Opfer ist ja nicht tot. Wiederholte erfolglose Suizidversuche können entweder Ausdruck größerer Hilflosigkeit im Handeln und Fühlen sein aber auch an eine fehlgeleitete Kommunikation im Sinne von selbstschädigendem Verhalten ist zu denken.

Der Suizid wird durchaus unterschiedlich in Gesellschaften bewertet: auf der einen Seite als geforderte, sittlich hochstehende Tat, ist der Suizid andererseits in vielen Religionen als Sünde verboten und steht in vielen Ländern unter Strafe (Mishara<sup>2</sup> 2016).

Aus medizinischer Sicht wurde Suizidalität meist als „Melancholie-Symptom“ (raptus melancholicus) beschrieben. Durch die französische Aufklärung und eine zunehmend humanistische Betrachtungsweise wurde suizidales Verhalten zum Thema einer sich entwickelnden Medizin und Psychiatrie: Esquirol (1838) verstand den Selbstmord als Geisteskrankheit. Es entwickelte sich eine therapeutische Vorstellung im Sinne einer moralischen Behandlung. Seit den 2000 Jahren wird versucht, durch psychologische spezifische Ansätze Personen, die einen Suizid erwägen von denen zu unterscheiden, die ihn

---

<sup>2</sup> Mishara BL, Weisstub DN. The legal status of suicide: A global review. Int J Law Psychiatry. 2016 Jan-Feb;44:54-74. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.032. Epub 2015 Sep 13. PMID: 26375452.

auch durchführen. Letztendlich ist ein Suizid eine komplexer Vorgang eines Individuums, um seinen Tod herbeizuführen.

Man unterscheidet **nicht suizidales Selbstverletzendes Verhalten** von **unbestimmten selbstverletzende Verhalten** und **suizidalen Verhalten**.

Bringt jemand nicht nur sich selbst, sondern auch seinen Partner mit um, z. B. im Rahmen von schweren Depressionen die Kinder, spricht man von einem **erweiterten Suizid**. Auch der German-wings<sup>3</sup> Flugzeugabsturz zählt dazu., der zur Stigmatisierung von psychisch Erkrankten führte (von Heydendorff 2016<sup>4</sup>).

Der **Doppelsuizid** bezeichnet 2 Personen, die beschließen, sich gemeinsam umzubringen, z. B. der Suizid von Kleist und Frau Vogel 1811 (Pistole). Als **Homizid-Suizid** bezeichnet man die Handlungen, wenn man zunächst jemanden umbringt und sich danach selbst umbringt.

Die Bezeichnung **Bilanzsuizid** unterstellt, dass Betroffene die Selbsttötung „kühl und nüchtern“ im Sinne einer Aufrechnung des bisherigen Lebens durchführen.

Dem ist als Kliniker entschieden entgegenzutreten. Bilanzierende Aspekte im Sinne einer Abwägung finden sich in jeglicher suizidalen Handlung. Diese ist jedoch durch die psychische Ausnahmesituation beziehungsweise auch krankhaftes Erleben gekennzeichnet: diese Situation belegt damit in keiner Weise eine nüchterne Rationalität bei der Entwicklung von Suizidalität. Menschen denken daran, sich selbst zu töten oder versuchen dies deswegen, weil die momentane aktuelle Situation unerträglich erscheint und andererseits durch psychologische Phänomene keine Alternative mehr erkennbar bleibt. In diesem Fall erscheint der Tod als einzige mögliche Lösung.

Ein trauriges Beispiel hierfür sind die sicherlich 3-4 mal pro Jahr auftretenden Zwangseinweisungen auf eine akut geschlossene psychiatrische Station, die deswegen erfolgten, weil eine einfache Schmerztherapie, aus welchen Gründen auch immer, Krankenhauspatienten aber auch ambulanten Patienten nicht verordnet worden war, so dass der Körperschmerz Ursache eines Suizidversuchs war. Eine adäquate einfache Medikation, die selbst durch ein Psychiater geleistet werden kann, verändert die Situation und beseitigt die Suizidalität für die Betroffenen rasch. Unabhängig davon, ob eine fatale Erkrankung vorliegt.

Suizidalität ist multifaktoriell bedingt. Sie ist als ein allen Menschen mögliches Verhalten zu verstehen. Betroffene leiden häufig subjektiv oder objektiv an einer Krankheit, unter einer Lebenssituation mit einer krisenhafte Zuspitzung von Erleben und Wahrnehmung. Suizidales Verhalten ist Ausdruck eines So-Nicht-Mehr-Weiterleben-Wollen und damit eines Eine-Veränderung-Herbeiführen-Wollen. Suizidales Verhalten und Denken ist in den meisten Fällen kein Ausdruck von freier Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv

---

<sup>3</sup> Pasha T, Stokes PRA. Reflecting on the Germanwings Disaster: A Systematic Review of Depression and Suicide in Commercial Airline Pilots. *Front Psychiatry*. 2018 Mar 20;9:86. doi: 10.3389/fpsy.2018.00086. PMID: 29615937; PMCID: PMC5869314.

<sup>4</sup> von Heydendorff SC, Dreßing H. Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der "Germanwings"-Katastrophe [Medial Stigmatization of Mentally Ill Persons after the "Germanwings"-Crash]. *Psychiatr Prax*. 2016 Apr;43(3):134-40. German. doi: 10.1055/s-0042-101009. Epub 2016 Feb 9. PMID: 26859167.

oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und oder körperliche Befindlichkeit beziehungsweise deren Folgen (Wolfersdorf und Etzersdorfer<sup>5</sup> 2011, Wolfersdorf<sup>6</sup> 2016).

Betroffene weisen in der suizidalen Krise ein emotionales Gefühlschaos auf (Verzweiflung, Angst, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit) und einer damit verbundenen Einengung des Denkens und des Wahrnehmens. Sie beschreiben häufig ein Gefühl des Ausgeliefert-Seins sowie ein nicht mehr ertragbarer psychischer aber auch physischer „Schmerz“. Suizid erscheint als einzig möglicher Ausweg, dieses unerträgliche Leiden zu beenden. Existenzielle und auch soziale Bedrohung, das Erkennen eines beginnenden geistigen Abbaus, psychotische Wahrnehmungen, eine ausgeprägte Perspektive- und Hoffnungslosigkeit bei schweren depressiven Erkrankungen aber auch Kränkungen können dazu beitragen (Lewitzka<sup>7</sup> und <sup>8</sup>2016).

