

# **Suizidprävention**

## **Empfehlungen für den Justizvollzug**

### **Heft II**

## **Umgang mit Suizidalität**

Erarbeitet von  
der Bundesarbeitsgruppe  
„Suizidprävention im Justizvollzug“  
mit Unterstützung der Landesarbeitsgruppe NDS

Herausgegeben vom  
Kriminologischen Dienst  
im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs

## **In eigener Sache – Die Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention**

Die Inhalte der nunmehr fertig gestellten „Empfehlungen für den Justizvollzug Heft 2“ beruhen auf Erkenntnissen und Erfahrungen von Mitgliedern der Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention, die in einem längeren Prozess zusammengetragen, diskutiert, verabschiedet und formuliert worden sind. Zu einzelnen Themen gab es praktische Unterstützung von der Landesarbeitsgruppe Suizidprävention NDS.

Der Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention gehören Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Professionen aus dem Justizvollzug aller Bundesländer und vier externe Mitglieder an (s. Anhang). Sie hat sich im Jahr 2006 konstituiert, wird von den Bundesländern unterstützt und kommt seither zweimal im Jahr zusammen. Ziel ist es, Erfahrungen zu kommunizieren, Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien vorzustellen, Erkenntnisse auszutauschen und Komponenten der Suizidprävention zu entwickeln. In den nunmehr sechs Jahren hat sie durchaus eine Erfolgsgeschichte vorzuweisen: Sie hat einen Flyer zur Information von Bediensteten entwickelt, der inzwischen in einer Stückzahl von 33 000 in den Bundesländern verteilt worden ist. Die Kosten für den Druck hatte das Nationale Suizidpräventionsprogramm<sup>1</sup> übernommen. Für einen weiteren Flyer, der für Gefangene entwickelt wurde, haben die Bundesländer die Kosten für den Druck selbst übernommen. Diese Art Ratgeber für Gefangene soll ihnen Mut machen, Suizidalität anzusprechen und ggf. Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Flyer wurde in 14 weitere Sprachen übersetzt und in einer Stückzahl von fast 203 000 von den Bundesländern angefordert. Die Anregung, einen Flyer speziell für junge Gefangene zu erstellen, wurde aufgegriffen und unter der Regie von Prof. Lohner

---

<sup>1</sup> <http://www.suizidpraevention-deutschland.de>

(bis 2012 Mitglied der BAG) von Studentinnen und Studenten der Hochschule Landshut entwickelt.

Die Empfehlungen für den Justizvollzug Heft 1 „Gestaltung der Aufnahme“ wurden unter entscheidender Beteiligung von Prof. Rademacher ausgearbeitet und geben erstmals umfassend Hinweise, wie Räumlichkeiten unter suizidpräventiven Gesichtspunkten gebaut und ausgestattet werden können. In der JVA Bremen wurden bei der Neugestaltung des Aufnahmebereichs die Anregungen zur baulichen Gestaltung aus den Empfehlungen des ersten Heftes berücksichtigt. Auch für das vorliegende Heft hat Herr Rademacher ein Konzept zur Gestaltung und Handhabung eines speziellen Suizidpräventionsraumes unter baulichen Gesichtspunkten entwickelt (vgl. Abschnitt 6.3.1).

Und nicht zuletzt hat sich die BAG mit Erfahrungen mit dem Listener-Projekt in Österreich vertraut gemacht und kann inzwischen auf eigene Erfahrungen mit einem speziell entwickelten Projekt in der JVA München zurückblicken (Abschnitt 6.4). Inzwischen ist in Österreich in Anlehnung an die Konzeption der hiesigen BAG eine landesweite Arbeitsgruppe entstanden und es haben sich mit den Arbeitsgruppenmitgliedern fruchtbare Kontakte und ein regelmäßiger Austausch entwickelt.

Gefragt sind Einrichtungen Teams, Gruppen, Kooperationen, die in besonderem Maße geeignete Maßnahmen bzw. Modelle zur Suizidprävention im Justizvollzug erarbeitet und umgesetzt haben

Im Jahr 2011 hat die BAG entschieden, jährlich einen Suizidpräventionspreis auszuloben. Dabei handelt es sich um eine Skulptur der Bremer Stadtmusikanten (S. „Zum Thema“, S.4) - gestiftet und liebevoll ausgearbeitet in der JVA Tonna (Thüringen). Sie soll auf innovative und kreative Projekte zur Suizidprävention im Justizvollzug aufmerksam machen und dem Engagement der am Projekt Beteiligten Anerkennung zollen. Die Projekte sollten bereits in der Praxis erprobt sein und Vorbildcharakter für andere haben. Ziel ist es, Maßnahmen und Modelle der Suizidprävention im Justizvollzug zu etablieren. Gefragt sind Einrichtungen und Abteilungen des Justizvollzugs, Teams, Gruppen, Kooperationen, in Ausnahmefällen auch Einzelpersonen, die in besonderem Maße geeignete Maßnahmen bzw. Modelle zur Suizidprävention im Justizvollzug erarbeitet und umgesetzt haben. Wenn Sie entsprechende Kooperationen / Personen vorschlagen wollen, ist Frau Bennefeld-Kersten die Ansprechpartnerin.

Im Jahr 2012 wurde der Preis erstmals der niedersächsischen Gefängnisseelsorge verliehen, die seit März 2010 in jeder Nacht neu inhaftierten Untersuchungsgefangenen als Ansprechpartner am Telefon zur Verfügung steht. „Hier wird ein Weg beschritten, der Menschen hilft, sich in ihrem ins Wanken geratenen Leben zu orientieren. Das Engagement der niedersächsischen Gefängnisseelsorge verdient hohe Anerkennung“ sagte Dr. Pecher, ein Mitglied der Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention, bei der Preisverleihung im Oktober.

## Zum Thema

Etwas Besseres  
als den Tod  
findest Du  
überall



... auch in einem Gefängnis, wäre zu ergänzen, denn mit diesen Worten sammelt der Esel von den Bremer Stadtmusikanten seine Begleiter ein. Gemeinsam gelingt es ihnen, ihren Lebenswegen eine andere Richtung zu geben. Dies ist auch das Ziel der vorliegenden Empfehlungen, den Gedanken von Gefangenen, die sich mit Suizid beschäftigen, eine andere Richtung zu geben.

Die „Empfehlungen für den Justizvollzug Heft II“ sollen Mut machen, im Umgang mit suizidgefährdeten Gefangenen über bewährte Maßnahmen hinaus, nach kreativen Lösungen zu suchen. So, wie Suizidalität sehr individuelle Ursachen und Auslöser hat, zeichnet sich auch ihre Bewältigung durch sehr individuelle Prozesse aus.

Was genau meint Suizidalität?

„Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.“  
(Wolfersdorf, 1996)

Suizidalität kann sich auf dem Boden psychischer Erkrankungen entwickeln, sie kann durch kritische Ereignisse und psychosoziale Krisen aus-

gelöst und / oder verstärkt werden. Aber sie ist keine Krankheit, sie ist eine Denk-, Verhaltens- und Handlungsmöglichkeit, die allen Menschen möglich ist.

Suizidalität ist jedoch nicht heute vorhanden und morgen bewältigt, sondern entsteht oder vergeht in einem prozesshaften Geschehen. In der Regel entwickelt sich Suizidalität über einen längeren Zeitraum und durchläuft verschiedene Stadien, die nach Pöldinger (1969) als Stadium der Erwägung, Stadien der Ambivalenz und des Entschlusses beschrieben werden. Ein Suizid wird *erwogen*, als e i n e Möglichkeit von mehreren, einer belastenden Situation zu entkommen. Wird die Einstellung zum Suizid *ambivalent*, werden Vorstellungen zur Durchführung konkretisiert oder verworfen. Wenn der *Entschluss* gefasst ist, geht es nur noch um die konkrete Vorbereitung und den „richtigen“ Zeitpunkt (ausführlich dazu s. Literaturliste: Konzeptpapier der Untersuchungshaftanstalt Hamburg)

Wenn Valéry – ein französischer Philosoph – vom „Suizid [als] die Abwesenheit der Anderen“ spricht, so gilt dies insbesondere für die Situation der Inhaftierung, die gekennzeichnet ist durch abrupte Unterbrechung der Beziehungen zu den Familien, Freunden, Kollegen und Nachbarn. Die Inhaftierten finden sich in einem Umfeld mit lauter Unbekannten wieder, unbekanntem Personen, unbekanntem Hierarchien, unbekanntem Etiketten, unbekanntem Abläufen und unbekannter Zukunft. Dies betrifft insbesondere Untersuchungsgefangene, aber auch Strafgefangene, wenn sie beispielsweise ihre Entlassung vor Augen haben und nicht wissen, was sie in Freiheit erwartet und welche Menschen noch für sie da sind.

Auch in Freiheit geraten Menschen in eine Gefühlslage der Einsamkeit und Unsicherheit. So kann ein Leben, das von Anderen nicht mehr

wahrgenommen wird, auch für die betroffene Person an Wert verlieren. Im Vollzug reagieren wir auf vermeintlich suizidale Personen oft mit restriktiven Maßnahmen: "Besondere Beobachtung", "Entzug von Gegenständen", "Rauchen und Rasieren unter Aufsicht", um die Gängigsten zu nennen. Eine Fixierung Suizidgefährdeter wird selten vollzogen, häufiger wird die "Unterbringung im besonders gesicherten Haftraum" angeordnet.

Zwar kann man sich vorstellen, dass Isolation in reizarmer Umgebung und ständiger Beobachtung Dritter ausgesetzt, das Leben zur Qual werden lässt, Bedienstete haben jedoch eine Fürsorgepflicht zu erfüllen, deren Verletzung weitreichende Folgen haben kann. Damit befinden sie sich in einem Dilemma. Sie wissen, dass restriktive Maßnahmen dieser Art das Leben nicht lebenswerter machen, dennoch haben sich diese als vermeintlich sicherste Methode etabliert.

Die folgenden Ausführungen sollen ein Beitrag zur Weiterentwicklung fachlicher Standards in der Suizidprävention sein. Sie sollen einen Überblick über funktionsbezogene Aufgaben in der Suizidprävention geben und Bedienstete dabei unterstützen, in der Wahrnehmung ihrer Fürsorgepflicht Mittel und Wege zu finden, suizidgefährdeten Gefangenen etwas "Besseres als den Tod" zu vermitteln.

**Anmerkung:**

Im folgenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit meist die grammatikalisch männliche Personenform benutzt; sofern nicht eigens erwähnt, sind weibliche Personen darin eingeschlossen.

# **Empfehlungen für den Justizvollzug**

## **Umgang mit Suizidalität**

In eigener Sache – Die Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention

Zum Thema

### **Inhaltsverzeichnis**

1. Das Erleben eines Suizides – Was macht das mit mir und Anderen?
2. Gesetzliche Grundlage
3. Risikogruppen und Risikozeiträume
4. Beteiligte, ihre Aufgaben und Handlungsspielräume
  - 4.1 Allgemeiner Vollzugsdienst
  - 4.2 Vollzugsabteilungsleitung
  - 4.3 Sozialer Dienst
  - 4.4 Psychologischer Dienst
  - 4.5 Medizinischer Dienst
  - 4.6 Seelsorgerischer Dienst
  - 4.7 Anstaltsleitung
  - 4.8 Mitinhaftierte
5. Kommunikations- und Organisationsstrukturen
6. Suizidpräventive Maßnahmen – Modelle von “Best Practice”
  - 6.1 Screeningverfahren
  - 6.2 Fallkonferenzen
    - 6.2.1 Suizidkonferenzen
  - 6.3 Unterbringung
    - 6.3.1 Suizidpräventionsraum

6.4 Listener

6.5 Telefonseelsorge für Gefangene

Literatur

Anlage 1 Mitgliederverzeichnis der BAG Suizidprävention

Anlage 2 Modell eines Suizidpräventionsraum

## 1. Das Erleben eines Suizides – Auswirkungen auf Personen des sozialen Umfelds

Der Zustand der Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten anderer oder ein durchgeführter Suizid werden auch je nach Nähe zur Person und zum Suizidgeschehen sehr unterschiedlich erlebt. Dabei sind die Reaktionen auf suizidales Verhalten breit gestreut. Oftmals haben Angehörige, Freunde und Bekannte den dringenden Wunsch, auf offenbarte Suizidalität „richtig“ zu reagieren. Es gibt jedoch keine richtigen oder falschen Reaktionen auf suizidales Verhalten. Befindlichkeiten, die nach Erlebnissen von Suizidalität auftreten können, sind u. a.:

- Starke emotionale Betroffenheit
- Eigene Gedanken an Suizid
- Hilflosigkeit
- Schuld- und Versagensgefühle
- Erinnerungen an frühere Begebenheiten
- Versuche, Sicherheit durch Bewertung des Geschehens zu erlangen

Im Detail:

- Betroffenheit

Eine suizidale Handlung kann unterschiedlich starke Betroffenheit auslösen, dabei gibt es keinen „angemessenen“ Grad an Betroffenheit. Es ist unerheblich, ob die Person unmittelbar beteiligt ist oder nicht. Die Intensität der Betroffenheit kann dabei auf einer Skala von „keiner Ergriffenheit“ bis zu „starker Betroffenheit“ reichen.

