

# **BAG** **SUIZIDPRÄVENTION**

Empfehlungen für den Justizvollzug

**Heft V**

Screeningverfahren

erarbeitet von der



## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Grundsätze zu Suizidalität und Suizidrisiko im Gefängnis .....</b>                                     | <b>3</b>  |
| 1.1. Wer ist besonders gefährdet? .....  | 3         |
| 1.2. Wann ist jemand akut gefährdet? .....   | 7         |
| 1.3. Empfehlungen für die Einschätzung der Basissuizidalität und der<br>akuten Suizidalität .....            | 9         |
| <b>2. Was ist ein Screeningverfahren? Möglichkeiten und Grenzen .....</b>                                    | <b>9</b>  |
| <b>3. Haftbeginn .....</b>   | <b>10</b> |
| 3.1. Wer führt das Screeningverfahren wann durch?.....   | 10        |
| 3.2. Was soll das Screeningverfahren erfassen? .....   | 11        |
| 3.3. Was ist beim Einsatz eines Screeningverfahrens zu beachten?.....  | 11        |
| 3.4. Richtlinien zur Gestaltung eines Erstgespräches .....   | 12        |
| <b>4. Haftverlauf.....</b>   | <b>12</b> |
| 4.1. Monitoring der Gefangenen mit deutlich erhöhter Basissuizidalität.....                                  | 13        |
| 4.2. Überprüfung suizidaler Entwicklung bei kritischen Lebens- oder<br>Vollzugsereignissen .....             | 15        |
| 4.3. Überprüfung der Suizidalität bei externen Hinweisen .....   | 16        |
| 4.4. Anlassunabhängiges Monitoring.....  | 16        |
| <b>5. Konsequenzen von Feststellungen .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>6. Empfehlungen zur Dokumentation .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>7. Implementierung von Screeningverfahren/Fortbildung zum Einsatz<br/>    von Screeningverfahren.....</b> | <b>19</b> |
| <b>8. Glossar .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>Anhang.....</b>   | <b>21</b> |

### **Ein Hinweis vorab:**

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*

## 1. Grundsätze zu Suizidalität und Suizidrisiko im Gefängnis

In der Praxis der Justizvollzugsanstalten werden viele unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, um die verschiedenen suizidalen Zustände eines Menschen zu beschreiben. Dazu gehören z. B. Basissuizidalität, Suizidgefahr, Suizidrisiko, latente und akute Suizidalität, passive und aktive Suizidalität. Dabei kann grundsätzlich unterschieden werden zwischen:

- **Wer ist besonders gefährdet,**

d. h. wer hat ein Risiko für zukünftig suizidale Gedanken und/oder Handlungen? Dies leitet sich aus der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe bzw. dem Vorliegen von Risikofaktoren ab (siehe Kapitel 1.1.).

- **Wann ist jemand akut gefährdet,**

d. h. wie ist die Ausprägung des aktuellen psychopathologischen Zustandes von Suizidalität (siehe Kapitel 1.2.)?

### 1.1. Wer ist besonders gefährdet?

Der Begriff des Suizidrisikos wird im Vollzugsalltag auf zwei Ebenen verwendet. Zum einen als Ausdruck einer Akutsituation (siehe auch 1.2.), zum anderen als statistisches Suizidrisiko, das sich aus der Zugehörigkeit zu einer Hochrisikogruppe, wie z. B. Alter, Geschlecht, Erkrankung ableitet. Die Suizidrate von Personen, die Hochrisikogruppen angehören, liegt in der Regel über der Suizidrate der Allgemeinbevölkerung (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011). Mit Suizidrate ist die Anzahl der Suizide pro 100.000 Personen innerhalb eines Jahres gemeint. Diese Berechnungsmethode wird genutzt, um eine Vergleichbarkeit über lange Beobachtungszeiträume oder zwischen bestimmten Gruppen (z. B. Länder) zu ermöglichen.