Klinisch ist häufig eine Abstufung suizidalen Erlebens zu beobachten: zunächst bestehen Ruhewünsche („einfach schlafen“) aus denen sich ein passiver Lebensüberdruß entwickelt („nicht mehr aufwachen wollen“, „wenn ich sterbe, wäre es in Ordnung“). Daraus können sich dann aktive Suizidgedanken („ich könnte mir das Leben nehmen“) und weiter konkrete Planungen („ich werde mir das Leben nehmen“) und deren Umsetzung entwickeln. Die konkrete Ankündigung („ich werde mir das Leben nehmen“) ist mit einem sehr viel stärkeren Handlungsdruck verbunden.

#### *Epidemiologie:*

Jährlich sterben 800.000 Personen durch Suizid. 2014 gab es in Deutschland 10.209 Suizide, die offiziell erfasst wurden, wobei man von einer wesentlich höheren Dunkelziffer ausgeht. Die vermutete Dunkelziffer von 10-20 Suizidversuchen auf einen erfolgreichen Suizid erscheint deutlich zu niedrig. Mergl<sup>9</sup> zeigt in seiner Studie von 2015 das mehr als 90 % der Opfer (8900 suizidale Handlungen) überleben.

Allerdings spielen andere Todesursachen in der öffentlichen Wahrnehmung eine deutlich wichtigere Rolle als die Suizide. Wenn man bedenkt, welche Anstrengungen unternommen werden, um zum Beispiel den 1002 Drogentoten etwas entgegenzusetzen im Vergleich zu

---

<sup>5</sup> Wolfersdorf M, Etzersdorfer E: Suizid und Suizidprävention. 1. Auflage 2011, Kohlhammer Verlag

<sup>6</sup> Wolfersdorf M, Vogel R, Vogl R, Grebner M, Keller F, Purucker M, Wurst FM. Suizid im psychiatrischen Krankenhaus : Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen [Suicide in psychiatric hospitals : Results, risk factors and therapeutic measures]. Nervenarzt. 2016 May;87(5):474-82. German. doi: 10.1007/s00115-016-0111-3. PMID: 27090898.

<sup>7</sup> Lewitzka U, Denzin S, Sauer C, Bauer M, Jabs B. Personality differences in early versus late suicide attempters. BMC Psychiatry. 2016 Aug 9;16:282. doi: 10.1186/s12888-016-0991-6. PMID: 27506387; PMCID: PMC4979154.

<sup>8</sup> Lewitzka U, Wolfersdorf M. Aktuelle psychopharmakologische und psychotherapeutische Strategien der Suizidprävention : Wenn ein Mensch lebensmüde ist ... [Current psychopharmacological and psychotherapeutic strategies for prevention of suicide : When a person is tired of life...]. Nervenarzt. 2016 May;87(5):465-6. German. doi: 10.1007/s00115-016-0108-y. PMID: 27090895.

<sup>9</sup> Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J, Quintão S, Arensman E, Coffey C, Maxwell M, Várnik A, van Audenhove C, McDauid D, Sarchiapone M, Schmidtke A, Genz A, Gusmão R, Hegerl U. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. PLoS One. 2015 Jul 6;10(7):e0129062. doi: 10.1371/journal.pone.0129062. PMID: 26147965; PMCID: PMC4492725.

den knapp 10.000 Suizidtoten. Sowohl der gesellschaftliche-soziale als auch der finanzielle Aufwand im Sinne einer angewandten Suizidprävention unterscheiden sich deutlich.

Die häufigste Suizidmethode in Deutschland ist das Erhängen, in Ländern mit Schusswaffen (Schweiz, USA) wird diese Methode gewählt. Pflanzengifte spielen eher in Entwicklungsländern eine Rolle, früher auch in Europa, bis bestimmte, besonders giftige Pflanzenschutzmittel verboten worden sind. Haushalte mit Schusswaffen haben ein erhöhtes Suizidrisiko (Miller<sup>10</sup> et al 2015).

In der Regel suizidieren sich mehr Männer als Frauen, nicht zuletzt dadurch, weil sie härtere Suizidmethoden wählen. Auch steigt das Risiko für einen Männer-Suizid mit dem Alter von 22 /100000 – (70 Jahre) auf 30/100000 (bis 75) 50/100000 (im Alter von 85 Jahren) und um 90 pro 100.000 (mit 90 Jahren und älter).

Nach aktuellen Zahlen starben 2023 insgesamt 10304 Personen an Suizid, davon 7478 Männer und 2826 Frauen.

Ein weiterer Grund für die Unterschiede in den Suizidraten bezüglich der Geschlechter ist, dass die Intention zu suizidalen Handlungen, die technische Ausführung, die Zugänglichkeit oder die soziale Vernetzung mit der Chance, rechtzeitig Hilfe zu erhalten, unterschiedlich ausgeprägt sind.

Der Soziologe Durkheim<sup>11</sup> (1883) ging davon aus, dass sowohl Suizide als auch Depressionen wesentlich durch äußere Faktoren bedingt sind: Arbeitslosigkeit, Stress, Scheidung, andere psychosoziale Faktoren führen zur sozialen Desintegration und steigern damit das Risiko für auftretende Suizidalität. Diese Auffassung wird seit einiger Zeit aber auch hinterfragt und sieht das Risiko für Suizidalität nunmehr auch bei Menschen, die gerade besonders gut sozial integriert sind (Kushner 2005<sup>12</sup>). Es gibt jedoch auch gute Gründe anzunehmen, dass psychische Erkrankungen als Ursache für suizidale Handlungen, aber auch für psychosozialen Stress mehr in den Vordergrund zu rücken sind.

#### *Suizidalität und psychische Erkrankungen:*

Suizide und Suizidversuche erfolgen mehrheitlich im Kontext von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen (Sucht, schizophrene, Anpassungsstörung, Persönlichkeitsstörung). 2 große Metaanalysen konnten zeigen, dass bei einer deutlichen Mehrzahl der Suizidenten (87,3 bzw. 91 %) im Vorfeld eine psychiatrische Erkrankung vorlag (Arsenault-

---

<sup>10</sup> Miller M, Warren M, Hemenway D, Azrael D. Firearms and suicide in US cities. *Inj Prev.* 2015 Apr;21(e1):e116-9. doi: 10.1136/injuryprev-2013-040969. Epub 2013 Dec 3. PMID: 24302479.

<sup>11</sup> Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berrouiguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *Eur Psychiatry.* 2022 Oct 11;65(1):e65. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2320. PMID: 36216777; PMCID: PMC9641655.

<sup>12</sup> Kushner HI, Sterk CE. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *Am J Public Health.* 2005 Jul;95(7):1139-43. doi: 10.2105/AJPH.2004.053314. Epub 2005 Jun 2. PMID: 15933234; PMCID: PMC1449331.