Klingen Symptome auch nach Wochen nicht ab, sollte fachliche Beratung in Anspruch genommen werden

Reaktionen, die eine Betroffenheit ausdrücken, können u.a. sein:

- Ablenkung (z.B. als Mittel, Distanz zum Geschehen herzustellen)
- Erhöhtes Schlafbedürfnis und / oder Schlafstörungen (z.B. als Ausdruck erhöhter psychosomatischer Anspannung)
- Gereiztheit
- Sensibilität
- Unsicherheit
- Trauer
- Ohnmacht
- Wut (z.B. darüber, dass man mit diesem Ereignis ungewollt konfrontiert wurde)
- Sarkasmus und Ironie.

Jedes Symptom ist zunächst Ausdruck einer gesunden Psyche auf eine „unnormale“ Situation. Die Symptome klingen in der Regel nach einigen Tagen oder Wochen ab. Sind sie jedoch nach einigen Wochen noch vorhanden, sollte fachliche Beratung in Anspruch genommen werden.

- Eigene Gedanken an Suizid

Die suizidale Handlung eines anderen Menschen kann dazu führen, über die Möglichkeit eines eigenen Suizids nachzudenken. Dies ist nicht unnatürlich, sofern die Gedanken sich nicht ungewollt wiederholen oder an Intensität zunehmen.

- Hilflosigkeit

Das Erleben der suizidalen Handlung eines anderen kann ein Gefühl von Hilflosigkeit auslösen.

Gründe dafür können u.a. sein:

- das Gefühl, dem Geschehen nicht aktiv entgegenwirkt zu haben,
- trotz intensivster Bemühungen, den Suizid nicht verhindert haben zu können,
- Angst vor vergleichbaren zukünftigen Situationen.

- Schuldgefühle

Schuldgefühle können bei unprofessionellem Verhalten ihre Berechtigung haben. In der Regel steht jedoch eine suizidale Handlung am Ende einer Ereigniskette und wird nicht durch ein einzelnes Geschehen bedingt.

- Eigene Erinnerungen

Das Erleben suizidaler Handlungen anderer kann dazu führen, dass Erfahrungen mit ähnlichen Situationen aus eigener beruflichen und / oder privaten Lebensgeschichte erinnert werden. Erinnerungen, die früher erlebte Gefühle wieder hervorrufen oder aktuelle Empfindungen verstärken.

- Eigene Bewertung / moralisches Urteil fällen

Bewertungen von suizidalen Handlungen sind unprofessionell, unangemessen und erschweren eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Thematik.

## Bewältigungsstrategien

Der Umgang mit den genannten Reaktionen und Gefühlen kann unterschiedlich sein. Bewältigungsstrategien ermöglichen vor allem dann einen geeigneten Umgang mit den genannten Folgen und Empfindungen, wenn sie dazu dienen, das Erlebte angemessen zu akzeptieren und in die Lebensgeschichte zu integrieren.

Sogenannte „Abwehrmechanismen“ wie Verleugnung, Bagatellisierung, Verdrängung, Rückzug und Isolation etc. haben sich für die Bewältigung des Erlebens suizidalen Geschehens als eher ungeeignet erwiesen, da sie zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Besonders riskant ist der Konsum von Suchtmitteln (z.B. Alkohol).

In äußerst seltenen Fällen kann eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auftreten. Diese zeichnet sich durch anhaltende Beeinträchtigung der Handhabung des alltäglichen Lebens aus und bedarf medizinisch / psychologischer Abklärung.

*Kommunikation fördert eine „gesunde“  
Verarbeitung belastender Ereignisse*

Bewusste Kommunikation fördert eine „gesunde“ Verarbeitung belastender Ereignisse. Gute soziale Kontakte können für einen vertrauensvollen Austausch genutzt werden. Darf man aus Gründen der Schweigepflicht oder kann man nicht über das Geschehene sprechen, kann es hilfreich sein, nur das eigene Empfinden zu berichten. Bedienstete können sich in ihrer Einrichtung über spezielle Unterstützungsangebote informieren.

## 2. Gesetzliche Grundlage

Sich das Leben zu nehmen, ist grundgesetzlich nicht verboten. Wenn dennoch in einem Gefängnis Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden, um Suizide zu verhindern, ist dies nicht nur erlaubt, sondern geboten.

*Sich das Leben zu nehmen, ist grundgesetzlich nicht verboten*

Vollzugsbedienstete haben eine Schutzpflicht, eine Fürsorgepflicht für die ihnen anvertrauten Gefangenen. Als Garanten sind sie gehalten, aktiv Suizide zu verhindern. Ihr Handeln ist gerechtfertigt, wenn sie einen freiverantwortlichen Suizid durch entsprechende Sicherungsmaßnahmen verhindern.

*Den Bediensteten ist anzuraten, auf jeden Fall suizidverhindernde Maßnahmen zu ergreifen*

Im Umkehrschluss bedeutet dies: Haben sie trotz Kenntnis von Suizidabsichten eines Gefangenen nichts zur Verhinderung unternommen, müssen sie sich unter Umständen strafrechtlich verantworten (§ 323c StGB).

Nach einem Suizid sind in der Regel vorerst folgende Fragen zu beantworten:

- War die suizidale Handlung vorhersehbar?
- Konnten einzelne Maßnahmen zur Verhinderung des Suizides oder der Vorbereitungshandlung getroffen werden?
- Waren dem Bediensteten diese Hilfestellungen zumutbar?

### 3. Risikogruppen und Risikozeiträume

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sollen Suizidraten von Inhaftierten sowohl während der Haftzeit als auch nach der Entlassung um ein Vielfaches höher sein (Pratt, Piper, Appleby, Webb, Shaw, 2006). Nach Angaben der WHO (2009) sind die Suizidraten von Männern in Untersuchungshaft 7,5mal höher und von Männern in Strafhaft 6mal höher als die Suizidraten nicht inhaftierter Männer.

*Gefangene sind eine „ausgelesene Population“  
mit erhöhtem Suizidrisiko*

Aber "Genaueres weiß man nicht: Selbst die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist auf Schätzungen angewiesen" (Schmitt, 2011,117). Die Vergleichbarkeit erhobener Suiziddaten verschiedener Länder oder unterschiedlicher Populationen ist nach Schmitt unter anderem eine Frage der Dokumentation, der Erhebungsmethoden, der Berechnungsmodi und der Zeiträume. In vielen Ländern werden Suizide entweder nicht erfasst oder verfälscht.

Gefangene stellen auch keine repräsentative Gruppe der Allgemeinbevölkerung dar. Sie sind eine „ausgelesene Population“ mit erhöhtem Suizidrisiko durch Kombination von generell erhöhter Verletzbarkeit in Verbindung mit höherer Stresssituation (Konrad, 2001). So trägt auch nicht jede Person dasselbe Risiko, inhaftiert zu werden.

Hier offenbart sich ein grundsätzliches Problem: Zum einen vereinen viele straffällige Menschen eine Reihe von Risikofaktoren auf sich und bringen dieses Risiko in die Situation einer Inhaftierung mit ein (Importation des Risikos). Zum anderen ist eine Inhaftierung für die allermeisten Menschen (auch für einen ursprünglich stabilen) eine höchst belastende Situation durch die es leicht zu entsprechenden „Mangelscheinungen“

kommen kann (Deprivation durch die Haft). Das Zusammenspiel folgender individueller und umweltbedingter Faktoren kann das Suizidrisiko in Haft erheblich steigern:

- Personen mit psychischen Beeinträchtigungen / Erkrankungen,
- Personen mit Missbrauch von Alkohol- und / oder anderen psychotropen Substanzen,
- sozial Ausgegliederte und Isolierte,
- sowie Personen, die bereits einen Suizidversuch durchgeführt haben.

Die gewöhnlichen Mechanismen zur Bewältigung einer belastenden Situation sind durch die Inhaftierung kaum anwendbar

Die gewöhnlichen Mechanismen eines jeden Menschen zur Bewältigung einer belastenden Situation (z.B. Austausch mit Familie / Freunden, Ablenkung, Ausübung von Hobbies etc.) sind durch die Inhaftierung kaum oder nur eingeschränkt anwendbar. Erschwerend hinzu kommen Bedingungen und Folgen des Vollzugssystems, wie Auswirkungen von Verhaftung und Inhaftierung, enges Zusammenleben mit fremden Menschen, weitgehender Verlust selbstbestimmten Handelns, Entzugssymptome eines Süchtigen, eine zu erwartende lange Haftstrafe oder auch nur alltägliche Belastungen des Gefängnislebens.

Insgesamt haben viele Gefangene Verlustängste, sie leiden unter dem Verlust der Freiheit, der familiären und sozialen Unterstützung, sie haben Angst vor dem Unbekannten, vor körperlicher und sexueller Gewalt und

erleben Unsicherheiten über ihre Zukunft, haben Scham - und Schuldgefühle wegen des Delikts sowie Ängste und Belastungen wegen desolater Haftbedingungen.

Internationale wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Suiziden von Untersuchungsgefangenen andere Kriterien zugrunde liegen als Suiziden von Strafgefangenen. In einigen Justizvollzugsanstalten fanden sich aber auch Gefangenenpopulationen, die beiden Profilen entsprachen (Paton & Jenkins, 2005).

### **Profil 1: Untersuchungsgefangene**

Nach internationalen Studien waren Gefangene, die sich in Untersuchungshaft das Leben nehmen, vor allem männlichen Geschlechts, jung (20-25 Jahre), ledig und erstinhaftiert, mit einem mäßig schweren Delikt, häufig unter Drogeneinfluss begangen. Sie stehen bei ihrer Inhaftierung oft unter dem Einfluss von Drogen und führen den Suizid häufig in den ersten Stunden nach ihrer Inhaftierung durch (Shaw, Baker, Hunt, Moloney, Appleby, 2004).

Zusätzliche Gründe sind die plötzliche Isolation, der Inhaftierungsschock, Informationsmangel und Zukunftsunsicherheit.

*Untersuchungsgefangene haben den Suizid am häufigsten innerhalb von drei Tagen nach dem Tag ihrer Inhaftierung vollzogen*

Untersuchungsgefangene, die sich in deutschen Gefängnissen das Leben genommen haben, waren häufiger als Strafgefangene 40 Jahre und älter und haben den Suizid am häufigsten innerhalb von drei Tagen nach

dem Tag ihrer Inhaftierung vollzogen. Sie waren häufiger als Strafgefängene wegen Verdachts eines Totschlags- oder Sexualdelikts inhaftiert gewesen (Bennefeld-Kersten, 2012).

Um das Suizidrisiko von Untersuchungsgefangenen in den Haftanstalten zu minimieren, sollte die erste Haftphase besondere Beachtung finden, also die Aufnahmeprozedur, die ersten Nächte und der Versorgungsbedarf des Gefangenen. Die zweite zu beobachtende Phase betrifft den Zeitpunkt der Hauptverhandlung, dies gilt insbesondere wenn ein Schuldspruch oder eine besonders hohe Strafe zu erwarten ist. Eine Vielzahl von Suiziden ereignet sich in den drei Tagen vor und nach der Verhandlung (Marcus, Alcabes, 1993)

Zusätzlich kann nach etwa 60 Tagen Haft eine emotionale Erschöpfung vieler Gefangener beobachtet werden, die auch als „Burn out“ bezeichnet werden könnte (Frottier, Frühwald, Ritter, Eher, Schwärzler, Bauer, 2002).

## **Profil 2: Strafgefängene**

*Auslöser können Konfliktsituationen mit der Institution, mit Mitgefangenen oder der Anstaltsleitung, familiäre Probleme oder negative Rechtsbescheide sein*

Strafgefängene waren in internationalen Studien eher älter (30-35 Jahre) als Suizidenten in Untersuchungshaft und Gewaltdelinquenten, die sich nach einer längeren Zeit in Haft suizidieren (oft erst nach vier oder fünf Jahren). Auslöser für diesen Suizid können eine Konfliktsituation mit der Institution, mit Mitgefangenen oder der Anstaltsleitung, eine Familien-

streitigkeit oder Trennung oder auch ein negativer Rechtsbescheid, wie eine abgelehnte vorzeitige Haftentlassung oder Revision sein.

Suizidenten als Strafgefangene in deutschen Gefängnissen waren eher jünger als Untersuchungsgefangene, wegen Mordes, Körperverletzung oder Diebstahls inhaftiert worden und häufiger vor der Inhaftierung arbeitslos gewesen (Bennefeld-Kersten, 2012).

Im Laufe der Zeit kommen zu den Ängsten und Unsicherheiten weitere Belastungen hinzu, wie z.B. Ärger mit Mitgefangenen, Viktimisierung, Enttäuschung über die rechtliche Situation sowie körperliche Beschwerden, emotionale Krisen und Perspektivlosigkeit. Aus diesem Grund haben sogenannte „Lebenslange“ ein besonders hohes Risiko (Liebling, 2006; Borrill, 2002).

### **Risikofaktoren für Gefangene allgemein**

Zu den beiden erwähnten haftformspezifischen Profilen, kommen unabhängig vom Haftstatus einige Charakteristika hinzu, die Ansatzmöglichkeiten für suizidpräventive Maßnahmen bieten.