Für den Justizvollzug wird die Suizidrate bezogen auf die bundesweite Gefangenenbelegung an einem Stichtag berechnet. Alternativ können Suizidraten auch im Verhältnis zur Zahl der Neuzugänge berechnet werden (z. B. Suhling & Dietzel 2018). Grundsätzlich ist es problematisch, Suizidraten außerhalb des Vollzuges mit Suizidraten innerhalb des Vollzuges zu vergleichen, da sich im Justizvollzug gehäuft Menschen befinden, die einer Hochrisikogruppe zugerechnet werden können (z. B. Menschen mit Suchterkrankungen).

Laut wissenschaftlichen Untersuchungen (z. B. Fazel et al. 2005, Bennefeld-Kersten 2009, Rabe & Konrad 2010, Dahle et.al. 2005, Matsching 2006, Opitz-Welke et al. 2013) haben Gefangene ein 3–7-fach erhöhtes Suizidrisiko. Dieses erhöhte Risiko begründet intensive suizidpräventive Bemühungen der Justizvollzugsanstalten und ist Grundlage der Ableitung eines intensiveren Betreuungs- und Sicherheitsbedarfes.

Eine Gefährdung wird in der Regel mit den Begriffen der Basissuizidalität, des Basisrisikos oder des Suizidrisikos beschrieben. Diese Begrifflichkeiten werden im weiteren Text synonym verwendet.

Die Begriffsverwendung „latente Suizidalität“ wurde in der Vergangenheit immer dann eingesetzt, wenn darauf hingewiesen werden sollte, dass eine Person eher zu suizidalen Handlungen neigen würde als andere Menschen.

Wir schlagen gemäß Empfehlung der von Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011) vor, den Begriff „latente Suizidalität“ nicht zu verwenden, da dieser zu unscharf, missverständlich und letztlich potentiell willkürlich sein kann.

Die Basissuizidalität beschreibt das grundsätzliche Risiko einer Person, sich selbst zu töten, unabhängig davon, wie stark die Suizidalität dieser Person aktuell ausgeprägt ist. Ein Mensch kann eine erhöhte Basissuizidalität aufweisen – und damit einhergehend ein erhöhtes Suizidrisiko – ohne dass er zum Zeitpunkt der Einschätzung akut suizidal ist (siehe Abb. 1).

Die Basissuizidalität wird von der Anzahl und dem Ausprägungsgrad von Risikofaktoren bestimmt, die durch wissenschaftliche Untersuchungen zusammengetragen wurden.