Lapierre et al. 2004<sup>13</sup>, Cavanagh<sup>14</sup> et al 2003). Affektive Erkrankungen, Depressionen, sind bei mindestens der Hälfte der veränderten Suizide in der Krankheitsgeschichte präsent. **Hoffnungslosigkeit** ist aber als Symptom der Depression am stärksten mit vollendeten Suiziden assoziiert (Beck et al 1985 sowie 2006).

Neben den affektiven Erkrankungen sind hauptsächlich Abhängigkeitserkrankungen (17,6 %), Schizophrenie (14,1 %) und Persönlichkeitsstörungen (13 %) in der Krankengeschichte von Suizidopfern präsent.

#### *Suizidhäufigkeit in bestimmten Personengruppen:*

- Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Suiziden (Favril<sup>15</sup> 2022): die Depression hat hierbei das höchste Suizidrisiko. Ein starker Zusammenhang besteht auch bei Borderline Persönlichkeitsstörungen sowie schizophrenen Störungen. Ebenfalls erhöht und vergleichbar ist die Suizidalität im Zusammenhang mit Alkohol und Drogenkonsum.
- Patienten mit einer psychotischen Depression weisen ein noch höheres Suizidrisiko auf (Paljärvi<sup>16</sup> 2023)
- Bipolare Störungen haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Es besteht eine deutlich erhöhte Suizidrate von Betroffenen mit bipolarer Störung von mehr als 18 % im Vergleich zu nicht erkrankten Personen (Kessing<sup>17</sup> 2021).
- Bei schwer erkrankten schizophrenen Patienten wird über Suizidhäufigkeit 5-10 % berichtet.
- Besonders hoch ist das Risiko bei Patienten, die schon einmal Suizidversuche begangen hatten, d.h. die Wiederholungsrate eines Suizidversuchs in den folgenden zwei Jahren wird mit 16-17 % angegeben. Innerhalb von zehn Jahren sterben etwa 4 % der Patienten nach einem Suizidversuch durch einen Suizid.
- Alte Menschen, insbesondere Männer, zeigen mit zunehmenden Alter eine starke Erhöhung der Suizidrate.
- Junge Menschen in Entwicklungsphasen mit familiären oder Drogenproblemen zeigen eine erhöhte Suizidrate.
- Menschen in traumatischen oder Veränderungsphasen (Partnerverlust, Arbeitslosigkeit) zeigen erhöhte Suizidraten.

---

<sup>13</sup> Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Nov 4;4:37. doi: 10.1186/1471-244X-4-37. PMID: 15527502; PMCID: PMC534107.

<sup>14</sup> Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003 Apr;33(3):395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943. Erratum in: *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):947. PMID: 12701661.

<sup>15</sup> Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health*, 25(4), 148-155.

<sup>16</sup> Paljärvi, T., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Fazel, S., & Taipale, H. (2023). Psychotic depression and deaths due to suicide. *Journal of affective disorders*, 321, 28-32.

<sup>17</sup> Kessing, L. V., Ziersen, S. C., Andersen, P. K., & Vinberg, M. (2021). A nation-wide population-based longitudinal study on life expectancy and cause specific mortality in patients with bipolar disorder and their siblings. *Journal of affective disorders*, 294, 472-476.

- Mensch mit verschiedenen sexuellen Orientierungen sowie in besonderen Situationen (Flucht, Migration) zeigen erhöhte Suizidraten.
- Alleinstehende zeigen erhöhte Suizidraten.
- Soziale Isolation und ein niedriger sozioökonomischer Status bedingen erhöhte Suizidraten ebenso wie Kinderlosigkeit und eine fehlende Religionszugehörigkeit.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen in der Zeit nach ihrer Entlassung aus dieser Behandlung eine zum Teil bis zu 100 mal höhere Suizidrate auf, als die Allgemeinbevölkerung (Chung<sup>18</sup> 2017)

Zur Erklärung der Suizidalität gibt es **psychiatrische Modelle**, die das suizidale Verhalten im Rahmen einer psychischen Erkrankung beschreiben.

**Tiefenpsychologisch-psychodynamische Modelle** zeigen die Suizidalität als Lösung eines Aggressionkonfliktes oder suizidales Verhalten als Ausdruck einer narzisstischen Krise, zur Objektsicherung, bei einer existenziell vernichtenden Krise.

**Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle** zeigen suizidales Verhalten als Folge spezifischer Lernerfahrungen, suizidales Erleben und Verhalten als Konsequenz dysfunktioneller Denkmuster, Interpretationsmuster und Bewertungsmuster.

**Biologische Modelle** zeigen die Suizidalität als möglichen Ausdruck einer genetisch bedingten Störung der Impulskontrolle im Zusammenhang mit einem Defizit im zerebralen Serotonin-Stoffwechsels.

**Soziologische Modelle** zeigen die Suizidalität als Resultat aus sozioökonomischer Perspektive, zum Beispiel in Zeiten eines generellen Umbruchs des Wertesystems: Bürgerkrieg (anomischer Suizid).

#### **Präsuizidales Syndrom nach Ringel (1953):**

- Es erfolgt eine situative zwischenmenschliche Einengung in Bezug auf die Werte-Welt (wie in einem immer enger werdenden Tunnel) auf eine suizidale Handlung als Beendigung der subjektiven Not hin.
- Es kommt zu einem zunehmenden Verlust von inneren und äußeren Verhaltensmöglichkeiten und Ressourcen, der passiv erlitten wird (Depression): dieser Zustand kann auch selbst verursacht und herbeigeführt sein, zum Beispiel durch aktive Selbstisolation.
- Der Verlust zwischenmenschlicher Bindungen beinhaltet auch den Verlust von lebensbejahender Qualität durch die Beziehung und eine fehlende Bindung an andere Menschen, so dass das eigene subjektive Dasein überflüssig erscheint.

---

<sup>18</sup> Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 694-702.

In seinen **Stadien der suizidalen Entwicklung** beschreibt Pöldinger die Phasen Erwägung, Ambivalenz und Entschluss.

Im **Stadium der Ambivalenz** empfindet der Patient unterschiedliche Impulse, nämlich sich zu töten, weil er so nicht mehr weiterleben kann, und dennoch am Leben zu bleiben, weil er eigentlich nicht sterben, sondern seine Lebenssituation verändern möchte.

In diesen Moment werden Appelle geäußert, die ernst genommen werden müssen. Hiernach muss aktiv gesucht werden. „Hunde die bellen beißen nicht“ **gilt nicht**. Formulierungen wie manipulativ, demonstrativ, erpresserisch missachten die Notlage des Appellierenden.