*Es gibt Zusammenhänge zwischen Gefangenensuiziden, der Art der Unterbringung und fehlenden Ansprechpartnern*

### **Situationale Faktoren**

Es gibt offenbar Zusammenhänge zwischen Gefangenensuiziden, der Art der Unterbringung und fehlenden Ansprechpartnern: Die meisten Suizide wurden in Einzelhaft zur Nachtzeit begangen. Auch die Isolierung von Gefangenen und Zeiten eines ungünstigen Personalschlüssels

- zum Beispiel nachts und an Wochenenden - wirken sich verschärfend auf ein Suizidrisiko aus (Metzner, Hayes, 2006). Waren Gefangene gemeinschaftlich untergebracht, wurden die Suizide häufiger tagsüber vollzogen, dazu wurden Zeiten genutzt, in denen Mitgefangene abwesend waren (Bennefeld-Kersten, 2009; Hayes, 2006).

## **Psychosoziale Faktoren**

Weitere Faktoren für ein erhöhtes Suizidrisiko von Gefangenen sind geringer sozialer und familiärer Rückhalt, früheres suizidales Verhalten (v. a. in den letzten beiden Jahren) und emotionale Probleme oder die Diagnose einer psychischen Erkrankung. Auch Belästigung / Bedrohung durch, sowie Ärger mit Mitgefangenen (Blaauw, Winkel, Kerkhof, 2001), Erhalt schlechter Nachrichten oder Sanktion von Disziplinverstößen begünstigen Suizidalität (Way, Miraglia, Sawyer, Beer, Eddy, 2005).

*Personen, die Gefühle der Hoffnungslosigkeit ausdrücken oder Suizidabsichten und -wünsche haben, sind besonders gefährdet*

Unabhängig von den individuellen Belastungen und Vulnerabilität (Verletzbarkeit), werden übereinstimmend häufig Gefühle wie Hoffnungslosigkeit, Aussichtslosigkeit und die Unfähigkeit, damit zurechtzukommen, geschildert. Somit kristallisiert sich der Suizid als scheinbar einziger Weg heraus, dieser verzweifelten und hoffnungslosen Situation zu entfliehen. Personen, die Gefühle der Hoffnungslosigkeit ausdrücken oder Suizidabsichten und -wünsche haben, sind als besonders gefährdet anzusehen.

## **Frauen in Haft**

Obwohl die Hauptrisikogruppe für Suizid vorwiegend aus Männern besteht (dies ist jedoch absolut zu betrachten, da die große Mehrheit der Gefangenen männlich ist), besteht auch unter den Frauen in Haft ein hohes Suizidrisiko (Liebling, 1994). Dabei ist die hohe Anzahl psychischer Erkrankungen der inhaftierten Frauen im engeren Sinne zu berücksichtigen (Fazel, Danesh, 2002). Während in einigen Studien Hinweise dafür gefunden wurden, dass sowohl Suizidversuche als auch vollendete Suizide bei weiblichen Untersuchungsgefangenen viel häufiger stattfanden als bei Frauen in Freiheit (Holley, Arboleda-Flórez, Love, 1995; Mackenzie, Oram, Borrill, 2003) und bei inhaftierten Männern, zeigte sich in der Studie über Suizide in deutschen Gefängnissen bezüglich der Suizidversuche in der Vorgeschichte kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Gefangenen. Obwohl bisher keine spezifischen Risikoprofile von Frauen in Untersuchungshaft und Strafvollzug erstellt werden konnten, sollen Frauen, die wenig sozialen und familiären Rückhalt oder Suizidversuche in der Vorgeschichte haben, eine psychiatrische Vorgeschichte und emotionale Probleme aufweisen, besondere Maßnahmen der Suizidprävention erfahren.

## **Jugendliche**

Durch die Trennung von der Familie, Freunden und Bekannten, schlicht vom gesamten sozialen Netzwerk, die die Jugendlichen in Haft erleben, kann die Erfahrung einer Inhaftierung für jugendliche Straftäter besonders schwierig sein.

*Isolation und Absonderung der jungen Gefangenen tragen zu einem erhöhten Risiko bei*

Vor allem belastete junge Gefangene sind besonders auf unterstützende Beziehungen durch das gesamte Vollzugspersonal angewiesen. Suizidales Verhalten kann zu jedem Inhaftierungszeitpunkt auftreten, jedoch können insbesondere Isolation und Absonderung der jungen Gefangenen zu einem erhöhten Risiko beitragen (Hayes, 2005). Auch für Jugendliche, die in Haftanstalten für Erwachsene untergebracht waren, ließ sich im Vergleich zu angemessen untergebrachten Jugendlichen ein erhöhtes Suizidrisiko nachweisen (Winkler, 1992).

### **Die Veränderung von Risikoprofilen**

Die bereits erwähnten Profile können bei der Identifizierung Angehöriger von Hochrisikogruppen und der Beachtung von risikobehafteten Zeitpunkten hilfreich sein. Dabei ist zu beachten, dass Personen, die entsprechende Kriterien erfüllen, nicht suizidal sein *müssen*. Ähnlich wie Personen, die mit dem Kriterium „Rauchen“ in eine Risikogruppe für Lungenkrebs geraten, gehören Gefangene zum Beispiel mit dem Kriterium „geringer sozialer Rückhalt“ in eine Risikogruppe für suizidales Verhalten. Ob der Raucher tatsächlich an Lungenkrebs erkrankt ist, und ob der sozial Isolierte sich tatsächlich mit Gedanken an Suizid beschäftigt, ist genauer abzuklären (s. Abschnitt 6.1, Screeningverfahren). Profile dienen lediglich der Unterstützung bei der Identifikation von Personen aus Hochrisikogruppen und -zeitpunkten. Sie werden dazu genutzt, die örtlichen Bedingungen zu überprüfen und regelmäßig zu aktualisieren, um gegebenenfalls Veränderungen erfassen zu können.

Ob Angehörige einer Risikogruppe sich tatsächlich mit Gedanken an Suizid tragen, ist abzuklären

#### **4. Beteiligte, ihre Aufgaben und deren Handlungsspielräume**

Suizidalität von Gefangenen fällt nicht nur in die Zuständigkeit der Fachdienste. Grundsätzlich tragen alle im Vollzug Tätigen Verantwortung für die Unversehrtheit der Gefangenen. Unabhängig von ihrer Profession werden Aufgaben der Suizidprävention von allen Bediensteten wahrgenommen. Allerdings haben sie je nach Aufgabenbereich im Haftalltag verschiedene Berührungspunkte mit Gefangenen. Dementsprechend machen sie unterschiedliche Erfahrungen und haben unterschiedliche Kenntnisse über deren aktuelle Situation. Informationen, die kommuniziert werden müssen, da sie für die Einschätzung von Suizidalität und zu treffenden Maßnahmen sehr wichtig sind. In den folgenden Abschnitten werden Aufgabenfelder der Suizidprävention in unterschiedlichen Berufsgruppen konkretisiert.

##### **4.1 Allgemeiner Vollzugsdienst**

Die Bediensteten im Unterbringungsbereich (Station, Wohngruppe) sind in der Regel mit der Suizidalität eines Gefangenen zuerst konfrontiert. Im täglichen Umgang bekommen sie meist zuerst Hinweise auf Suizidgefährdung, z. B. durch Verhaltensänderung des betroffenen Gefangenen, direkte Ankündigung eines Suizids oder Informationen durch Mithäftlinge. Auch von Konflikten mit Mitgefangenen und problematischen Entwicklungen in der Familie oder von Erhalt ablehnender Entscheidungen erhalten sie meist früher Kenntnis als andere Berufsgruppen.

*Im Haftalltag sind Bedienstete im Unterbringungsbereich und im Werkdienst in der Regel mit der Suizidalität eines Gefangenen zuerst konfrontiert*

Darüber hinaus sind u.a. folgende Tätigkeitsfelder des Allgemeinen Vollzugsdienstes besonders geeignet, Hinweise auf das Vorliegen eines Suizidrisikos zu erhalten: Der am Aufnahmeverfahren beteiligte Beamte erhält wichtige Informationen aus dem Erstgespräch. Aus der Besuchsüberwachung können sich Anhaltspunkte ergeben, die auf ein Gefährdungsrisiko hindeuten. Im Arbeitsbereich kann der Werkdienst zu wichtigen Informationen gelangen. Der Fahrdienst oder der Kammerbeamte erhält u. U. erste Informationen nach einer Gerichtsverhandlung oder vor einer Verlegung. An der Pforte können wichtige Hinweise von Angehörigen oder anderen Dritten ankommen. Im Rahmen der Postkontrolle können sich Anhaltspunkte auf Suizidalität ergeben.

Grundsätzlich gilt es, jeden Hinweis auf eine mögliche Suizidgefährdung ernst zu nehmen!

Erkenntnisse über eine mögliche Suizidgefährdung sind unverzüglich zu melden (Vorgesetzte, Fachdienste) und zu kommunizieren (Kollegen). Notwendige Maßnahmen sind einzuleiten

Das gilt für alle Bediensteten!

Alle Bediensteten sind gehalten, unverzüglich Hinweise oder Erkenntnisse bezüglich einer Suizidgefährdung zu melden<sup>2</sup>, Kollegen zu informieren und ggf. unverzüglich notwendige Maßnahmen einzuleiten.

Einerseits sind also andere Bedienstete, insbesondere Fachdienste einschließlich Ärzte sowie Vorgesetzte umfassend zu informieren. Anderer-

---

<sup>2</sup> Zum Beispiel anhand anstaltsspezifischer Ablaufpläne für Meldungen

seits sind je nach Dringlichkeit eigenständig Sofortmaßnahmen zu ergreifen (vgl. Abschnitt 6 „Best Practice“). Auch bei der weiteren Begleitung eines suizidalen Gefangenen kommt dem Allgemeinen Vollzugsdienst als dessen nächstem Ansprechpartner eine zentrale Funktion zu.

## **4.2 Vollzugsabteilungsleitung**

Unter Beachtung der Eigenständigkeit in fachlichen Angelegenheiten der Seelsorger, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter trägt die Vollzugsabteilungsleitung grundsätzlich die Verantwortung für einen Teilbereich der Anstalt. Sie ist Vorgesetzte der ihrem Bereich zugewiesenen AVD-Bediensteten, achtet auf die Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und regt entsprechende Angebote an, wenn Defizite vorhanden sind. Sie überwacht den Einsatz von Screeningverfahren oder die Verwendung der Suizidprophylaxebögen und kontrolliert die Angemessenheit getroffener Maßnahmen und ihre Umsetzung. Die Problematik suizidaler Entwicklungen wird in den Dienstbesprechungen regelmäßig thematisiert.

Die Vollzugsabteilungsleitung sorgt dafür,

- dass geeignete Räumlichkeiten (für Bedienstete und Gefangene) mit entsprechender technischer Ausstattung<sup>3</sup> zur Verfügung stehen,
- dass für das Erkennen psychischer Beeinträchtigungen, für Krisenintervention und Stressbewältigung Bedienstete eingesetzt werden, die dafür besonders befähigt sind,
- dass für Bedienstete und Gefangene Beistand und soziale Unterstützung in Krisensituationen auch zu ungünstigen Zeiten zur Verfügung stehen,

---

<sup>3</sup> siehe Empfehlungen Heft 1, Aufnahme von Gefangenen

- dass in der Bewältigung kritischer Situationen (z.B. Aufnahme, Hauptverhandlung, bevorstehende Entlassung) geeignete Maßnahmen der Unterstützung ergriffen werden können,
- dass eine interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Bediensteten stattfindet, und Informationen über Suizidalität ausgetauscht werden,
- dass angemessene Maßnahmen getroffen und umgesetzt werden können und
- dass Bedürfnisse von Gefangenen auch mit Belangen von Bediensteten abgewogen werden.

Die Vollzugsabteilungsleitung bringt sich in Suizidkonferenzen maßgeblich ein und nutzt Fehleranalysen zur Verbesserung von Maßnahmen der Suizidprävention. Sie sorgt dafür, dass die in der Abteilung Tätigen auf dem aktuellen Stand der Suizidforschung sind.

Die Vollzugsabteilungsleitung sorgt in ihrem Bereich für ein Klima des kollegialen Miteinanders, welches für optimale Suizidprävention förderlich ist. Die Vollzugsabteilungsleiter achten auf regelmäßige Fortbildung ihrer Bediensteten

### **4.3 Sozialer Dienst**

Der Sozialdienst unterstützt die Gefangenen nicht nur in der Regelung äußerer Angelegenheiten sondern auch in der Bewältigung persönlicher Probleme. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds kann wichtige Hin-

weise auf Ursachen devianten Verhaltens, aber auch auf frühere suizidale Auffälligkeiten geben. Da sein Aufgabenschwerpunkt auf die sozialen Belange der Gefangenen ausgerichtet ist, fällt das Gespräch über persönliche Anliegen einzelnen Gefangenen oft leichter. Bei Haftantritt wird mit jedem Gefangenen zeitnah ein Kontaktgespräch geführt. Dabei werden auch Belastungsfaktoren oder Anpassungsprobleme an die Haftsituation erfragt und ggf. Unterstützung und Hilfestellung zur Bewältigung angeboten.