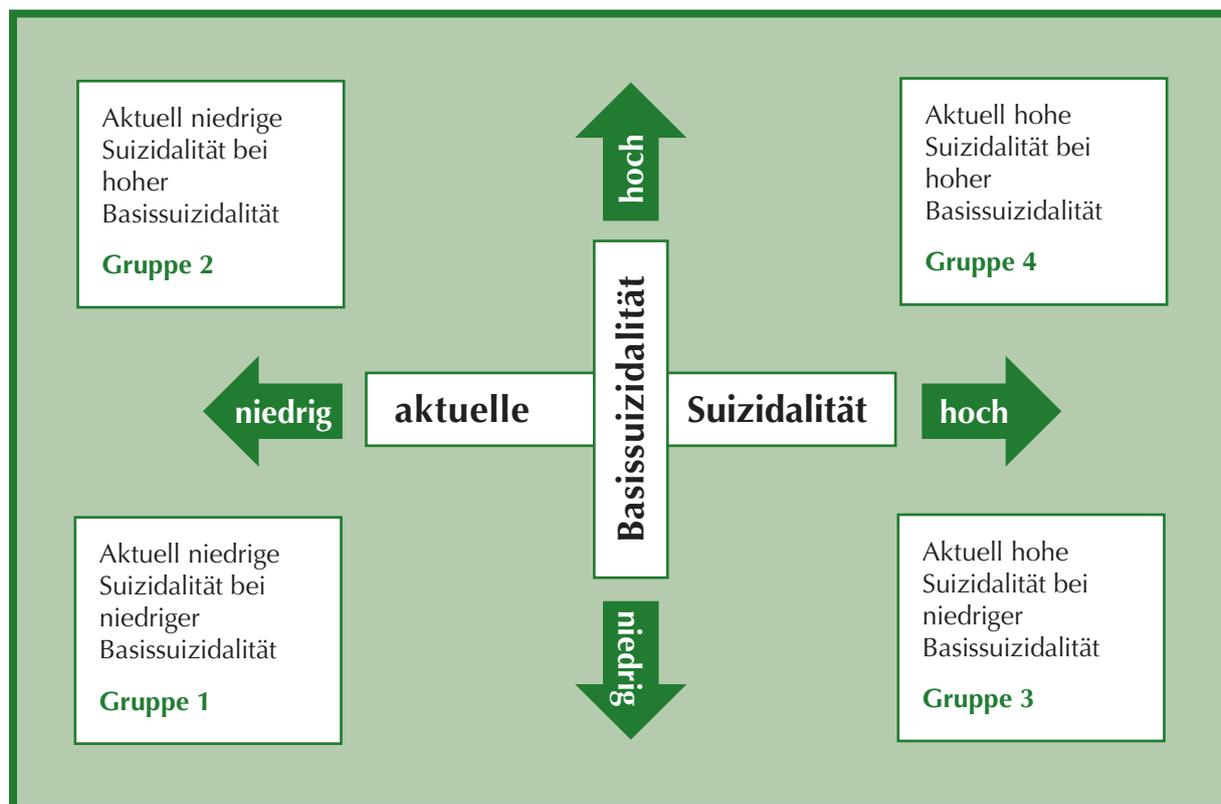


Abb. 1 Aktuelle Suizidalität und Basissuizidalität

Personen mit hoher Basissuizidalität sind der Hochrisikogruppe zuzuordnen, dagegen sind Personen mit niedriger Basissuizidalität der Niedrigrisikogruppe zuzurechnen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) äußert sich in ihrer Veröffentlichung zur Suizidprävention im Gefängnis folgendermaßen: „Diesbezüglich haben Wissenschaftler eine Reihe von Faktoren identifiziert, die zur Erhöhung des Suizidrisikos beitragen, darunter soziokulturelle Faktoren, psychische Störungen, biologische und genetische Faktoren sowie sozialer Stress. Die Art und Weise, wie diese Faktoren zusammenwirken und Suizidalität bewirken, ist komplex und nicht vollständig geklärt. Nichtsdestotrotz wurden sie in unterschiedlichen Kombinationen dazu genutzt, spezifische Hochrisikogruppen zu identifizieren – Populationen *in der Gesamtbevölkerung*, die aufgrund ihres überdurchschnittlichen Suizidrisikos besonderer Beachtung bedürfen:

- Junge Männer (Alter zwischen 15–49 Jahren);
- Ältere Menschen, v. a. ältere Männer;
- Angehörige von Urvölkern und Eingeborene;
- Menschen mit psychischen Erkrankungen;
- Menschen mit Missbrauch von Alkohol- und/oder anderen psychotropen Substanzen;
- Menschen, die schon früher einen Suizidversuch unternommen haben;
- Menschen in Gefangenschaft“

(WHO 2007, S. 6/7)

Aus Untersuchungen nach erfolgten Suiziden in (deutschen) Justizvollzugsanstalten konnten Risikofaktoren für einen Suizid *in Haft* herausgearbeitet werden. Unter Risikofaktoren werden dabei Merkmale verstanden, die bei Suizidenten häufig beobachtet wurden. Sie geben demzufolge darüber Auskunft, welcher Gefangene wahrscheinlicher zu suizidalen Entwicklungen neigt und müssen bei der Abklärung akuter Suizidalität unbedingt Beachtung finden. Risikofaktoren können ein Ausdruck eingeschränkter Bewältigungskompetenzen sein. Dies ist besonders bei krisenhaften Entwicklungen oder kritischen Lebensereignissen im Haftverlauf relevant. Die Risikofaktoren können in folgende Merkmale eingeteilt werden:

### **Merkmale von Suizidenten:**

#### ***Haftspezifische Merkmale:***

- die ersten vier Wochen in Haft
- Untersuchungshaft
- Inhaftierung wegen eines Gewalt-, Tötungs- oder Sexualdelikts
- keine oder nur eine vorherige Inhaftierung

#### ***Krankheitsspezifische Merkmale:***

- Psychische Störungen
- Missbrauch von psychotropen Substanzen
- Suizidversuche oder Selbstverletzungen in der Vorgeschichte