Der Übergang von suizidalen Gedanken zu suizidalem Handeln erfolgt rasch. Das Zeitfenster zwischen Entscheidung zum Suizid und der tatsächlichen Handlung umfasst oft nur 5-10 Minuten (Deisenhammer<sup>19</sup> 2009). Suizidales Erleben unterliegt außerdem einer starken Fluktuation und ein nicht unerheblicher Teil der Person nach einem Suizidversuch verneint jegliche Form von aktiven Suizidgedanken im Vorfeld der Suizidhandlung.

Bei einem suizidalen Prozess geht es weniger um eine gleichförmige vorhersagbare Entwicklung als vielmehr um einen hochdynamischen und komplexen Prozess, der sich einer Vorhersehbarkeit entzieht (Bryan<sup>20</sup> 2023).

Es gibt also gute Gründe, warum Psychiater einen Bogen um die Beurteilung machen müssen, wenn es um eine konkrete Angabe zur Suizidalität geht. Dies trifft auch auf die Problematik mit **gekündigten Wohnungen** zu.

Betrachtet man die Literatur zu diesem speziellen Thema, so lassen sich einige wenige Artikel finden.

**Salize<sup>21</sup> 2006** untersuchte in Mannheim eine möglichst repräsentative Auswahl der Bevölkerung, die von Wohnungslosigkeit bedroht waren oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebten. Es wurde die psychiatrische Morbidität unter anderen Faktoren untersucht. Die überwiegende Mehrheit der Probanden (84 %) besaß die deutsche Staatsangehörigkeit, 40,6 % waren ledig, weitere 38 % verheiratet. Mit 62 % hatten deutlich mehr Probanden eigene Kinder und einen Schulabschluss wiesen 80 % der Probanden auf. Die Höhe der monatlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel lag bei den Befragten unterhalb von 1000 €. Bemerkenswert als Ergebnis war die

---

<sup>19</sup> Deisenhammer, E. A. (2012). Suizid und Suizidalität. *Lehrbuch Psychiatrie*, 395-403.

<sup>20</sup> Bryan, C. J., Allen, M. H., Wastler, H. M., Bryan, A. O., Baker, J. C., May, A. M., & Thomsen, C. J. (2023). Rapid intensification of suicide risk preceding suicidal behavior among primary care patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 53(3), 352-361.

<sup>21</sup> Salize, H. J., Dillmann-Lange, C., Kentner-Figura, B., & Reinhard, I. (2006). Threatened homelessness and mental disorders: Prevalence and influencing factors in populations at risk. *Der Nervenarzt*, 77, 1345-1354.

*unerwartet hohe psychiatrische Krankheitsbelastung* der untersuchten Gruppe der Räumungsschuldner.

Das Ausmaß der Sucht und Abhängigkeitserkrankungen lag auf dem Niveau oder sogar über dem üblichen Niveau, dass aus der nationalen und internationalen Literatur bei alleinstehenden Wohnungslosen bekannt ist. Im Vergleich mit alleinstehenden Wohnungslosen aus dem selben Untersuchungsgebiet, bei vergleichbarer Prävalenz der Abhängigkeitsstörung ist die Morbidität der Räumungsschuldner hinsichtlich von „Angst“ und „Belastung“ sowie „affektiven Störung“ deutlich höher. Die Autoren vermuten, dass die Angst, etwas als Räumungsschuldner zu verlieren, nämlich die Wohnung, die Prävalenz von Angst und Belastungsstörung steigern könnte.

In der Studie von **Knörle<sup>22</sup> 2022** wurde unter anderem untersucht, welcher *zeitliche Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und der Wohnungslosigkeit* besteht: Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass die große Mehrheit der untersuchten Betroffenen bereits *vor Antritt der Wohnungslosigkeit* psychisch erkrankt waren. Circa ein Drittel der Studienpopulation gab dabei die psychische Erkrankung als direkte Ursache der Wohnungslosigkeit an. Diese Sichtweise, so die Autoren, decke sich mit den Ergebnissen internationaler Studien sowie deutscher Forschung.

In einer großen **schwedischen Studie (Rojas<sup>23</sup> 2015)**, die 22.000 schwedische Haushalte umfasste, konnte gezeigt werden, dass diejenigen, bei denen der Vermieter die Zwangsräumung beantragten und durchführen ließen, ein *vierfach höheres* Risiko zeigten, ein Suizid zu begehen im Vergleich zu denjenigen Haushalten, die nicht einer Zwangsräumung unterworfen waren.

Zwangsräumungen haben somit, so die Autoren, ein signifikanten Effekt, selbst wenn für andere, die Suizidalität beeinflussende Faktoren kontrolliert wurde. Die Autoren wiesen in ihrer Diskussion darauf hin, dass Zwangsräumung in der Gesellschaft dazu dient, die Zahlungsmoral zu unterstützen. Eine Zwangsräumung wird somit als kraftvolles Korrektiv und Sanktion betrachtet, die in der Gesellschaft notwendig ist, ähnlich wie ein Gefängnisaufenthalt. Auf der anderen Seite sollte die Legitimität dieser Maßnahme vor dem Hintergrund der nicht beabsichtigten Konsequenzen bewertet werden. Die Autoren fragen, ob Suizid in Kauf genommen werden muss, wenn es um Mietschulden von 1000-2000 € geht. Frühere Studien hatten gezeigt, dass es in 80 % der Zwangsräumungen in Schweden um Mietschulden ging, die unter 2000 € lagen. Die Autoren leiten ebenfalls daraus ab, dass, wenn die Gesellschaft die Legitimität dieser Maßnahmen akzeptiert, es genauso wichtig ist, entsprechende

---

<sup>22</sup> Knörle, U., Gutwinski, S., Willich, S. N., & Berghöfer, A. (2022). Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 65(6), 677-687.

<sup>23</sup> Rojas, Y., & Stenberg, S. Å. (2016). Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22 000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. *J Epidemiol Community Health*, 70(4), 409-413.

*kompensatorische soziale Maßnahmen einzuleiten* und zu sichern, die die Langzeiteffekte negativer Natur abmildern.

In einer letzten Studie von Mateo-Rodríguez<sup>24</sup> 2019, die die Auswirkung der spanischen Finanzkrise untersuchte, konnte sie zeigen, dass das Suizidrisiko bei zwangsgeräumten Personen höher war, besonders wenn Banken durch engmaschige Anrufe die Bezahlung einforderten.