Wenn sich im Gespräch Hinweise auf psychische Instabilität, Störungen der Impuls- und Aggressionskontrolle, Gefühle von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, suizidale Gedanken und / oder Gefahr der Selbstverletzung ergeben, werden die Informationen umgehend an das beteiligte Personal, insbesondere an den psychologischen und medizinischen Dienst und die Abteilungsleitung, weitergegeben. Entwickeln sich im weiteren Haftverlauf Krisensituationen, wird der Sozialdienst in Absprache mit den anderen Diensten in das Betreuungsangebot einbezogen.

Der Sozialdienst kann den Kontakt zu Angehörigen herstellen und zeitnah sonstige der Situation angemessene Maßnahmen ergreifen.

Durch die Entwicklung und konkrete Förderung von Zukunftsperspektiven kann der Sozialdienst dem für Suizidale typischem Gefühl von Hoffnungslosigkeit entgegenwirken.

#### **4.4 Psychologischer Dienst**

Der Psychologe ist als „Arzt für die Seele“ ausgebildet für die Einschätzung und Behandlung seelischer Probleme. Insofern ist er auch die Fachkraft für Suizidalität und als solche bei Verdacht auf Suizidalität umgehend zu beteiligen.

Der Psychologe als „Arzt für die Seele“ ist Fachkraft für Suizidalität

Grundlage jeder Intervention im Einzelfall ist eine fachgerechte und möglichst genaue Diagnostik des suizidalen Gefangenen. Im Rahmen dieser Diagnostik wird der psychopathologische Befund (evtl. unter Angabe einer Diagnose nach ICD-10 oder DSM-IV-TR) erhoben. Explizit und besonders ausführlich wird auf die Suizidalität des Gefangenen eingegangen. Dabei werden neben dem aktuellen Vorliegen von Suizidalität auch Suizidgedanken und -handlungen aus der Vergangenheit erfragt, ebenso der aktuelle Handlungsdruck sowie ein etwaiger Planungsgrad suizidaler Handlungen. Daneben werden Ressourcen des Gefangenen bzw. protektive Faktoren gegen Suizidalität bei der Erhebung berücksichtigt. Aus der Charakteristik des IST-Zustandes lassen sich das weitere Vorgehen und die Empfehlungen ableiten.

### **Krisenintervention**

Bei einer Krisenintervention sind Aufbau und Aufrechterhaltung einer tragfähigen Beziehung von zentraler Bedeutung. Ziel ist die kurz- und mittelfristige Stabilisierung des Gefangenen. Nach einer ersten Akutintervention wird der Ablauf der weiteren Betreuung und Behandlung festgelegt: Die Methoden der weiterführenden Intervention durch den psychologischen Dienst, der Interventionszeitraum, die Gesprächsfrequenz und die Beteiligung anderer Berufsgruppen.

Durch die Dokumentation sind die Überlegungen und Maßnahmen für andere beteiligte Berufsgruppen nachvollziehbar

Alle dargestellten Aktivitäten des psychologischen Dienstes werden dokumentiert. Bei besonderem Erklärungsbedarf werden auch die verworfenen Alternativen dargelegt. Das Vorgehen berücksichtigt die Standards wissenschaftlich fundierter psychologischer Arbeit. Durch die Dokumentation sind die Überlegungen, Schlussfolgerungen und Maßnahmen für andere beteiligte Berufsgruppen nachvollziehbar. Die Weitergabe der entsprechenden Informationen an zuständige Stellen erfolgt schnell und sicher. Die Informationen sind unter Berücksichtigung der Schweigepflicht (vgl. §203 StGB) und des Datenschutzes so konkret wie möglich abgefasst.

### **Organisation der Hilfeleistung**

Im Sinne eines Casemanagements (Schema einer organisierten bedarfsgerechten Hilfeleistung) sollen die Interventionen und Hilfen anderer Berufsgruppen initiiert und koordiniert werden. Angelehnt an das Modell einer klinischen Fallsupervision ist es hilfreich und ggfs. nötig, von Kollegen anderer Berufsgruppen Informationen einzuholen und ihnen ggf. ein psychologisches Verständnis des vorliegenden Falles zu vermitteln. Dadurch können die Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit am Fall geweckt, Ängste und negative Vorurteile abgebaut und die Auswahl der passenden Maßnahme durch andere Professionen erleichtert werden.

### **Psychiatrische Erkrankung**

Der Gefangene wird einem Psychiater vorgestellt, falls der Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung vorliegt und eine Psychopharmakotherapie indiziert sein könnte. Im Verlauf dieser Therapie evtl. auftretende Nebenwirkungen oder auch ein Absetzen der Medikamente werden zwischen dem psychologischen und medizinischen Dienst kommuniziert. Die Compliance (Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patient) im

Rahmen einer medikamentösen Therapie kann durch psychoedukative (Schulung eines psychisch Beeinträchtigten) Maßnahmen gefördert werden.

Nebenwirkungen und Absetzen der Medikamente werden zwischen dem psychologischen und medizinischen Dienst kommuniziert

Bei akuter Suizidalität wird durch den ärztlichen Dienst die Frage geklärt, ob die Überstellung in ein LKH die geeignete Maßnahme ist.

Im Anschluss an eine Akutintervention wird die mittel- und langfristige Nachsorge zur Stabilisierung gestaltet. Sie kann, je nach Fall, von niederfrequenter Nachbetreuung bis hin zu einer Psychotherapie reichen. Ggfs. werden auch die Angehörigen mit einbezogen.

### **Institutionsbezogene Aufgaben**

Für Professionen, die im täglichen Umgang mit den Gefangenen eine Suizidgefahr erkennen und ihr ggf. begegnen müssen, werden regelmäßige Schulungen durchgeführt. Diese befassen sich über das Thema der Suizidalität hinaus, auch mit psychischen Störungsbildern. Einen besonderen Schwerpunkt stellt das Training suizidpräventiver Gesprächsführung für Bedienstete dar (s. Konzept der UHA Hamburg).

Durch Maßnahmen der Personalentwicklung kann präventiv auf das Anstaltsklima Einfluss genommen werden

Darüber hinaus ist es im Rahmen der Personalentwicklung sinnvoll, Schulungsmaßnahmen zur Psychohygiene und Burn-out Prophylaxe anzubieten. Fallspezifische Supervisionen (i. S. von Fallkonferenzen, Abschnitt 6.3) bieten die Möglichkeit, innerhalb des gesamten Teams sinnvolle Maßnahmen der Krisenintervention (Abschnitt 6, Best practice) umzusetzen und die Einstellung zu suizidalen Gefangenen zu professionalisieren. Dadurch kann auch präventiv auf das Anstaltsklima Einfluss genommen werden.

Zur Verbesserung vollzuglicher Standards bietet es sich an, in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Forschung bestehende suizidpräventive Maßnahmen oder Sicherungsmaßnahmen zu evaluieren.

#### **4.5 Medizinischer Dienst**

Der Medizinische Dienst sorgt für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen. Suizidalität bedarf als medizinische Fragestellung der aktiven Beteiligung und wird ihm umgehend gemeldet. Der Medizinische Dienst arbeitet mit dem AVD, Fachdiensten und Anstaltsleitung zusammen. Er beteiligt sich und fördert den wechselseitigen interdisziplinären Informationsfluss – unter Einhaltung der Schweigepflicht! Zur Erweiterung der kognitiven und Handlungskompetenzen werden fachspezifisch und interdisziplinär Fortbildungen angeboten.

*Suizidalität bedarf als medizinische Fragestellung der aktiven Beteiligung*

Die nachstehende Auflistung zeigt die verschiedenen im und vom Medizinischen Dienst beteiligten Gruppen in der Reihenfolge der Häufigkeit der Kontakte mit den Inhaftierten:

- Krankenpflegedienst
- Anstaltsärzte
- Konsiliarärzte
- Externe Stellen (Hausarzt, Psychiater, Krankenhaus, Gericht)

Entsprechend bieten sich unterschiedlich viele Möglichkeiten, auf suizidale Tendenzen zu reagieren.

### **Der Krankenpflegedienst**

Das Krankenpflegepersonal ist häufig der Ansprechpartner und „Ersthelfer“ vor Ort, sowohl bei der Neuaufnahme als auch im weiteren Haftverlauf. Als geschultes und qualifiziertes Personal (nicht selten mit Erfahrung aus der Psychiatrie) erkennt es frühzeitig und gezielt suizidale Auffälligkeiten.

Das Krankenpflegepersonal ist häufig der Ansprechpartner und „Ersthelfer“ vor Ort

Die Mitarbeiter übernehmen die frühe Weichenstellung zur weiteren Behandlung / Betreuung. Sie sind verantwortlich für die Weitergabe von Information und Dringlichkeit an die Anstaltsärzteschaft (sofort, in der nächsten Sprechstunde, außerhalb der Dienstzeit, als Ausführung). Sie sind auch verantwortlich für die Umsetzung von medizinischen Anordnungen (Medikation, Vorstellung beim Psychiater).

Der Krankenpflagedienst ist ein wichtiges Bindeglied zur Informationsweitergabe bei Suizidhinweisen an weitere Beteiligte, wie den AVD, die Fachdienste und Anstaltsleitung. Seine Beteiligung ist gefordert bei der Einleitung und Umsetzung von Sicherungsmaßnahmen und angemessener Unterbringung.

### **Die Anstaltsärzte**

Suizidalität ist auch eine medizinische Diagnose und bedarf somit der Beteiligung der Ärzteschaft. Da die Häufung psychischer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen bei Gefangenen bekannt ist, sind Symptome einer entsprechenden Beeinträchtigung bei jedem Patientenkontakt individuell zu prüfen.

Möglichkeiten, suizidale Auffälligkeiten zu erkennen, bieten sich bereits im Rahmen der Zugangsuntersuchung, sowie der regulären Sprechstunde, bei Anordnung und Aufhebung von Sicherungsmaßnahmen und Meldungen von anderen Stellen (AVD, andere Fachdienste, aber auch externe Stellen wie Besuch, Bewährungshelfer, Anwalt, Gericht und Staatsanwaltschaft).

Symptome psychischer Beeinträchtigung  
sind bei jedem Patientenkontakt zu prüfen

Die Vorstellung / Zugangsuntersuchung findet zeitnah nach Inhaftierung statt. Hier werden im Rahmen der Anamneseerhebung Risikofaktoren (psychische Auffälligkeiten, Drogen, Aufenthalte in psychiatrischen Abteilungen, vorausgegangene Selbstschädigungen oder Suizidversuche) festgestellt.

Frühzeitig wird durch ein Gespräch, ggf. mit einer entsprechenden Medikation, durch die Vorstellung beim Psychiater und die Anordnung von Sicherungsmaßnahmen der Versuch unternommen, Suizidalität zu begegnen. Eine zeitnahe Befund- / Informationsanforderung über ambulante oder stationäre Behandlungen per Fax / Telefon innerhalb oder außerhalb des Vollzuges wird angestrebt.

Suizidgefährdete kommen auf eigene oder Veranlassung anderer (Krankenpflegedienst, AVD, Fachdienste, Richter [Zuweisungsinformationen], Anwalt, Angehörige) zur Vorstellung in die Sprechstunde. Ist tatsächlich von einer Suizidgefahr auszugehen, wird die Information weitergegeben an die Anstaltsleitung, die Abteilungsleitung, den Allgemeinen Vollzugsdienst und die Fachdienste. Die Anordnung von Sicherungsmaßnahmen und die Haftfähigkeit werden geprüft.

Die Anstaltsärzte beteiligen sich an der Einberufung eines Krisen-Interventions-Teams (KIT) und an interdisziplinären Gesprächen, Fallbesprechungen mit allen beteiligten vollzuglichen Instanzen. Suizidpräventiv wirkt das Einrichten eines intensivierten Betreuungssettings (Eingehen auf persönliche Probleme, Anzahl der Kontakte, etc.), dessen praktische Umsetzung sorgfältig abzustimmen ist.

*unkonventionelle Maßnahmen der Suizidprävention nicht ausschließen*

Hilfreich (aber nicht immer zuverlässig) kann zum Beispiel der Abschluss eines „Überlebensvertrages“ sein. Dabei handelt es sich um den Versuch, mit dem suizidalen Patienten einen Vertrag über das Weiterleben (vorerst ggf. mit zeitlicher Befristung) zu schließen. Auch das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse / Wünsche (TV, zusätzliche Frei-

stunde, „Wunschgemeinschaft“) kann eine akute Notsituation entschärfen. „Unkonventionelle Maßnahmen“ sollten nicht ausgeschlossen werden.

### **Konsiliarärzte**

Zur Abklärung einer psychiatrischen Erkrankung und zum Ausschluss somatischer Erkrankungen werden Konsile an Psychiater und andere Fachärzte gegeben. Ambulante oder stationäre Behandlungen, psychologische Betreuung, Psychotherapie und Begutachtungen der Haft- oder Schuldfähigkeit können vom Anstaltsarzt - ggf. nach Absprache mit dem psychologischen Dienst - angeregt oder in Auftrag gegeben werden. Dabei werden auch Hinweise auf Suizidalität wahrgenommen und weitergeleitet und Suizidalität ggf. behandelt.

### **Externe Stellen**

Externe Stellen werden zur Informationsgewinnung und Komplettierung der Krankengeschichte (Hausarzt, Fachärzte, Krankenhaus, Betreuer, Gericht, Anwalt, Angehörige) herangezogen.