### ***Gefangenspezifische Merkmale:***

- Alter über 40 Jahre
- ohne festen Wohnsitz vor der Inhaftierung
- keine Besuche von Bezugspersonen
- Verlusterlebnisse
- deutsche Nationalität
- verheiratet (tendenziell)
- häufiger verwitwet, von denen viele ihre Partnerin bzw. Partner getötet hatten

Anmerkung: Die oben genannten Merkmale sind Befunde von Studien für bestimmte Zeiträume und für bestimmte Gefangenenpopulationen. Es werden Merkmale beschrieben, die in diesen Populationen im Verhältnis/Vergleich häufiger beobachtet werden konnten. Es kann demnach vorkommen, dass in bestimmten Zeiträumen andere Merkmale häufiger beobachtet werden, so z. B. Suizide von ausländischen Gefangenen.

(Meischner-Al-Mousawi et al. 2020a, Suhling & Dietzel 2018, Bennefeld-Kersten 2009, WHO 2007, Dahle et al. 2005)

### **Merkmale weiblicher Suizidenten**

In einer Auswertung über die Suizide weiblicher Inhaftierter im Zeitraum von 2000–2019 im deutschen Justizvollzug konnten folgende Faktoren zusammengetragen werden, die häufig bei Suizidentinnen beobachtet wurden (Meischner-Al-Mousawi et al. 2020b).

### ***Haftspezifische Merkmale:***

- die ersten vier Wochen in Haft
- Untersuchungshaft
- Erstinhaftierung
- Tötungsdelikt

### ***Krankheitsspezifische Merkmale:***

- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Drogenproblematik

### ***Gefangenspezifische Merkmale:***

- Alter über 40, besonders über 60
- Inhaftierung wegen eines Beziehungsdelikts

### **Besonders relevante Merkmale**

Das Risiko für Suizidalität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist grundsätzlich erhöht. Dazu zählen vor allem folgende psychische Erkrankungen:

- Schizophrenien bzw. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, (besonders im Rahmen stationärer Versorgung, Wolfersdorf 1989)

- affektive Erkrankungen, besonders Depression und bipolare Störungen,
- Substanzbezogene Störungen und
- Persönlichkeitsstörungen.

(z. B. Tidemalm et.al. 2008, Schneider 2003, Fazel & Danesh 2002, Bertolote et al. 2004, Harris & Barraclough 1997)

Die Auswertung der Daten im Rahmen der Totalerhebung der Suizide in deutschen Justizvollzugsanstalten von 2000–2019 konnte zeigen, dass das Merkmal „psychisch krank“ ungefähr bei jedem dritten Suizidenten beobachtet werden konnte (Meischner-Al-Mousawi et.al 2020a).

Ebenfalls deutlich erhöht ist die Basissuizidalität bei Gefangenen mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte erhöht. Dieses Merkmal konnte bei jedem vierten Suizidenten beobachtet werden.

## 1.2. Wann ist jemand akut gefährdet?

Bei akuter Suizidalität liegt eine akute Gefährdung und damit auch unmittelbarer Handlungsbedarf vor. Unter akuter Suizidalität wird verstanden:

„Erhöhter, durch Äußerungen oder Handlungen erkennbarer (oder nicht erkennbarer = nicht offensichtliche Suizidalität bzw. glaubhaft nach Eigen- und Fremdanzeige verneint) Todeswunsch mit hohem Handlungsdruck zur kurzfristigen Umsetzung.“ (Wolferdorf & Etzersdorfer 2011, S. 35).

Von der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ (Grebner et. al. 2005) wurden folgende Differenzierungen für die Einschätzung akuter Suizidalität vorgeschlagen:

- eine offensichtlich erkennbare Suizidalität, über die auch gesprochen wird, z. B. als ein Aufnahmegrund oder während der stationären Therapie,
- eine Suizidalität, die von anderen – Mitpatienten oder Angehörigen – berichtet wird oder auf die aufgrund des Verhaltens und bestimmter Äußerungen geschlossen wird, und
- eine Suizidalität, die bei Vorliegen bestimmter Kriterien „möglich“ oder wahrscheinlich erscheint.