Psychiatrisch betrachtet bedeutet dies, dass bei entsprechender Konstellation von Risikofaktoren, die zu dem ebenfalls vorhandenen gesteigerten Suizidrisiko bei drohendem Wohnungsverlust hinzukommen, immer von einer drohenden Suizidalität ausgegangen werden muss.

Klare Äußerungen von Suizidalität vor dem Hintergrund möglicherweise einer schon vorhandenen offensichtlichen Isolation und Deprivation oder vorbekannten Suizidversuchen steigern das Risiko deutlich weiter, ebenso wie männliches Geschlecht oder Alter. Hinweise auf vorbereitende Handlungen, Recherchen und andere situative Faktoren müssen geprüft werden. Psychopathologische Risikofaktoren und Hinweise müssen besonders ernst genommen und im Gesamtzusammenhang betrachtet werden.

Hier muss der Psychiater oder ein qualifizierter Arzt in der Situation, wenn sie auftritt, entscheiden, ob eine Einweisung auch gegen den Willen des Betroffenen veranlasst werden muss, wenn er keine Hilfe im Sinne einer stationären Behandlung annehmen will.

Ein Gutachten wird eine Orientierung im Vorfeld geben, kann aber nicht vorhersagen, ob ein Suizidversuch eintreten wird. Das Risiko zu einem Suizidversuch ist in jedem Fall aber höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Die gleichzeitige Diagnose psychiatrischer Erkrankungen, die sehr häufig vorliegen, möglicherweise auch mit psychotischem Erleben, d.h. wahnhaften Symptomen oder Stimmenhören, oder Suchterkrankungen, führen zu einer weiteren bedenklichen Steigerung des Risikos.

Die Frage, ob ein Suizidversuch droht, ist nicht sinnvoll zu beantworten, da die Entwicklung von Suizidalität hin zur Durchführung eines Versuchs extrem variabel ist und nicht selten innerhalb weniger Minuten erfolgen kann.

Besonders schicksalhaft: Auch ein manipulativ erfolgter Suizidversuch kann „by accident“ fatal enden.

Und: Manche umgesetzter Suizidversuch war schlecht oder gar nicht zu erkennen und überraschte Angehörige und auch Fachpersonal sowie Therapeuten.

---

<sup>24</sup> Mateo-Rodríguez, I., Miccoli, L., Daponte-Codina, A., Bolívar-Muñoz, J., Escudero-Espinosa, C., Fernández-Santaella, M. C., Bernal-Solano, M. (2019). Risk of suicide in households threatened with eviction: the role of banks and social support. *BMC public health*, 19, 1-13.

Zu diesen Feststellungen aus der Praxis gesellt sich nun ein weiteres Problem hinzu, wenn wir die spezielle Situation Suizidankündigung im Zusammenhang mit einer Wohnungsräumung betrachten: Es handelt sich um eine Ankündigung in der Zukunft, eine Drohung für den Fall, dass „es“ die Entscheidung fällt.

Es gibt eine wesentliche Eigenschaft mit solchen Konstellationen: Sie machen einen ratlos aber häufig auch ohnmächtig-wütend. Dies ist zumindest im psychiatrischen Erleben so. Je nach „zur Verfügung gestellter Zeit“ (Länge des Ultimatums) entwickelt sich mehr oder weniger Druck.

Ist dies abzulehnen? Nein, denn was hat ein Mensch, wenn er selbst „nichts“ mehr hat (finanziell, sozial, Zukunftsperspektive). Nur sich selbst und seinen Körper, sein Leben. Dann kann es zu einer suizidalen Handlung kommen. Es ist also wichtig, eine Bindung zu ermöglichen und damit auch den Weg in eine Perspektive zu beginnen. Die Mitteilung suizidaler Gedanken ist immer die Kommunikation nach Außen, dass keine andere Hilfsmöglichkeit mehr gesehen wird. Die Hilflosigkeit und Ohnmacht des suizidalen Probanden vermittelt sich so dem Zuhörer, auch vor und hinter der Richterbank.

Häufig geschieht der Hilferuf durch die vollzogene Tat: Der Suizid mißlingt und die betroffenen Person landet in der Psychiatrie (was nicht zwingend geschehen muss). Falls an diesem Punkt der Betroffene weiterhin Anzeichen dafür bietet, sein Leben beenden oder nicht kooperieren zu wollen, so wird er wahrscheinlich vom Notarzt oder einem Arzt der Intensivstation direkt zwangseingewiesen nach PsychKG NRW oder fachärztlich einem Psychiater / in einer psychiatrischen Klinik vorgestellt. Im Idealfall gelingt eine Aufnahme ohne PsychKG auf einer psychiatrischen Station, wenn es denn möglich ist.

Andererseits ist es bei Ultimativen immer einfach: Wenn es noch nicht eingetreten ist, dann ist die suizidale Absicht nur eine Absicht.

Wie kann aber denn in der Psychiatrie eine bessere Diagnostik der Suizidalität erfolgen, wie und warum klingt die Suizidalität ab?

Die Arbeit in einer psychiatrischen Station, ob geschlossen oder offen geführt, geschieht in einem komplexen Team unter ständigem gemeinsamen Austausch, zum Teil unter speziellen baulichen Umständen (beschützende Station), psychiatrisch, psychologisch, pflegerisch, supportiv-therapeutisch (Erhothérapie, Sport, etc.) und medikamentös. Es wird versucht durch Konstanz und verbindliche Gespräche und Aktivitäten eine Bindung aufzubauen, die es ermöglicht, Absprachen zu treffen, die in einem zeitlich überschaubarem Rahmen keine selbstschädigenden Handlungen durchzuführen und sich vorher zu melden (offenen Station), kann er dies nicht sicher zusagen oder bleibt unbestimmt, so werden Sicherungsmaßnahmen beschlossen, z.B. Kontaktaufnahmen in höherer Frequenz, entlastende Medikamente usw..

Die Entscheidung, mit welcher Intensität monitorisiert wird immer multidisziplinär getroffen: in gemeinsamer Absprache zwischen Pflege, Therapeuten und Ärzten werden angemessenen Maßnahme getroffen.