## **4.6 Seelsorgerischer Dienst**

In einer Institution, in der Insassen Gefahr laufen, bei Offenbarung psychischer und / oder sozialer Beeinträchtigungen mit Sicherungsmaßnahmen belegt zu werden, haben Seelsorger für Gefangene und insbesondere für Untersuchungsgefangene besonderes Gewicht. Seelsorgerische Betreuung darf Gefangenen nicht untersagt werden.

Wesensmerkmal und Voraussetzung für die Seelsorge im Justizvollzug sind das Beicht- und Seelsorgegeheimnis. Da Gefangene sicher sein können, dass nichts ohne ihre Zustimmung weitergegeben wird, können sie im Vier-Augen-Gespräch offen über ihre Probleme, Nöte und auch

Suizidgedanken sprechen. Der Seelsorger ist in das Regelwerk zwangsläufiger Konsequenzen, zu denen Vollzugsbedienstete bspw. bei Annahme einer Suizidgefahr verpflichtet sind (vgl. Abschnitt 2), nicht eingebunden.

Voraussetzung für die Seelsorge im Justizvollzug sind das Beicht- und Seelsorgegeheimnis

Deshalb müssen Gefangene für sie unangenehme Folgen, wie etwa Monitorzelle, Sicherheitszelle und / oder zeitliche Überwachung nicht fürchten. Der Seelsorger kann im Einvernehmen eine Doppelbelegung anregen, ohne den Hintergrund offenbaren zu müssen.

Der Austausch mit dem Seelsorger eröffnet den Gefangenen die Möglichkeit, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Im geschützten Rahmen der Kirche kann der Seelsorger Einzel- und / oder Gruppengespräche anbieten und in Absprache mit den Gefangenen Kontakt mit Angehörigen, Freunden oder Vertrauten aufnehmen. Der Seelsorger kann bei Konflikten mit Personen innerhalb und außerhalb des Gefängnisses vermitteln und ggf. Sonderbesuche initiieren und begleiten. Die Mitarbeiter der Gefängnisseelsorge arbeiten mit Vollzugsbediensteten zusammen. Dabei kommt ihren Beiträgen wegen Berücksichtigung des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses besonderes Gewicht zu.

Beiträge der Gefängnisseelsorger haben wegen Berücksichtigung des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses besonderes Gewicht

## 4.7 Anstaltsleitung

Unter Beachtung einer gewissen Eigenständigkeit in fachlichen Angelegenheiten der Seelsorger, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter trägt die Anstaltsleitung grundsätzlich die Verantwortung für den gesamten Vollzug. Sie hat i.S. kollegialer Entscheidungsstrukturen Befugnisse delegiert und stellt sicher, dass die Rahmenbedingungen für ein wertschätzendes, stressarmes und aufmerksames Miteinander zwischen Bediensteten und Gefangenen gegeben sind.

Dazu gehören u.a.:

- Geeignete Räumlichkeiten (für Bedienstete und Gefangene) mit entsprechender technischer Ausstattung.<sup>4</sup>
- Bedienstete, die im Erkennen psychischer Auffälligkeiten, in Krisenintervention und Stressbewältigung geschult sind.
- Fortlaufend Sensibilisierungs- und Fortbildungsmaßnahmen für alle Berufsgruppen.
- Für Bedienstete und Gefangene Beistand und soziale Unterstützung in Krisensituationen auch zu ungünstigen Zeiten.
- In der Bewältigung kritischer Situationen (z.B. Aufnahme, Hauptverhandlung, bevorstehende Entlassung) geeignete Maßnahmen der Unterstützung.
- Interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Bediensteten.
- Abwägen der Belange von Bediensteten und Bedürfnissen der Gefangenen.
- Angehörige des psychologischen und ärztlichen Dienstes, die auch außerhalb der Geschäftszeiten zur Verfügung stehen.

---

<sup>4</sup> siehe Empfehlungen Heft 1, Aufnahme von Gefangenen

Die Anstaltsleitung stellt die Rahmenbedingungen für ein wertschätzendes, stressarmes und aufmerksames Miteinander zwischen Bediensteten und Gefangenen.

In der Umsetzung des Vollzugsziels wird die Leitlinie „So viel angemessene Behandlung wie möglich und so viel Sicherheit wie nötig“ verfolgt. Die Behandlungsangebote sind geeignet, auf die jeweils konkrete Situation des Gefangenen abzustellen.

Eine durch die Anstaltsleitung geprägte Kultur respektvollen Umgangs und sozialer Unterstützung trägt entscheidend zur Vermeidung von Suiziden bei.

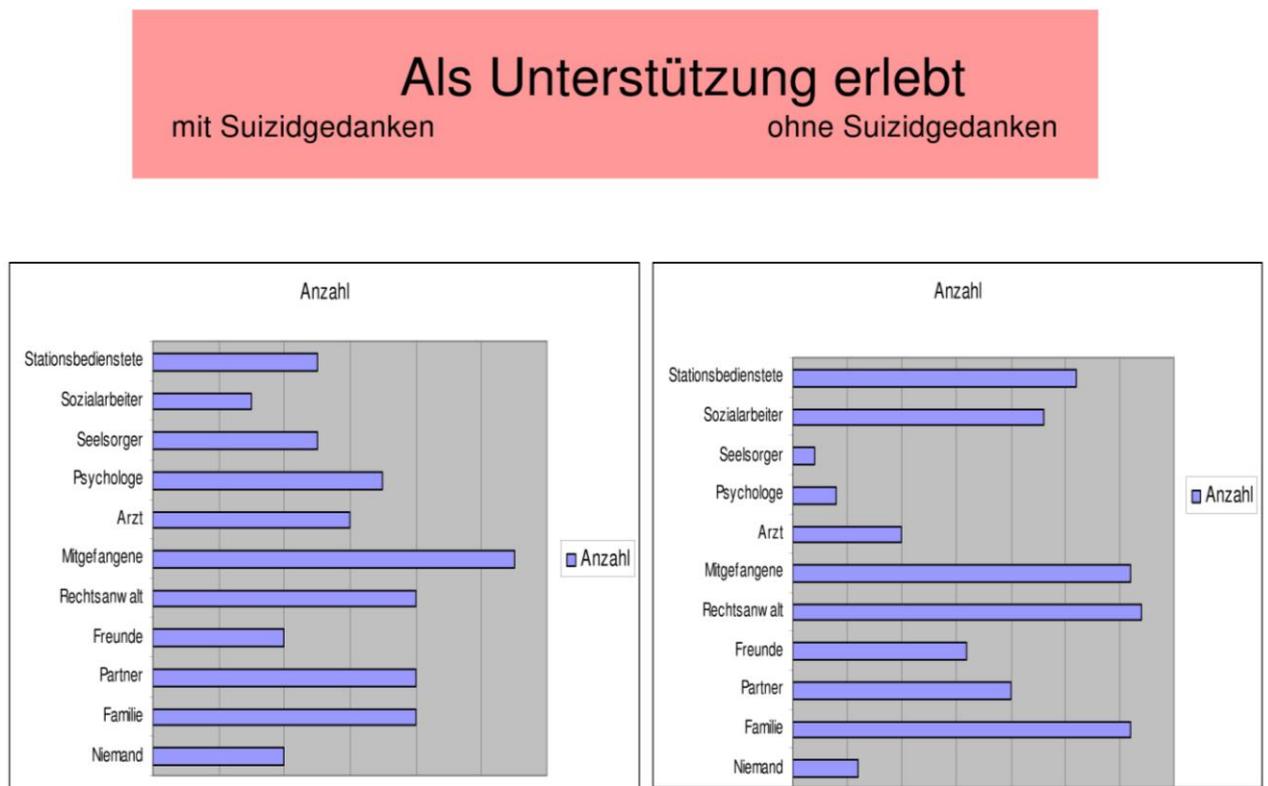
#### **4.8 Mitinhaftierte**

Im vorliegenden Handbuch wurde bereits mehrfach darauf verwiesen, dass die Isolation von Gefangenen ein Suizidrisiko erhöhen kann, Kontakte und Kommunikation hingegen in der Regel eine die Psyche stabilisierende Funktion haben. Neben Bediensteten, die als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, kommt dabei der Gruppe der Mitgefangenen große Bedeutung zu.

In einer Studie des Kriminologischen Dienstes im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges wurden im Jahre 2009 männliche und weibliche Gefangene nach suizidalen Gedanken sowie nach stabilisierenden Faktoren innerhalb der ersten Hafttage befragt. 93 Frauen und 103 Männer haben die Fragebögen ausgefüllt und angegeben, dass sie

die Gruppe der Mitgefangenen als sehr hilfreiche Unterstützung erlebt hatten (Abb. 1).

Abb. 1 Stabilisatoren in der ersten Haftzeit



Mitgefangene können in unterschiedlichen Beziehungen zueinander stehen. Sie sind passive Beobachter, können sich einander zuwenden. Ähnlich wie in einer Selbsthilfegruppe außerhalb der Anstalt sind sie für Neuzugänge wichtige Informanten und Ratgeber, können schwächere Mitglieder unterstützen und ihre Belange vertreten. Für Gefangene, die sich noch orientieren müssen, sind sie grundsätzlich glaubwürdig, weil ihre Interessenlage vergleichbar ist und sie sich in derselben Situation befinden oder befunden haben. Es gilt, die Kontakte unter den Gefangenen zu fördern und die Einschlusszeiten möglichst gering zu halten.

Das bietet auch die Gewähr, eher Kenntnis von nicht förderungswürdigen Aktivitäten zu erhalten und ggf. gegensteuern zu können. Je mehr Kontakt ein Gefangener zu Mitgefangenen haben kann, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, sich mit einem „Leidensgenossen“ aussprechen zu können, was in der Regel als hilfreich empfunden wird.

Für suizidale Gefangene haben die Fachdienstgruppen der psychologischen, seelsorgerischen und ärztlichen Dienste einen deutlich höheren Stellenwert als für nichtsuizidale Gefangene. Mitgefangene stehen jedoch bei erlebter Unterstützung an erster Stelle (Abb. 1).

Der von der Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention in deutschen Haftanstalten“ entwickelte Flyer für Gefangene „Niedergeschlagen? Schlecht drauf?“ soll in erster Linie die Neuzugänge für ihre eigene Situation sensibilisieren und über Hilfsangebote und Ansprechpartner informieren. Sofern der Flyer jedem Neuzugang ausgehändigt wird, wird dadurch jedoch gleichzeitig die Sensibilität der Thematik „Suizidalität“ auch bei Gefangenen geschärft, die selbst keine suizidalen Gedanken haben. Im günstigsten Fall sendet der Flyer damit einen mittelbaren Appell an die Wachsamkeit von Gefangenen untereinander.

In den meisten Haftanstalten wird eine gemeinschaftliche Unterbringung von Gefangenen als mögliche Maßnahme genutzt, suizidalen Tendenzen zu begegnen und entgegenzuwirken. Dabei wird darauf geachtet, dass es sich bei der Auswahl von hinzuzuziehenden Mitinsassen um hierfür geeignete Gefangene handelt. Die Zusammenlegung von zwei suizidal veranlagten Gefangenen ist in der Regel kontraindiziert. Eine Reihe von Faktoren wie beispielsweise Sprache, psychische Verfassung, Sympathie und Freiwilligkeit werden berücksichtigt. Einen höchst professionellen Umgang mit dieser Thematik beschreibt das „Listener Modell“, (vgl. Abschnitt 6.4).

Bauliche Maßnahmen, wie das Schaffen geeigneter Gruppenräume sowie ansprechend gestalteter Gemeinschaftshafträume (vgl. hierzu die Empfehlungen für den Justizvollzug Heft 1 „Die Aufnahme von Gefangenen“), fördern die Kontakte innerhalb der Gefangenenschaft. Einzelne Haftanstalten verfügen zu diesem Zweck über „Begegnungshafträume“, die mit einer Verbindungstür zwischen zwei Hafträumen ausgestattet sind und dadurch eine individuelle Regelung von Nähe und Rückzugsmöglichkeiten der Gefangenen zulassen. Je nach Intensität des eingeschätzten Suizidrisikos können so Abstufungen des Miteinanders von Gefangenen geschaffen werden.

Insgesamt gilt es, einer Isolation von Gefangenen entgegenzuwirken, also „Türen auf“!

## **5. Kommunikations- und Organisationsstrukturen**

Der professionelle Umgang mit Suizidalität setzt Analyse und Optimierung der anstaltseigenen Organisations- und Kommunikationsstrukturen voraus. Dies ist ein dynamischer Prozess, der einer kontinuierlichen Überprüfung bedarf. Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht der Mensch mit seinen Kompetenzen und Bedürfnissen. Diese Feststellung ist wesentlich, um Kommunikationsabläufe optimieren zu können.

*Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Mensch mit seinen Kompetenzen und Bedürfnissen*

## Aufgaben von Führung

Die Kommunikationskultur wird von der Führungskraft vorgegeben und vorgelebt. Sie stellt sicher, dass Kommunikationskanäle für die Nutzer leicht zugänglich sind und auch unabhängig von privaten Beziehungen funktionieren. Kommunikationskanäle können mündlich oder schriftlich, in Papierform oder im Basis-Web, informell oder formell usw. sein. Die Anstalt stellt Kommunikationsräume (Dienstzimmer, Fachdiensträume, Konferenzräume, Pausenräume etc.) bereit, um einen lebendigen Austausch zu fördern, der sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter orientiert, der Anstalt nützt und sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt. Relevante Informationen werden dokumentiert und im Rahmen einer standardisierten Kommunikationsstruktur weitergeleitet.