Folgende Symptome können bei diesen Differenzierungen vorkommen:

(Die folgenden Aufzählungen sind als Beispiele zu betrachten, sie sind nicht abschließend und wurden von den Herausgebern teilweise auf den Justizvollzug angepasst.)

### **Zu 1.: eine offensichtlich erkennbare Suizidalität, über die auch gesprochen wird,**

- konkrete Todes- /Ruhewünsche
- konkrete Suizidideen und -pläne
- drängende Suizidgedanken

**Zu 2.: eine Suizidalität, die von anderen – Mitgefangenen oder Angehörigen – berichtet wird oder auf Basis des Verhaltens und bestimmter Äußerungen geschlossen wird,**

- der Gefangene geht nicht offen mit dem Thema Suizidalität um
- der Gefangene verneint Suizidalität trotz fremdanamnestischer Hinweise (z. B. von Polizei, Gericht oder von Mitgefangenen)

**Zu 3.: eine Suizidalität, die bei Vorliegen bestimmter Kriterien „möglich“ oder wahrscheinlich erscheint,**

- Stimmung ist nicht aufhellbar (Hinweise auf schwere depressive Verstimmung)
- extrem ausweglos erscheinende Situation (z. B. bei Tötung des Partners/der Partnerin oder der Kinder; besonders bei weiblichen Inhaftierten mit Beziehungsdelikt)
- schwere, unheilbare Krankheit
- der Gefangene gestaltet Rahmenbedingungen, die eine Selbsttötung nahelegen (z. B. Verschenken der Habe, sozialer Rückzug auf Station, Gefangener nimmt nicht mehr am Aufenthalt im Freien teil)
- Selbstverletzung oder – schädigung mit suizidaler Absicht
- Halluzinationen (z. B. Stimmen fordern zum Suizid auf)

*(z. B. Bronisch 2002 und 2017, Kozel 2014)*

Die Beachtung dieser verschiedenen Aspekte ist bei der Abklärung akuter Suizidalität wichtig, da suizidale Gefangene durchaus zu einer Verschleierung ihrer Absichten bzw. zu dissimulierenden oder manipulativen Verhaltensweisen neigen können. Bei der Abklärung der Suizidalität ist es sinnvoll, die Vorgeschichte der Anlasstat sowie die Dynamik des Tatgeschehens in die Beurteilung einfließen zu lassen, da z. B. die Wahrnehmung einer fehlenden Lebensperspektive infolge der Inhaftierung wegen eines Tötungsdeliktes bzw. eine soziale Entwurzelung suizidale Entwicklungen fördern können.

Neben der klinischen Diagnostik von Suizidalität stehen verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente sowie Interviewverfahren zur Verfügung (siehe Teismann et al. 2016). Der Einsatz von Selbsteinschätzungsinstrumenten im Justizvollzug ist nur in enger therapeutischer Begleitung und im Einzelfall empfehlenswert. Ein Selbstauskunftsfragebogen, der womöglich noch in eine andere Sprache übersetzt wurde, ersetzt nicht das persönliche Gespräch und eine fachlich fundierte Diagnostik.

Grundsätzlich sollten bei Vorliegen der o. g. Faktoren ebenfalls die Orientierungsfähigkeit, die Steuerungsfähigkeit, die Absprachefähigkeit, die Beziehungsfähigkeit sowie der Handlungsdruck eingeschätzt werden. Hierbei handelt sich um eine klinische Diagnostik, die nur durch fachkundiges Personal erfolgen darf. Psychologen und Ärzte benötigen dafür eine spezifische Fortbildung. Grundsätzlich ist eine Schulung zur Diagnostik von Suizidalität und Suizidprävention im Justizvollzug für neu eingestellte Fachdienste sinnvoll.

### 1.3. Empfehlungen für die Einschätzung der Basissuizidalität und der akuten Suizidalität

Wir empfehlen, die Basissuizidalität der Person zu Haftbeginn durch ein Screeningverfahren (siehe 2.) zu erheben und daraus abzuleiten, ob die Person einer Gruppe mit einem erhöhten Suizidrisiko zugehörig ist. Falls eine erhöhte Basissuizidalität vorliegt, muss eine Einschätzung der akuten Suizidalität durch Fachdienste erfolgen.