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von **Suizidskalen**, die entwickelt wurden und die Feststellung der Suizidalität operationalisieren. Es handelt sich um Einschätzungsinstrumente. Am gebräuchlichsten sind der NGASR<sup>25</sup> und der SFF-II. In der „Nurses' Global Assessment of Suicide-Scale“. Dabei werden Items auf ihr Vorhandensein erfragt, die in der Punktzahl unterschiedlich gewichtet sind, je nach dem ob sie sich in Studien als besonders bedeutsam für die Entwicklung einer Suizidalität erwiesen hatten. **„Hoffnungslosigkeit“, „deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude“, „deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung“, „kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person oder Bruch einer Beziehung“ und „frühere Suizidversuche“** werden mit **3 Punkten** bewertet. Die übrigen Items erhalten **jeweils 1 Punkt** bei Vorhandensein („kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse z.B. *Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebendes Gerichtsverfahren*“, „deutlicher Hinweis auf Stimmenhören / Verfolgungserleben“, deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug“, „Äußerung von Suizidabsichten“, „Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid“, Vorliegen einer psychotischen Störung“, „Witwe, Witwer“, „Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse, z.B. *Schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut*“, „Vorliegen von Alkohol- oder anderem Substanzmißbrauch“, „Bestehen einer terminalen Krankheit“ und „*mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung*“. Die Durchführung im Team dauert etwa 15 Minuten.

Nach einer Festlegung einer Basissuizidalität („objektive Suizidalität“) laut Skala erfolgt danach die subjektive Einschätzung der Suizidalität („subjektive Suizidalität“) durch die Mitglieder des therapeutischen Teams. In einem interdisziplinärem Konsensverfahren des therapeutischen Teams wird dann die tatsächliche Risikostufe festgelegt: 1- „kleines Risiko“ bis 4- „sehr hohes Risiko“.

Der SFF-II („Suicide Status Form II) kann dann vertiefend ab Risikostufe 3 oder 4 erfolgen. Dies beinhaltet eine Selbsteinstufung durch den Patienten gemeinsam mit der Bezugspflege und dem Therapeuten. Neben der Benennung wichtiger Hintergründe wird hier auch klar, ob und wie der Patient überhaupt Auskunft über sich geben kann. Es wird versucht das abzubilden, was in dem Patienten vorgeht. Die Dauer für den erfahrenen Anwender beträgt mindestens 45 Minuten.

Beide Verfahren sind erprobt und gut, stärken die Beziehung und sind hilfreich in der Behandlung.

Sie sind beide nicht für einen rein diagnostischen gutachtlichen Einsatz validiert und untersucht, sondern sind im klinischen Zusammenhang zur behandlungssteuerung und besseren Einschätzung im „Hier-und-Jetzt“ entwickelt worden. Zumal

---

<sup>25</sup> Kozel, B., Grieser, M., Rieder, P., Seifritz, E., & Abderhalden, C. (2007). NursesGlobal Assessment of Suicide Risk-Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 1(1), 17-26.

gutachtliche Fragestellungen meist zeitlich deutlich losgelöst von einem angekündigten unbestimmten Zeitpunkt sind.

### Abschließend noch ein letzter geschichtlicher Schlenker: **Psychiater und suizidale Menschen mit drohendem Immobilienverlust.**

Ein Problem was schon sehr alt ist und durchaus auch dramatisch-romantische Züge annehmen kann:<sup>26</sup> 1884 sind in nur einem Jahr die Schulden der Kabinettsskasse Bayerns um 6 Millionen Mark gestiegen, was den bayerischen König nicht davon abhielt, zwei weitere Schlösser zu planen und zu bauen. Prinz Luitpold konnte dies nicht gut finden, da die Kasse seines Neffen, Ludwig II. von Bayern, die Hauptquelle seiner Einkünfte war.

Es ist also nötig König Ludwig II. aus seinen gebauten und noch nicht gebauten Schlössern und Luftschlössern zu entfernen.

Das Ende der Geschichte ist recht bekannt: sowohl Ludwig II. als auch sein Psychiater, Bernhard von Gudden, sterben.

Ludwig wird aufgrund eines *ohne persönliche* Untersuchung stattgefunden Gutachtens von Dr. Gudden entmündigt. Daraufhin wird Ludwig II. abgesetzt und von Gudden bringt den König im Auftrag des neuen Regenten nach Schloss Berg, um ihn dort zu behandeln. Am Abend des 13. Juni brechen Ludwig II. und Gudden zu einem Spaziergang auf.

Als sie nicht zurückkommen lässt man nach ihnen suchen und findet beide tot im Wasser. Während Ludwig II. unverletzt ist, weist von Guddens Leiche einen Bluterguss über der Stirn, Kratzwunden im Gesicht und Würgemale am Hals auf. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wollte der ehemalige König sich im See ertränken. Von Guddens Versuch, ihn davon abzuhalten, kostete ihn selbst das Leben, so vermutet man.

Also, wenn sich die psychiatrischen Gutachter bei dieser Fragestellung zieren, mag es an der kollektiven Erfahrung liegen.

### **Behandler vs. Gutachter: Wem soll man trauen?**

Sie haben bemerkt, der letzte Punkt in der Gliederung fehlt. Warum?

Weil ich sie nicht wirklich benatworten kann, aber vielleicht nehmen wir diese Frage als Ausgangspunkt einer Diskussion. Nach welchen Kriterien wählen sie einen Gutachter aus?

---

<sup>26</sup> Goddemeier, C. (2011). KULTUR-Bernhard von Gudden: Der Psychiater starb 1886 mit König Ludwig II. im Starnberger See. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 108(25), 1439.

## **Anhang:**

### **Weitere Fragen, die vorab mitgeteilt wurden:**

#### ***Was können Sachverständige „leisten“?***

- Der SV kann den gesundheitlichen Zustand zum Zeitpunkt der Untersuchung anhand der Exploration und der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen beschreiben.
- Er kann eine psychiatrische Diagnose auf Verdachtsebene oder sicherer stellen.
- Er kann Risikofaktoren, die für Suizidalität bekannt sind, benennen.
- Er kann feststellen, ob Ressourcen (sozial, finanziell, psychisch) vorliegen oder ob sie fehlen und ob sie realistisch für den Probanden eigenständig erreichbar sind.

Dabei spielen neben einer ausführlichen Untersuchung, eventuell vor Ort, wenn es sinnvoll erscheint, schon vorhandene Gutachten und Behandlungsunterlagen oder ärztliche Bescheinigungen eine wichtige Rolle: Der Hausarzt, behandelnde Psychiater, Psychologen oder Institutsambulanzen sollten zu Stellungnahmen veranlaßt werden und Material zur Verfügung stellen. Interessant ist es auch, ob schon Informationen über das Vorliegen eines Betreuungsverfahrens bestehen: Die Betreuungsakte ist insofern ebenfalls wichtig, um eventuelle unterstützende Maßnahmen bewerten zu können: Wie lange gibt es die Betreuung schon oder hat noch gar kein kennenlernen stattgefunden, weil die Betreuung gerade erst bestellt worden ist? Hat der Betreuer schon etwas unternommen?