Zu einer standardisierten Kommunikationsstruktur gehören unter anderem

- ein Konferenzsystem, welches gewährleistet, dass Mitarbeiter verschiedener Professionen oder aus verschiedenen Bereichen regelmäßig zu definierten Zeitpunkten kommunizieren (z.B. Morgenkonferenzen, Abteilungskonferenzen, Fachdienstkonferenzen),
- ein Dokumentationssystem, welches gewährleistet, dass wichtige Informationen dokumentiert und verantwortlichen Personen zugänglich sind (Basis-Web, Screeningbogen, Beobachtungsbögen, angeordnete Sicherungsmaßnahmen im Dienstzimmer leicht erkennbar, lesbare Schrift und Unterschrift, Übergabebücher im Stationszimmer etc.),
- ein Alarmsystem, welches gewährleistet, dass im Notfall zügig relevante Informationen kommuniziert werden (Funksystem, Hand zu Hand-Weitergabe etc.).

Wie, Wann, Wer, Wo, Was in welcher Art und Weise kommuniziert wird, ist festgelegt

Für die Einschätzung von Suizidalität und für die Festlegung und Aufhebung von Sicherungsmaßnahmen ist ein interprofessioneller Austausch zwingend erforderlich. Wie, Wann, Wer, Wo, Was in welcher Art und Weise (sprechen, telefonieren, mailen, schreiben, funken) kommuniziert wird, ist festgelegt.

Im Rahmen der Auswertung von Suiziden (z.B. im Rahmen von Suizidkonferenzen) werden immer wieder kritische Punkte und Defizite in den Organisations- und Kommunikationsabläufen auffallen, die für eine Optimierung der suizidpräventiven Strukturen der Anstalt genutzt werden können. Da ist es hilfreich, wenn sich jede Anstalt ihre Kommunikationsstrukturen z.B. in graphischer Form bewusst macht, um Ansatzpunkte für eine Optimierung zu erkennen.

In folgenden Situationen können Informationsverluste auftreten:

- Bei der Übergabe bei Inhaftierung
- Im Erstgespräch
- Im Informationsaustausch zwischen Fachdiensten
- Im Informationsaustausch zwischen Fachdiensten und Stationsdienst
- In der Kommunikation mit den Gefangenen
- In der Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Gefangenen
- In der Zusammenarbeit mit externen Stellen (z.B. Fachärzte, Gutachter, Betreuer)

- In der Zusammenarbeit mit internen und externen Mitarbeitern (Arbeitsbetriebe, freie Träger für berufliche Fortbildung, Ehrenamtliche etc.)
- Im Rahmen der Informationsweitergabe bei Verlegung
- Im Rahmen der Informationsweitergabe bei Entlassung

## **6. Suizidpräventive Maßnahmen - Modelle von „Best Practice“**

Für fast die Hälfte der Gruppe von 482 Gefangenen, die sich im Zeitraum 2005 bis 2011 das Leben genommen haben, waren im Verlauf der Inhaftierung Sicherungsmaßnahmen angeordnet worden. Für 55 Gefangene bedeutete die Sicherungsmaßnahme Unterbringung im besonders gesicherten Haftraum, dabei lagen für 30 Gefangene dieser Gruppe Hinweise auf Suizidgefahr vor.

Zwangmaßnahmen (bgH oder Kameraüberwachung) werden nur eingesetzt, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, und wenn die notwendige Transparenz und der Respekt gegenüber den seelischen Nöten gewährleistet wird. Bei einer Unterbringung im bgH ist eine Sitzwache vor Ort. Eine Einweisung auf eine psychiatrische Station (z.B. JVKH) wird in jedem Fall geprüft. Die Vorstellung beim Psychiater ist zwingend erforderlich. Zwangsmaßnahmen werden allenfalls als Interimslösung bis zur Vorstellung beim Psychiater eingesetzt.

In Situationen außerhalb der regulären Dienstzeit wird schnellstmöglich ein Fachdienst (Arzt oder Psychologe) hinzugezogen, um angesetzte Zwangsmaßnahmen zeitnah (innerhalb der nächsten 12 Stunden) zu überprüfen.

Es ist bekannt, dass Isolierung und Absonderung nicht dazu beitragen, die angenehmen Seiten des Lebens wahrzunehmen. Aber oft fehlt es an Alternativen, die geeignet sind, zumindest in akuten Gefahrensituationen die Durchführung eines Suizids zu verhindern.

Alternativen zum bgH:

- Suizidpräventionsraum (vgl. Abschnitt 6.3.1)
- Gemeinschaftliche Unterbringung mit zuverlässigen Gefangenen (vgl. Abschnitt 6.4))
- Sitzwache
- Unterbringung bei geöffneter Kostklappe
- Gespräche mit Mitgefangenen ermöglichen
- Haftraum mit Möglichkeit der Telefonseelsorge (vgl. Abschnitt 6.5)

Die beste Maßnahme im Zusammenhang mit Suizidprävention gibt es nicht. Es folgen deshalb Beispiele, deren Angemessenheit in Abhängigkeit von Personen-, Situations- und Umfeldfaktoren überprüft werden müssen. Diese Auflistung versteht sich als Sammlung von Ideen aus der vollzuglichen Praxis, die schnell und ohne großen organisatorischen Aufwand umgesetzt werden können.

*Maßnahmen sind in Abhängigkeit von Personen-, Situations- und Umfeldfaktoren zu ergreifen*

### **Bedingungen für Bedienstete**

- Genügend Zeit und Raum zur Gesprächsführung
- Freundliche Atmosphäre
- Leitfaden für Gesprächsführung
- Regelmäßige Schulung

- Austausch mit Kollegen
- Möglichkeiten, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen

### **Kontakt zum Personal**

- Zweite Meinung einholen, Teamaustausch, Info an alle Bedienstete,
- Einbeziehung des AVD und aller Fachdienste einschl. Medizinischer Dienst und Seelsorger
- Klare Zuständigkeiten definieren
- Sichtkontrollen
- keine Versprechungen, wenn nicht haltbar
- bestimmte Ansprechpartner in Akutsituationen
- Gespräch (niedrigschwelliges Angebot im Haftraum; Rauchen; Kaffee + Kuchen)
- Mindestens Fünf-Minuten-Kontakt am Tag als Zielvorgabe, aber Gespräch suchen nach besonderen Ereignissen (Besuch nicht gekommen, schlechte Nachrichten, Prozessbeginn, Verurteilung, Geburtstag...)
- "über den Hof gehen" / Weite schaffen
- Beziehungsaufbau zum Gefangenen mit dem Ziel, Vertrauen und Perspektiven zu schaffen

### **Kontakt nach außen**

- Kontakt zu Angehörigen beziehungsweise zu für den Betroffenen bedeutsamen Personen ermöglichen (Gespräche, Telefonate, Besuche des Rechtsanwalts / der Jugendgerichtshilfe...)
- Besuche auch außer der Reihe vereinbaren
- Dolmetscher bei Ausländern hinzuziehen

## **Ablenkungsstrategien**

- Längere Aufschlusszeiten
- Auf- / Umschluss
- Beschäftigung, möglichst Vermittlung von bezahlter Arbeit,
- Heranziehung zu „kleinen“ Diensten, z. B. Reinigungsarbeiten im Stationsbereich verrichten lassen
- Kontakt zu Landsleuten ermöglichen
- Kurse, Sportangebote, Bücher vermitteln
- Gedankenaufgaben für den Gefangenen, z.B. Tagebuch etc.
- Gespräche mit Mitgefangenen ermöglichen
- Malkasten und Papier zur Verfügung stellen
- Tierbetreuung übertragen

### **6.1 Screeningverfahren**

Das Screeningverfahren wird zu Beginn des Aufnahmeverfahrens eingesetzt und bietet dem Personal die Möglichkeit, strukturierte Fragen zu wichtigen Bereichen zu stellen. Durch Abfrage bestimmter Kriterien (Alter, Suizidversuch in der Vorgeschichte u.a.) lässt sich feststellen, ob der Gefangene einer Risikogruppe „erhöhte Suizidgefahr“ zuzuordnen ist.

Empfohlen wird der Einsatz von Screeningverfahren bei allen Zugängen, es setzt jedoch intensive und wiederkehrende Schulungen zur Sensibilisierung aller Bediensteten voraus. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Zuordnung eine Art Scheinsicherheit vermittelt. So ist es häufig der Fall, dass Gefangene akut suizidal sind, ohne dass sie der Risikogruppe zugerechnet wurden, oder sie wurden der Risikogruppe zugeordnet, sind jedoch in keiner Weise suizidal.

Zählt ein Gefangener im Rahmen des Screeningverfahrens zu der Risikogruppe oder gibt es andere Hinweise auf Suizidalität, werden die in der Anstalt festgelegten Vorgaben des weiteren Prüfverfahrens (Einschaltung von weiteren Bediensteten) angewendet.

### **Leitlinien zur Durchführung eines Screeningverfahrens**

Ein Screeningverfahren wird sofort nach Ankunft des Gefangenen im Rahmen eines Erstgesprächs durchgeführt. Da das Suizidrisiko in den ersten Stunden der Inhaftierung besonders hoch ist, wird jede Verzögerung vermieden.

Voraussetzung ist eine ablenkungsfreie Gesprächssituation (kein Zeitdruck, ansprechend ausgestatteter Raum).

Der Gefangene wird als Person in seiner spezifischen Situation erfasst und ernstgenommen. Wertungen, Belehrungen oder Vorwürfe sind nicht angebracht.

Um die Kommunikation mit dem Gefangenen zu erleichtern und angemessene Maßnahmen treffen zu können, wird er nach seiner Befindlichkeit befragt. Er erhält Informationen, die ihm die Orientierung in der Haftsituation erleichtern und Unsicherheiten abbauen.

Neben den sprachlichen Äußerungen werden nonverbale Signale (Mimik, Gestik etc.) und eigene intuitive Wahrnehmungen („Bauchgefühl“) berücksichtigt. Unabhängig vom Ergebnis eines Screeningverfahrens werden Signale beachtet. Hinweisen auf Suizidgedanken, auf Perspektiv- und Hilflosigkeit wird nachgegangen. Die Anwendung ersetzt nicht den sensiblen und aufmerksamen Umgang mit den Gefangenen über den Erstkontakt hinaus.

## **Beispiele für Screeningverfahren**

Die nachfolgenden Checklisten stellen exemplarisch wissenschaftlich fundierte Screeningverfahren dar:

Dahle, K.P., Lohner, J. & Konrad, N. (2005). Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4, 53-62

Blaauw, E., Kerkhof, A. J. F. M., Winkel, F. W., & Sheridan, L. (2001). Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *British Journal of Forensic Practice*, 3, 22-28

VISCI – Vienesse Instrument for Suicidality in Correctional Institutions, *Psychiatrische Praxis* 2007

## **6.2 Fallkonferenzen und Suizidkonferenzen**

Die Durchführung von Fallkonferenzen ist ein wichtiges Instrument im Rahmen suizidpräventiver Maßnahmen.

- Fallkonferenz wird als Beratung verstanden, in denen die künftige Vorgehensweise in der Behandlung und Betreuung des suizidgefährdeten Gefangenen besprochen wird.
- Das Zusammenkommen aller an der Behandlung beteiligten Personen, ermöglicht den Austausch der Informationen sowie die Abstimmung der erforderlichen Maßnahmen.
- Teilnehmer an Fallkonferenzen: Vollzugs- / Abteilungsleiter, Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Seelsorger, Stationsbediens-

tete, ggf. Lehrkraft, Mitarbeiter aus dem Werkdienst (je nach Tätigkeit des Gefangenen)

- Durch diese interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit wird ein umfassendes Fallverständnis erarbeitet.
- Individuelle Ziele im Behandlungsverlauf werden definiert.
- Rollen und Verantwortlichkeiten werden festgelegt.
- Vereinbarungen und durchgeführte Interventionen werden dokumentiert.

### **6.2.1 Suizidkonferenzen**

- Eine Sonderform der Fallkonferenz ist die Suizidkonferenz. Sie findet zeitnah nach einem Suizid oder einem schwerwiegenden Suizidversuch statt.
- Teilnehmer sind alle betroffenen Bediensteten. Die Teilnahme ist freiwillig.
- Moderiert wird die Suizidkonferenz von anstaltsfremden Personen (z. B. Angehörige eines Kriseninterventionsdienstes, Mitglieder der Arbeitsgruppe „Suizidprävention“ des jeweiligen Bundeslandes, Supervisoren).
- Die Suizidkonferenz wird unter der Prämisse einer „positiven Fehlerkultur“ durchgeführt. Sie dient der Abklärung und Darstellung des Geschehens ohne Rechtfertigungsnot.
- Als Einstieg hat sich die Frage „Warum ist der Suizid JETZT geschehen?“ bewährt. Dazu berichtet jeder seine Sichtweise.