Hieraus ergibt sich, dass bei erhöhter Basissuizidalität bzw. Zuordnung zu einer Hochrisikogruppe eine erneute Einschätzung der akuten Suizidalität zeitlich engmaschiger vorzunehmen ist, insbesondere bei (erneutem) Eintreten individueller Risikosituationen oder -faktoren (bspw. akute Erkrankung, Verlusterlebnis, Verurteilung). Dies kann einerseits durch ein anlassunabhängiges Monitoring (z. B. einmal im Quartal) oder durch ein anlassbezogenes Monitoring beim Auftreten risikoerhöhender Ereignisse oder kritischer Verhaltensweisen realisiert werden (siehe dazu Kapitel 4).

**Die Beurteilung der Basissuizidalität ergibt sich aus Zahlen und Fakten. Die Beurteilung der aktuellen Suizidalität hingegen beruht auf klinischer Diagnostik.**

Für die Einschätzung und die Dokumentation des Suizidrisikos ist ein strukturiertes Vorgehen, beispielsweise unter Verwendung eines Formblattes, sinnvoll. So kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Fragen abgeklärt wurden und eine vollständige Dokumentation vorliegt (Bsp. siehe Anhang „Formblatt Einschätzung des Suizidrisikos“).

Sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung suizidaler Gefangener besteht in der Regel keine Schweigepflicht zwischen dem Medizinischen und dem Psychologischen Dienst. Dies ist durch die jeweiligen Justizvollzugsdatenschutzgesetze der Länder geregelt.

## 2. Was ist ein Screeningverfahren? Möglichkeiten und Grenzen

Ein Screeningverfahren ist ein effizientes Vorgehen, welches Faktoren zur Einschätzung der Basissuizidalität sowie Hinweise auf akute Suizidalität, psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten erfassen kann (Beispiele dafür siehe Anhang). Es bietet strukturierte Fragen und Faktoren zu den zentralen Aspekten des Suizidrisikos und berücksichtigt relevante Fakten. Mögliche Suizidalität wird direkt angesprochen.

Das Screening, wie auch andere Verfahren, bietet keine Garantie für die lückenlose Erkennung von Suizidalität, ist aber dadurch, dass es von Mitarbeitern aller Professionen durchführbar ist, effizient und ressourcenschonend. Der erste Anwender ist in der Regel der aufnehmende Bedienstete aus dem Allgemeinen Vollzugsdienst.

**Ein Screening soll und kann die psychologische oder ärztliche Diagnostik im weiteren Prüfverlauf oder bei Hinweisen auf akute Suizidalität nicht ersetzen.**

Das Ergebnis des Screeningverfahrens ermöglicht die Zuordnung zu einer bestimmten Risikogruppe für Suizidalität. Derartige Verfahren haben eine hohe Sensitivität, aber eine geringe Spezifität (siehe Glossar). Die Zuordnung zu einer Risikogruppe sowie die Erhebung von Hinweisen auf akute Suizidalität bieten Handlungssicherheit für weitere Entscheidungen über vollzugliche Maßnahmen.

### 3. Haftbeginn

Seit 2000 werden deutschlandweit alle Suizide in Justizvollzugsanstalten erfasst. Die Auswertung der Totalerhebung ergab, dass sich ca. 30 Prozent der Suizide in den ersten 30 Tagen der Haft ereignen (Meischner-Al-Mousawi et. al 2020a, Suhling & Dietzel 2018, Bennefeld-Kersten 2009).

Eine besonders sensible Phase sind die ersten 72 Stunden der Inhaftierung (siehe Abbildung 2). Diese erhebliche Häufung untermauert die Notwendigkeit des Einsatzes eines Screeningverfahrens zu Beginn der Haft.