Liegt keine bekannte Erkrankung bisher vor, so schwindet natürlich der Grad an Gewißheit, weil der Längsschnittverlauf nicht überblickt werden kann. Dennoch kann auf Grund einer Arbeitshypothese eine Bewertung über das Vorhandensein und die Art der Diagnose stattfinden.

Fremdanamnesen, d.h. die Schilderung der Familie oder der Lebenspartner sind bedeutsam, wenn man sie bekommen kann. Bei einer Untersuchung vor Ort, gelingt dies häufiger. Wenn der Mieter sich auffällig verhält, dann ist auch eine Schilderung der Zeugen für dieses Verhalten sinnvoll zu verwenden.

- Er kann angeben, ob die Anwesenheit von Vertrauenspersonen oder eines Arztes während der Verhandlung notwendig sind.

#### ***Welche Fragen können SV überhaupt beantworten? Wie müssen Fragen gestellt werden?***

Je nach Grad der Kooperation und nach vorliegenden Informationen können die Fragen beantwortet werden:

- ob suizidale Gedanken angegeben werden
  - ob sie als Teil einer psychiatrischen Erkrankung vorliegen

- ob aktuell eine psychiatrische Behandlung stationär oder ambulant notwendig ist oder ob sie in den nächsten zwei Wochen begonnen werden sollte
- ob zusätzliche Risikofaktoren vorliegen, die das Suizidrisiko anheben und ob sie im Vergleich die Dringlichkeit erreichen, wie sie für eine Einweisung nach PsychKGNRW erforderlich sind
- ob eine akute sofortige psychiatrische Behandlung notwendig war (im Anschluss an die gutachtliche Untersuchung)
- ob protektive Faktoren vorliegen, die eine Suizidalität abschwächen können, insbesondere wie die soziale Anbindung gestaltet ist (s.o. „Ressourcen“)
- ob der Sozialpsychiatrische Dienst involviert werden soll

***Welche Anleitung durch das Gericht hätten Sie gerne?***

?

***Grenzen der Aussagen, die der Sachverständige treffen kann (Grad der Wahrscheinlichkeit z.B. von Lebensgefahr, Behandlungsmöglichkeiten, Dauer)?***

Der SV kann nicht angeben

- in welchem Zeitraum der Proband einen Suizidversuch unternehmen wird
- ob der Proband einen Suizidversuch machen wird
- ob der Proband keinen Suizidversuch machen wird
- ob der Proband sich dramatisch verhalten wird
- kann nicht mit gleicher Qualität im Kontext einer Gerichtsverhandlung eine sinnvolle Neueinschätzung abgeben.
- Kann eine Behandlungsdauer nur ungenau abschätzen

***Wie trifft er mit welchem Grad der Gewissheit welche Aussagen (manipulative Mieter; kritische Überprüfung von Angaben)?***

- Eine kritische Überprüfung der Angaben des Probanden gelingt um so besser, je mehr Informationen vorliegen und damit zum Abgleich zur Verfügung stehen
- Manipulative Mieter sind Menschen, die etwas simulieren, um ein Ziel zu erreichen: Schwierig erscheint hier die Möglichkeit, wie bewußtseinsnah dies geschieht. Dies ist nicht immer gut zu klären.
- Gibt es manipulative Vermieter?

***Was soll/muss aus seiner Sicht den Juristen überlassen bleiben?***

- Ob es zu einer Zwangsäumung kommt oder nicht kann nur in der Gesamtwürdigung letztlich entschieden werden

**Wo sollte der Richter/Rechtsanwalt misstrauisch werden?**

- Wenn die gutachtliche Untersuchung kurz erscheint, ohne das dies hinreichend erläutert wird