- Die Moderatoren versuchen durch entsprechende Fragen das Gehörte noch einmal zu reflektieren und zu verdeutlichen.
- Die Suizidkonferenz dient auch der Fürsorge für die Bediensteten. Bei Bedarf finden zusätzlich Einzelberatungen statt (Krisenintervention).
- Die Anstaltsleitung, wird über den Inhalt der Konferenz insoweit unterrichtet, als sich daraus Maßnahmen allgemeiner Art ableiten. Eine schuldhafte Pflichtverletzung prüft die Anstaltsleitung gesondert.
- Die Erkenntnisse aus Suizidkonferenzen werden in länderspezifischen Arbeitsgruppen ausgewertet und gegebenenfalls als neue Empfehlung in die Suizidprävention eingebracht.

### **6.3 Unterbringung der Gefangenen**

Die *angemessene* Unterbringung von Gefangenen, die sich in einer Krise befinden, stellt hohe Anforderungen an die für die Entscheidung Zuständigen. Der Gefangene soll nicht isoliert und in seiner Krise allein gelassen werden. Gleichzeitig ist er soweit sicher unterzubringen, dass er sich nicht - oder nur unter erschwerten Bedingungen - das Leben nehmen kann. Generell kommen folgende Möglichkeiten der Unterbringung infrage:

- Längerfristige Gemeinschaftsunterbringung
- Temporäre Nachtverlegung mit / zu anderen Gefangenen, Listenermodell (vgl. Abschnitt 6.4)

- Zur Nachtzeit Unterbringung im kameraüberwachten Haftraum, am Tag normale Teilnahme am Tagesablauf
- Unterbringung in einem Haftraum mit Möglichkeit der Telefonseelsorge (vgl. Abschnitt 6.5)
- Verlegung in andere Vollzugsabteilung, wenn Probleme im Stationsbereich auftreten
- In ganz besonderen Konstellationen können als Ultima Ratio Einzelunterbringung mit Überwachung oder Unterbringung im bgH erforderlich sein

Unter Berücksichtigung der psychischen Belastung eines im bgH Unterbrachten bietet sich die Einrichtung eines *Suizidpräventionsraumes* an.

### **6.3.1 Suizidpräventionsraum**

Der Suizidpräventionsraum ist ein Haftraum mit freundlicher Ausstattung im medizinischen Bereich, wenn dieser 24 Stunden besetzt ist bzw. dort, wo immer eine Nachtschicht vor Ort ist, um eine 24 Stunden Kontrolle (unregelmäßig, mindestens alle 15 Minuten über geöffnete Kostklappe) oder Sitzwache für akut suizidale Gefangene durchzuführen.

Räumliche Gestaltung:

- Große Nähe zum Dienstzimmer in Abhängigkeit von der Nachtdienstordnung
- Sichtfenster zu einem neutralen Raum / Dienstzimmer mit einem Fensterflügel für den direkten Gesprächskontakt und einem Vorhang aus Vertikallamellen auf der Dienstzimmerseite. Das gesamte Fensterelement ist durchbruchhemmend nach DIN EN 1627 Wi-

derstandsklasse RC 2 oder RC 3 (früher WK 2 oder WK 3) konstruiert. Die Verglasung ist nur einseitig durchsehbar. Das Fenster ist so groß zu wählen, dass tote Winkel (Schenkellänge max. 40 cm) vermieden werden.

- Der Raum erhält keine abgeschlossene Nasszelle, aber eine halbhohe Schamwand zu den Sanitäreinrichtungsgegenständen, damit bei einem Blick durch das Sichtfenster der Schutz des Intimbereichs gewährleistet bleibt. In die Trennwand zum Schlafbereich wird der Fernseher eingebaut (siehe Musterplanung im Anhang).
- In einem Installationsschacht, der nur vom Flur zugänglich ist, kann die gesamte Technik des Raumes gesteuert werden. In diesem Schacht sind ebenfalls der WC Spülkasten und der Geruchsverschluss des Waschbeckens untergebracht.
- Waschbecken und WC sind vandalensicher<sup>5</sup>, z. B. aus Edelstahl. Der Spiegel aus Sicherheitsglas wird wandbündig eingelassen. Beleuchtung und Steckdosen sind vandalensicher angebracht, Handtuch- und Kleiderhaken klappbar.
- Raumbeleuchtung ist vandalensicher und vom Dienstzimmer bzw. Flur aus dimmbar. Die Bettbeleuchtung ist auch vom Gefangenen schaltbar. Im Tischbereich sind drei vandalensichere Steckdosen.
- Neben der normalen Zellentür mit Insassenschließung und Kostklappe befindet sich die Zellenkommunikationsanlage.
- Der Fernseher mit eingebautem Radio einschließlich der Lautsprecher wird vandalensicher eingebaut bzw. geschützt. Bedienung

---

<sup>5</sup> „vandalensicher“ steht für „geschützt vor Zerstörung“

durch eine separate Fernbedienung und / oder mittels Touchscreen.

- Der Raum erhält eine regelbare Be- und Entlüftungsanlage mit Wärmerückgewinnung zur Raumbeheizung. Dadurch ist es problemlos möglich, ein ASD (Rauchansaug-) System einzubauen. Brände können so frühestmöglich erkannt werden.
- Auf den Einbau von zu öffnenden Fenstern kann in diesem Fall verzichtet werden. Das Fenster erhält eine Festverglasung durchbruchhemmend nach DIN EN 1627 Widerstandsklasse RC 2 oder RC 3 (früher WK 2 oder WK 3). Dadurch kann die Vergitterung entfallen.

Der Sonnenschutz, der gleichzeitig der Verdunklung dient, ist außen liegend und kann auch vom Gefangenen bedient werden. Eine Möglichkeit zum Aufhängen von Vorhängen ist vorhanden (Details siehe Empfehlungen, Heft I).

- Bodenbelag: Linoleum oder Kautschuk mit „meditativem“ Muster.
- Decke und Wände sind glatt ohne Vor- Rücksprünge; keine sichtbaren Rohrleitungen usw. Für die Farbgestaltung sind warme Farben vorzusehen. Die Wände im Wohn- Schlafbereich können farblich gegenüber dem Nassbereich abgesetzt werden.
- Der Wandschmuck sollte möglichst viele Sinne ansprechen z. B. meditative Bilder, Seerosenbilder von Monet, Labyrinth oder ähnlichem. Schutz und Befestigung sind vandalensicher.
- Ausstattungsgegenstände: Bett, Matratze, Wandschutz im Bettbereich, Stuhl, Ablage und Tisch

- Die Ausstattung / Möbel sind grundsätzlich aus Holz, alles vandalensicher befestigt und ohne Versteckmöglichkeiten konstruiert.

Neben diesen schnell zu realisierenden Maßnahmen werden im folgenden Abschnitt zwei Projekte vorgestellt, die ein höheres Maß an organisatorischer und technischer Vorbereitung und Begleitung erfordern: Der Einsatz von Listeners und die Telefonseelsorge für Gefangene.

#### **6.4 Listener**

Listeners stehen Mitgefangenen in Krisensituationen als geschulte Gesprächspartner zur Verfügung, insbesondere im Zusammenhang mit der Suizidprävention. Nach dem peer-to-peer-Prinzip erfolgt das Engagement der Listener ehrenamtlich ohne Bezahlung. Sie werden sorgfältig ausgewählt und auf ihre Einsätze vorbereitet, sowohl durch die Vermittlung von Wissen als durch praktische Rollenspiele. Im Zentrum stehen dabei Grundsätze der Gesprächsführung und der Krisenintervention, aber auch die Reflexion über eigene Erfahrungen mit Krisen und Suizidalität. Die Einsätze werden in der Gruppe der Listener, bei Bedarf auch einzeln nachbesprochen.

Mit Einverständnis des Neuzugangs und nach Abklärung durch den Anstaltsarzt kann eine Unterbringung für eine Nacht mit einem Listener erfolgen

Erstmalig wurden die Listeners im britischen Strafvollzug eingesetzt. Eine Übernahme im deutschsprachigen Raum erfolgte durch die Justizanstalt Innsbruck ab dem Jahr 1999, später durch andere Anstalten in Österreich (Fuchs, 2001). Der erste systematische Einsatz in einer deutschen Justizvollzugsanstalt erfolgt seit 2011 in der JVA München und wird hier kurz beschrieben (ausführlich: Lohner & Pecher, 2012).

Im Rahmen des Zugangsgesprächs durch Fachdienste wird in der JVA München ein (halb-)standardisiertes Suizidscreening durchgeführt. Bei der Einschätzung als latent suizidal oder drohender Entwicklung von Suizidalität kann mit Einverständnis des Neuzugangs und nach Abklärung durch den Anstaltsarzt eine Unterbringung für eine Nacht mit einem Listener erfolgen. Akut suizidale Gefangene kommen für die Listener-Einsätze nicht in Betracht, sondern werden sofort ärztlich betreut. Für die Listener-Einsätze wird ein Doppel-Haftraum vorgehalten. Es handelt sich hierbei um eine sog. „Durchbruch-Zelle“, die durch die Herausnahme der Zwischenwand zweier Einzelhafträume entstand. In einem „Listener-Koffer“ stehen Materialien zur Verfügung, die die Durchführung der Einsätze erleichtern können: Schreibzeug, Spiele, Wasserkocher, Kaffee, Tabak. Im Vorfeld wurde durch die Anstaltsleitung eine Verfügung erlassen, die die Modalitäten eines Listener-Einsatzes regelt. Insbesondere das Prozedere, aber auch wie ein Einsatz zustande kommt, und wie vorzugehen ist, wenn ein Listener einen Einsatz während der Nachteinchlusszeit abbricht. Diese Möglichkeit wird jedem Listener-Gefangenen eingeräumt, damit es nicht zu einer andauernden und für den Listener nicht mehr kontrollierbaren Überforderungssituation kommt. Bisher wurde von dieser Möglichkeit noch nicht Gebrauch gemacht.

Die Listener-Gruppe besteht aus vier bis sechs Therapieteilnehmern der Sozialtherapeutischen Abteilung Gewaltdelikte. Durch ihren Einsatz kön-

nen sie auch im Hinblick auf ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung profitieren. Therapeutische Effekte für die Listener können sein: Erweiterung der Empathiefähigkeit, Ausbau der sozialen Kompetenz, Stärkung des Selbstwerterlebens, realistische Einschätzung eigener Möglichkeiten, Stärkung prosozialer Werte (vgl. Seitz, 2012).

Bei den Einsätzen wird versucht, ein gewisses Matching zwischen Listener und Neuzugang herzustellen, d.h. die Fachdienste der sozialtherapeutischen Abteilung, die die Listener kennen, versuchen sich ein Bild darüber zu machen, welche Konstellation am besten „passt“ (z.B. bezüglich Alter, Temperament, möglicher Überforderung). .

Die Betreuung durch den Listener bewirkt einen deutlichen akuten, aber auch einen spürbaren länger andauernden Effekt bezüglich der Stimmungslage

Die ersten 20 Einsätze (März bis Dezember 2011) wurden evaluiert (anhand freiwillig ausgefüllter Fragebögen des Listeners und des betreuten Neuzugangs). Das Durchschnittsalter der betreuten Neuzugänge betrug 32,0 Jahre. 17 Gefangene befanden sich in Untersuchungshaft, 3 in Strafhaft. 17 Gefangene waren zum ersten Mal inhaftiert; 3 zum zweiten Mal. 3 Gefangene gaben an, in ihrem Leben schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben, der aber nicht in Zusammenhang mit der aktuellen Inhaftierung steht. 6 berichteten, seit der jetzigen Festnahme an Suizid gedacht zu haben. Sowohl der betreute Neuzugang als auch der Listener sollten Einschätzungen zum Befinden abgeben. Auf einer 5-stufigen Skala von „sehr schlecht“ bis „gut“ hat sich sowohl aus

Sicht des Listeners als auch des Betroffenen das Befinden des Betreuten um etwa zwei Stufen verbessert. Beim Ausfüllen des Fragebogens (i. d. R. zwei Tage nach dem Einsatz) hatte sich die Stimmung bei dem betreuten Gefangenen wieder etwas verschlechtert, fiel aber bei weitem nicht auf den ursprünglichen Stand zurück, sondern war immer noch mindestens eine Stufe über dem Befinden vor dem Listener-Einsatz. Es deutet sich also an, dass die Betreuung durch den Listener einen deutlichen akuten, aber auch einen spürbaren länger andauernden Effekt bezüglich der Stimmungslage bewirkt. Im Fragebogen für den Listener wurde auch sein eigenes Befinden im Hinblick auf den zu betreuenden Neuzugang abgefragt. Auch das Gefühl des Listeners hatte sich nach dem Einsatz um eine Stufe verbessert, was wohl so zu deuten ist, dass sich das Gelingen des Betreuungsgesprächs auch in der eigenen Emotionalität des Listeners niederschlägt. Auf die Frage „Was hat Ihnen im Gespräch mit dem Listener geholfen?“ fanden sich folgende Antworten (z. T. zusammengefasst und gekürzt): Eindruck, verstanden zu werden; Informationen bzgl. der Gegebenheiten und Möglichkeiten innerhalb der JVA; Rat und Hilfe betreffs Anträgen; Ängste und Unsicherheiten wurden genommen; Eingehen auf die persönliche Situation; Hilfe bei Gedanken, wie es weitergeht; Hohe Wertschätzung der Person; Mit jemandem offen reden; Mit Angst vor der Haft besser umgehen; Gemeinsame Interessen; Umfangreiches Gespräch mit jemandem auf Augenhöhe; Ratschläge; Hoffnung gegeben; Zukünftige Perspektiven; Listener machte professionellen Eindruck: Erfahren, ruhig, geduldig.