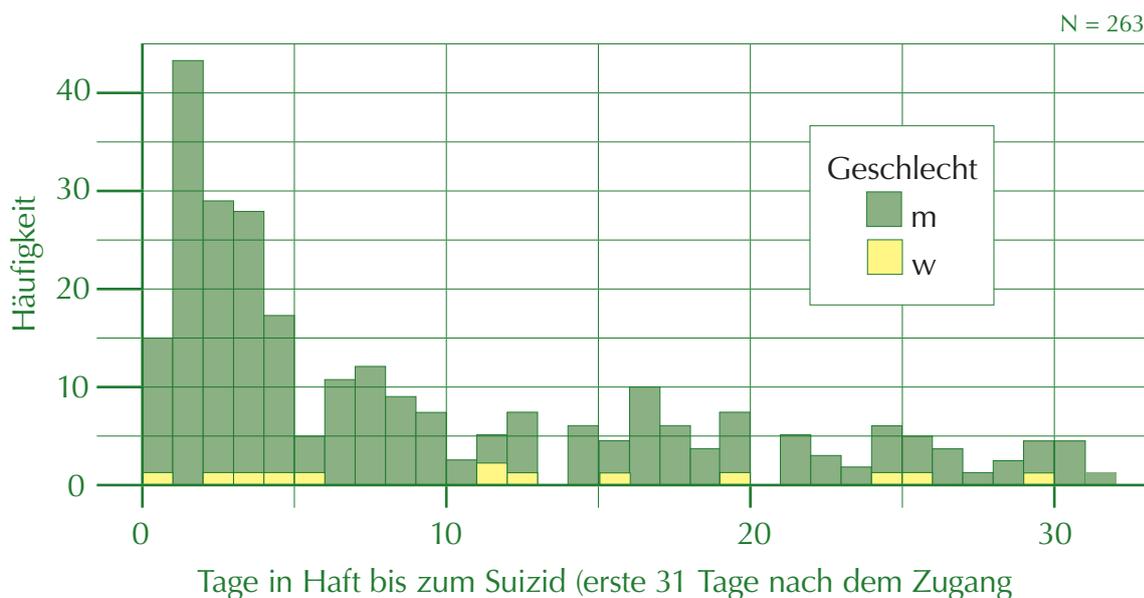


Abb. 2 Suizide zwischen 2000–2019 in den ersten 4 Wochen der Haft (unveröffentlichte Daten aus der Totalerhebung vom Kriminologischen Dienst Sachsen)

#### 3.1. Wer führt das Screeningverfahren wann durch?

Ein erstes Screeningverfahren sollte unmittelbar nach Aufnahme und möglichst durch erfahrene Bedienstete des Allgemeinen Vollzugsdienstes durchgeführt werden. Für den Einsatz eines Screeningsverfahrens sind regelmäßige Schulungen sowie Handreichungen oder Hand-outs notwendig (siehe Anhang). Diese Maßnahmen geben Struktur, Orientierung und Sicherheit. Der Einsatz eines Screenings muss anhand von Fallbeispielen geübt werden. Der

routinierter Umgang erhöht die Anwendungssicherheit und sollte insbesondere in Aufnahmeabteilungen/Aufnahmestationen durch regelmäßig angebotene Fortbildungen gewährleistet werden.

Das Vorliegen von Hinweisen auf akute Suizidalität und/oder eine erhöhte Basissuizidalität ist unverzüglich an einen Anordnungsbefugten für Sicherungsmaßnahmen zu melden und schnellstmöglich an den zuständigen Fachdienst weiterzuleiten, damit Entsprechendes veranlasst wird.

### 3.2. Was soll das Screeningverfahren erfassen?

Ein Screeningverfahren zu Haftbeginn erfasst Risikofaktoren zur Einschätzung der **Basissuizidalität** (Wer ist besonders gefährdet? siehe 1.1.) sowie Hinweise auf **akute Suizidalität** (Wann ist jemand akut gefährdet? siehe 1.2.).

### 3.3. Was ist beim Einsatz eines Screeningverfahrens zu beachten?

Ein Screeningverfahren ist nur ein Teil eines ganzheitlichen Suizidpräventionskonzeptes im Justizvollzug.

Die Anwender müssen in der Durchführung des Screenings regelmäßig geschult und fortgebildet werden. Über die Angaben des Probanden und Beobachtungen während der Befragung hinaus, müssen für eine umfassende Einschätzung des Suizidrisikos alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen (z. B. Haftbefehl, Informationen von der Polizei/Voranstalt etc.) in die abschließende Einschätzung einfließen. Die verbale Verständigung ist in einem ausreichenden Maße sicherzustellen, andernfalls muss ein Dolmetscher oder Videodolmetscher (kein anderer Gefangener!) hinzugezogen werden. Ein in eine andere Sprache übersetzter Screeningfragebogen oder Suizidalitätsfragebogen ersetzt nicht das persönliche Gespräch!