<b>Info-Sammlung / Risikofaktoren für Suizidalität – Übersicht (Lewitzka 2024<sup>27</sup>)</b>	
<p><b>Einschätzungen der Suizidalität:</b>  <i>Umstände der Vorbereitung für den Suizid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorausgegangenes belastendes / kränkendes Lebensereignis</li> <li>• Vorbereitung getroffen</li> <li>• Methode ausgewählt</li> <li>• Angelegenheit in Ordnung gebracht, Reden über Suizid, Weggeben von persönlichen Dingen, Abschiedsbrief</li> <li>• Planung von härteren Methoden</li> <li>• Die Auswirkungen der Methode ist recherchiert</li> <li>• Vorkehrungen gegen Entdeckung getroffen</li> </ul> <p><i>Aktuelle Symptomatik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoffnungslosigkeit, Depressionen</li> <li>• Selbstanklage, Gefühle von Versagen, Minderwertigkeit, Schuld</li> <li>• Aufgeregtheit, Ruhelosigkeit</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Gewichtsverlust</li> <li>• Verlangsamte Sprache, Erschöpfung, sozialer Rückzug</li> <li>• Suizidideen, Suizidpläne</li> </ul> <p><i>psychische Erkrankungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühere Suizidversuche</li> <li>• Affektive Erkrankungen, z. B. Depressionen</li> <li>• Alkoholkrankheit, Substanzmissbrauch</li> <li>• Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis</li> <li>• Präsenile Demenz und Verwirrheitszustände bei alten Menschen</li> <li>• Persönlichkeitsstörung, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung</li> <li>• Kombination dieser Erkrankungen</li> </ul> <p><i>psychosoziale Vorgeschichte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partnerschaftliche Trennung, Tod des Partners</li> <li>• Alleinlebend, Einsamkeit, soziale Isolation</li> <li>• Arbeitslosigkeit, Wechsel oder Verlust der Erwerbstätigkeit</li> <li>• Lebensbelastungen: Frühkindlicher Verlust, Abbruch wichtiger Beziehungen, Schulprobleme, Umzug, bevorstehende Bestrafung, Obdachlosigkeit, Zwangsräumung, Insolvenz, Pensionierung</li> <li>• Traumatische Lebenserfahrung</li> <li>• Flucht oder Migration</li> <li>• Chronische somatische Erkrankungen, chronische Schmerz-syndrome</li> <li>• LGBTQ+</li> <li>• Jahrestage</li> </ul> <p><i>Persönlichkeitsfaktoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Männliches Geschlecht: Suizid, weibliches Geschlecht: Suizidversuch</li> <li>• Impulsivität, Aggressivität, Feindseligkeit</li> <li>• Fehlende Flexibilität im Denken, Negativismus</li> <li>• Hoffnungslosigkeit</li> <li>• Geringes Selbstwertgefühl, Kränkbarkeit</li> </ul> <p><i>Familiengeschichte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizidales Verhalten in der Familie</li> <li>• Affektive Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen in der Familie</li> </ul> <p><i>Weitere Faktoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizid / Suizidversuch im nahen Umfeld</li> <li>• Entlassung aus stationärer Behandlung, Frühsommer</li> </ul>	<p><b>Psychopathologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive</li> <li>• Pseudo-altruistische Gedanken von aktueller und zukünftiger Wertlosigkeit für sich, das soziale Umfeld, die Welt usw.</li> <li>• Erleben als Belastung, Schande für andere, Schamde für sich selbst. Pseudo-altruistische Suizidmotive: Erlösung anderer von sich, Einbeziehung anderer in suizidales Denken mit Mit-Erlösung, Selbst-Erlösung</li> <li>• Depressiver Wahn, starke Einengung im Denken: Versagens-, Untergangs-, Schuld- und Selbstbestrafungsideen</li> <li>• Imperative Stimmen: Akustische Halluzinationen mit Aufforderung zum Suizid, zur Nachfolge ins Grab</li> <li>• Paranoider Wahn: Existenzielle Bedrohtheit, Verfolgung, Qual und ähnliches</li> <li>• Aktuell erlebte Gefühle von gekränkt sein, nicht gemocht zu werden, eine überflüssige Belastung zu sein</li> <li>• Gefühle von überwältigender Hilflosigkeit, nichts tun können, ausgeliefert sein</li> <li>• Ausgeprägte innere Spannung und Druckgefühle</li> <li>• Quälende Unruhe, Getriebenheit</li> <li>• Deutliche, selbst als fremd imponierende Weglauf- und Fluchtimpulse</li> <li>• Kontrollverlust, Angst vor Kontrollverlust gegenüber Suizidimpulsen</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Allgemein schwere Depressionen.</li> </ul> <p><b>Offensichtliche Suizidalität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizidversuch, suizidale Krise in der Vorgeschichte</li> <li>• Gegenwärtige Suizidideen. Suizidankündigungen. Erklärte Suizidabsichten.</li> <li>• Offensichtliches suizidales Denken und Handeln</li> </ul> <p><b>Diagnose bezogen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombination mit Persönlichkeitsstörung</li> <li>• Erhöhtes Suizidrisiko bei bipolarer affektiver Störung</li> <li>• Komorbidität bzw. sekundäre Depression bei Schizophrenie, Suchtkrankheit, Rückfällen, chronische Essstörung, körperlicher Krankheit</li> </ul> <p><b>Verlaufs- und Behandlungaspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn der Erkrankung, prästationär, Aufnahmezeitraum im Vollbild und nach Abklingen eines depressiven Wahns</li> <li>• Nach der Entlassung aus stationärer Behandlung</li> <li>• Wiedererkrankungen</li> <li>• Unzureichender Behandlungsbeginn, inadäquate Therapie</li> <li>• schnelle plötzliche Besserung der Symptomatik</li> <li>• Fehlende Compliance des Patienten</li> <li>• Suizidfördernde Einstellung des Umfeldes (Familie, Arzt, etc.)</li> <li>• Suizide im Umfeld</li> </ul>

<sup>27</sup> Lewitzka U, Teismann T, Woflersdorf M : Suizidalität, Kapitel 33 S. 995-1008 in Tebartz/Berger/Schramm (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie, 7. Auflage, Elsevier

## **„Hoffnungslosigkeit“ (n. B. Kozel: Professionelle Pflege bei Suizidalität, Arbeitsblätter; Psychiatrie-Verlag 2014)**

- »Ich fühle mich leer und ausgelaugt.«
  - »Ich kann nicht mehr.«
  - »Das ist wohl das Ende.«
  - »Die Zukunft liegt für mich im Dunkeln.«
  - »Ich kriege einfach keine richtigen Chancen im Leben.«
  - »Ich bekomme einfach nie das, was ich will; es ist also Unsinn, überhaupt etwas zu wollen.«
  - »Es ist sehr unwahrscheinlich, dass das Leben mir noch Befriedigung und Freude bringt.«
  - »Ich möchte alles hinschmeißen, weil ich es doch nicht besser machen kann.«
  - »Ich kann mir nicht vorstellen, wie mein Leben in zehn Jahren aussehen wird.«
  - »Ich glaube nicht, dass ich jemals das im Leben bekomme, was ich mir in Wahrheit wünsche.«
  - »Alles was ich im Moment so vor mir liegen sehe, ist eher unschön als schön und angenehm.«
  - »Die Zukunft erscheint mir sehr unsicher.«
  - »Es nützt nichts, etwas anzustreben, das ich gerne hätte, da ich es wahrscheinlich ja doch nicht erreichen werde.«
- Ohne deutliche Hinweise dieser Art sollte das Vorliegen von Hoffnungslosigkeit nicht eingeschätzt werden.

## **„mit Stress verbundene Lebensereignisse“ (n. B. Kozel: Professionelle Pflege bei Suizidalität, Arbeitsblätter; Psychiatrie-Verlag 2014)**

- Gefängnishaft
- Verletzung oder Erkrankung der eigenen Person
- Kündigung durch Arbeitgeber
- Berentung
- Veränderung bezogen auf die Häufigkeit von Streitereien in der Partnerschaft
- Zwangsvollstreckung einer Hypothek oder eines Darlehens
- Veränderung der Verantwortlichkeiten im Beruf
- Sohn oder Tochter verlässt das Elternhaus
- Schwierigkeiten mit angeheirateten Verwandten
- Die Partnerin, der Partner beginnt zu arbeiten oder hört damit auf
- Veränderungen der Erholungsmöglichkeiten
- Veränderung im Hinblick auf kirchliche Aktivitäten
- Veränderungen im Hinblick auf die Anzahl der Familienzusammenkünfte
- Aufnahme eines neuen Mitglieds in die Familie
- Kleinere Verstöße gegen das Gesetz
- Gesundheitliche Veränderung bei einem Familienangehörigen
- Sexuelle Probleme
- Neuordnung der wirtschaftlichen Verhältnisse
- Veränderung des finanziellen Status
- Veränderung in der beruflichen Entwicklung
- Anfang oder Beendigung der Schulzeit
- Veränderung der Lebensbedingungen
- Veränderung der persönlichen Gewohnheiten
- Schwierigkeiten mit dem Chef
- Veränderung bei der Arbeitszeit oder den Arbeitsbedingungen
- Veränderung des Wohnsitzes
- Schulwechsel
- Veränderungen im Hinblick auf soziale Aktivitäten
- Veränderungen im Hinblick auf die Schlafgewohnheiten
- Veränderung der Essgewohnheiten