*Auch das Gefühl des Listeners hat sich nach dem Einsatz verbessert*

Für die Ausbildung der Listeners wurde von Studenten der Sozialen Arbeit inzwischen ein manualisiertes Programm zusammengestellt (Hochschule Landshut, 2012).

## 6.5 Telefonseelsorge für Gefangene

Telefonseelsorge für Gefangene ist die Möglichkeit zur Nachtzeit ein Gespräch mit einer Seelsorgerin / einem Seelsorger zu führen. Dafür steht dem Gefangenen im Haftraum ein Telefon zur Verfügung, das nur für die Verbindung zum Seelsorger geschaltet werden kann.

*Drei von zehn Untersuchungsgefangenen haben innerhalb der ersten Hafttage an Suizid gedacht*

Die Telefonseelsorge für Gefangene wird seit März 2010 neu aufgenommenen Untersuchungsgefangenen in niedersächsischen Justizvollzugsanstalten angeboten. Anlass war eine hohe Anzahl von Suiziden, die bundesweit meist in den ersten Tagen nach der Inhaftierung von Untersuchungsgefangenen zur Nachtzeit begangen worden waren. Im Rahmen einer Befragung von Untersuchungsgefangenen 14 Tage nach ihrer Inhaftierung, räumten drei von zehn Untersuchungsgefangenen ein, innerhalb der ersten Hafttage an Suizid gedacht zu haben (Bennefeld-Kersten, 2010). Dass die zuständigen Bediensteten in den meisten Fällen kein Suizidrisiko hatten erkennen können, ist nicht ungewöhnlich. Zum einen, weil sie in der kurzen Zeit nur wenig Erfahrungen im Umgang mit den Inhaftierten sammeln konnten, zum anderen ziehen es Gefangene in der Regel vor, ihre Suizid-Überlegungen für sich zu behalten, lau-

fen sie doch Gefahr, mit Sicherungsmaßnahmen – bis hin zur Unterbringung in der Absonderung / Sicherheitsstation - belegt zu werden. Nun macht es die Telefonseelsorge für Gefangene möglich, dass sie „folgenlos“ über ihre Suizidgedanken sprechen können, ohne dass die Fürsorgepflicht der Bediensteten berührt wird.

In jeder Nacht können Gefangene in der Zeit von 21 Uhr bis 6 Uhr anonym mit einer Gefängnisseelsorgerin / einem Gefängnisseelsorger sprechen. Dafür hat die niedersächsische Gefängnisseelsorge einen Bereitschaftsdienst eingerichtet, der in dieser Zeit zur Verfügung steht.

*Gefangene, die Suizid thematisiert haben, haben das Angebot der Telefonseelsorge für Gefangene häufiger in Anspruch genommen*

Insgesamt wurden von März 2010 bis Dezember 2012 390 Stunden telefoniert, sozusagen 16 Tage Tag und Nacht. Die meisten von den Gefangenen angesprochenen Themen drehten sich um Ängste: Angst vor dem Prozess, Angst vor der Öffentlichkeit, Angst vor dem Vollzug, Verlustängste etc. Aber auch psychische Beeinträchtigungen und die Frage nach dem Sinn des Daseins beschäftigten viele Anrufer. In 7 von 100 Gesprächen wurde Suizid thematisiert, von dieser Gruppe wurden deutlich mehr Themen angesprochen als von Anrufern ohne Suizidthema. Sie haben auch häufiger von psychischen Beeinträchtigungen, Suchtproblemen und Ängsten berichtet und sich intensiver mit der Sinnfrage und Straftat beschäftigt. Erfreulicherweise nahm jedoch auch diese Gruppe das Angebot der Telefonseelsorge für Gefangene häufiger in Anspruch und war emotional gut ansprechbar. Die Auswertung der Dokumentationen spricht dafür, dass dieses Gesprächsangebot gut geeig-

net ist, Personen in kritischen Phasen (zu kritischen Zeiten) beizustehen und dadurch möglicherweise einer weiteren suizidalen Entwicklung zu begegnen. Es ist aber auch davon auszugehen, dass Personen, die bereits zum Suizid entschlossen sind, sich also in der Entschlussphase einer suizidalen Entwicklung befinden, auch mit der Telefonseelsorge für Gefangene nur schwer zu erreichen sind. Sei es, dass sie das Angebot gar nicht nutzen, sei es, dass sie sich auch in einem Gespräch nicht auf Alternativen einlassen können. Umso wichtiger ist es, suizidalen Entwicklungen im Frühstadium zu begegnen.

*Suizidprävention trägt dazu bei, ein Leben bis zum Sterben zu ermöglichen. Die Gefängnisse sind keine Hospizeinrichtungen, aber deren Wahlspruch „Wir können dem Leben nicht mehr Tage geben, aber den Tagen mehr Leben“ trifft die Ziele der Suizidprävention im Gefängnis ziemlich genau. Wir bleiben dran!*

*Danke für Ihr Interesse.*

*Für die BAG Suizidprävention im Justizvollzug*

*Katharina Bennefeld-Kersten*

## Literatur

Bennefeld-Kersten K (2009). Ausgeschieden durch Suizid - Selbsttötungen im Gefängnis. Zahlen, Fakten, Interpretationen. Lengerich, Pabst Science Publishers.

Bennefeld-Kersten K (2010). Niemand nimmt sich gern das Leben – Ein Gespräch kann Leben retten. Telefonseelsorge für Gefangene. Celle: Kriminologischer Dienst.

Bennefeld-Kersten K (2012). Suizide von Gefangenen in Deutschland 2000 bis 2010. Bericht des Kriminologischen Dienstes im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges in Zusammenarbeit mit NASPRO Deutschland.

Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM (2001). Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 28(3): 279-299.

Borrill J (2002). Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *British Journal of Forensic Practice*, 4(4): 30-38.

Bronisch, T (2007). Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 5. Aufl.; München, C. H. Beck

Bronisch T & Hegerl U (2011). Suizidalität. In: Möller, Laux, Kapfhammer: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Bd. 2, 4. Aufl., Heidelberg, Springer, S. 1469-1501

Fazel S, Danesh J (2002). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359: 545-550.

Frottier P, Frühwald S, Ritter K, Eher R, Schwärzler J, Bauer P (2002). Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37: 68-73.

Fuchs S (2001). Suizidprävention im Strafvollzug - Ein konkretes Projekt in der Justizanstalt Innsbruck. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 50, 109-112.

Giernalczyk T (2003). Lebensmüde. Hilfe bei Suizidgefährdung. 2. Aufl.; Tübingen, dgvt-Verlag

Hayes L (2006). Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puiasis, Clinical Practice in Correctional Medicine. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 317-328.

Hayes L (2005). Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26(3): 146-148.

Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E (1995). Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 39(3): 190-209.

Konzeptpapier der Untersuchungshaftanstalt Hamburg: Suizidprophylaxe in der Untersuchungshaftanstalt „Suizidalität erkennen, verstehen, verhindern und verarbeiten“

Liebling A (1994). Suicide amongst Women Prisoner. Howard Journal of Criminal Justice, 33 (1), 1-9.

Liebling A (2006). The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In: Dear GE. Preventing suicide and other self-harm in prison. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 16-28.

*Listener:*

Seitz K. (2012). Therapieeffekte für die Listener. Unveröffentlichte Bachelor- Arbeit im Fach Psychologie an der Universität Bamberg. Hoch-

schule Landshut, Fakultät Soziale Arbeit (2012). Listener-Projekt – Das Manual. Weitere Informationen zum Projekt: [wilhelm.pecher@jva-m.bayern.de](mailto:wilhelm.pecher@jva-m.bayern.de). Bezug des Schulungs-Manuals: [lohner@fh-landshut.de](mailto:lohner@fh-landshut.de).

Lohner J & Pecher W (2012). Teilnehmer der Sozialtherapie als „Listeners“ im Rahmen der Suizidprävention – Hilfe für „beide Seiten“. In: Wischka B., Pecher W. & van den Boogaart H. (Hrsg.), Behandlung von Straftätern – Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung, S. 581-593.

Mackenzie N, Oram C, Borrill J (2003). Self-inflicted deaths of women in custody. *British Journal of Forensic Practice*, 5(1): 27-35.

Marcus P, Alcabes P (1993). Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 256-261.

Metzner J, Hayes L (2006). Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: R Simon, R Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 139-155.

Paton J, Jenkins R (2005). Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: University Press, 307-334.

Pohlmeier H. (1983). *Selbstmord und Selbstmordverhütung*. 2. Aufl.; München, Urban & Schwarzenberg

Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 368: 119-123.

Rabe K & Konrad N (2010). Aktuelle Aspekte des Gefängnissuizids. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 4, S: 182-192

Riecher-Rössler A u.a. (Hg.) (2004). Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen, Hogrefe

Ringel E (1987). Selbstmordverhütung. 4. Aufl; Frankfurt, Fachbuchhdg. für Psychologie

Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L (2004). Suicide by prisoners: national clinical survey. British Journal of Psychiatry, 184: 263–267.

Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. International Journal of Law and Psychiatry, 28(3): 207-221.

Winkler GE (1992). Assessing and responding to suicidal jail inmates. Community Mental Health Journal, 28(4): 317-326.

Wolfersdorf M (2008). Suizidalität. In: Der Nervenarzt, 11, 79, S. 1319-1336

Wolfersdorf M (2008). Depression. Die Krankheit bewältigen. Bonn, Balance Buch u. Medien Verlag

Wolfersdorf M u. a. (Hg.) (2008). Suizidalität. Verstehen, Vorbeugen, Behandeln. Regensburg, S. Roderer

## Anhang 1 Mitglieder der BAG Suizidprävention (Stand: Jan. 2013)

Baden-Württemberg	Kriminologischer Dienst	Dr. Obergfell-Fuchs, Joachim
Bayern	JVA München JVA Bayreuth	Dr. Pecher, Willi Ralf Grigoleit
Berlin	Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz	Abraham, Kai
Brandenburg	JVA Brandenburg	Schröder, Johanna Scholz, Marian
Bremen	JVA Bremen	Müller, Martina
Hamburg	UHA Senatsverwaltung	Gold, Jan Thiel, Andreas
Hessen	JVA Butzbach Hess. Ministerium der Justiz, für Integration und Europa JVA Kassel 2, Sozialtherapeutische Anstalt	Dix-Wetz, Maren Fuchs-Jürgens, Esther Thalmann, Thomas
Mecklenburg-Vorpommern	JVA Bützow	Kötz, Jens
Niedersachsen	Kriminologischer Dienst/ Fachbereich Gesundheit und Beratung Führungsakademie	Ansorge, Nicole Koch, Rolf
Nordrhein-Westfalen	JVA Düsseldorf Ministerium der Justiz	Bader, Daniel Krumstiek, Andreas
Rheinland-Pfalz	Justizministerium	Dr. Steitz, Tina
Saarland	JVA Saarbrücken JVA Ottweiler	Breuer, Peter Bauer, Marco
Sachsen	JVA Leipzig / Kriminologischer Dienst Sachsen	Dr. Meischner-Al-Mousawi, Maja
Sachsen-Anhalt	JA Raßnitz	Schumann, Heike
Schleswig-Holstein	JVA Lübeck	Börn, Britta
Thüringen	JVA Goldlauter JVA Gera	Schneider, Christiane Künzel, Heike
Extern	Hochschule Landshut BAGÄP Facility Management Hude Institut für Suizidforschung	Prof. Dr. Lohner, Johannes Annegret Pfundstein Prof. Rademacher, Klaus Dr. Katharina Bennefeld-Kersten

## Anhang 2

## Modell eines Suizidpräventionsraums



Entwurf: Prof. Klaus Rademacher

Rückfragen zur konzeptionellen Suizidprävention an:

**Dr. Katharina Bennefeld-Kersten**

[suizidforschung@gmx.de](mailto:suizidforschung@gmx.de)

Tel.: 0157 8694 5339

**Nicole Ansorge**

Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges

Kriminologischer Dienst

Fuhsestrasse 30

29221 Celle

[Nicole.Ansorge@justiz.niedersachsen.de](mailto:Nicole.Ansorge@justiz.niedersachsen.de)

[www.bi-jv.niedersachsen.de](http://www.bi-jv.niedersachsen.de)

Tel: 0 51 41 / 59 39 - 402

Fax: 0 51 41 / 59 39 - 410

Rückfragen zur baulichen Suizidprävention an

**Klaus Rademacher**

**Prof. Dipl. Ing. Architekt**

Fachgebiet:

Facility Management, Baukonstruktion,

Ablaufplanung, Justizvollzugsanstalten

Gartenstraße 1a 27798 Hude

[g-k-Rademacher@t-online.de](mailto:g-k-Rademacher@t-online.de)

Mobil 01709683526

Fax 04408807430

Literaturhinweise:

Weiterführende Informationen und Ergebnisse der Arbeitsgemeinschaften Suizidprävention im Justizvollzug sind erhältlich beim Herausgeber.