Weiter muss geregelt sein, welche Maßnahmen nach Feststellung eines erhöhten Suizidrisikos einzuleiten sind. Die Dokumentation der Ergebnisse sowie die Formulierung von Handlungsanweisungen für das behandelnde Personal (Ausmaß der Sicherungsmaßnahmen, Kontrollfrequenzen, Kontaktaufnahme, Beobachtungskriterien usw.) müssen sichergestellt werden.

### 3.4. Richtlinien zur Gestaltung eines Erstgespräches

Sinnvoll ist das Schaffen einer ablenkungsfreien Gesprächssituation ohne Zeitdruck in einem entsprechend ausgestatteten Raum. Der Sinn und Zweck des Gespräches sollte dem Gefangenen erklärt werden.

Um die notwendigen Informationen zur Einschätzung des Suizidrisikos gewinnen zu können, ist es wichtig, sich dem Gefangenen als Person zuzuwenden, seine Befindlichkeit zu erfassen und ihn in seiner Situation ernst zu nehmen. Neben den sprachlichen Äußerungen müssen nonverbale Signale (Mimik, Gestik etc.) und die eigenen intuitiven Wahrnehmungen („Bauchgefühl“) ihre Berücksichtigung finden.

Informationen für den Gefangenen zum Haftverlauf erleichtern die Orientierung in der Anstalt, bauen Unsicherheiten ab und haben somit suizidpräventiven Charakter.

Der Raum, indem das Erstgespräch durchgeführt wird, sollte nach Möglichkeit folgendermaßen ausgestattet sein:

- separat, hell, freundlich, mit Fenster zur Durchlüftung
- beheizt, im Sommer Möglichkeit zur Kühlung
- Tageslicht oder entsprechende Beleuchtung
- angenehme Akustik
- Taschentücher
- Grünpflanzen
- Bilder an den Wänden

## 4. Haftverlauf

Auch wenn die ersten Wochen der Haft sehr risikobehaftet sind, ereignen sich dennoch 50% der Suizide im weiteren Haftverlauf. Der größte Abstand zwischen Inhaftierungsbeginn und Suizid liegt bei Suizidenten bei 30 Jahren und bei Suizidentinnen bei 8,2 Jahren (Meischner-Al-Mousawi et al. 2020a und b). Dies belegt die Notwendigkeit weiterer suizidpräventiver Maßnahmen in Form von Screeningverfahren im Haftverlauf.

Folgende verschiedene Screeningverfahren im Haftverlauf können eingesetzt werden bzw. finden bereits Anwendung:

- ein Monitoring der Gefangenen mit deutlich erhöhter Basissuizidalität,
- eine Überprüfung des Suizidrisikos des Gefangenen bei kritischen Lebens- oder Vollzugereignissen,
- eine Überprüfung möglicher suizidaler Entwicklung nach externen Hinweisen und
- ein anlassunabhängiges Monitoring in Form von regelmäßigen Gesprächsangeboten.

## 4.1. Monitoring der Gefangenen mit deutlich erhöhter Basissuizidalität

Ein deutlich erhöhtes Risiko für eine suizidale Entwicklung im weiteren Haftverlauf liegt bei denjenigen Gefangenen vor, die

- in der Vorgeschichte psychisch erkrankt waren oder/und
- in der aktuellen Haft psychisch erkranken oder/und
- die bereits Suizidversuche vor der aktuellen Inhaftierung unternommen haben oder/und
- die Suizidversuche in der aktuellen Haft unternehmen.

Die hohe Gefährdung dieser Gruppe von Inhaftierten zeigte sich in der Auswertung der Daten der Totalerhebung bzw. in weiteren Untersuchungen (Meischner-Al-Mousawi et al. 2020b, Frottier et al. 2008, Dahle et al. 2005). Mindestens jeder dritte Suizident zeigte eines dieser Merkmale. Es ist nach aktuellem Kenntnisstand davon auszugehen, dass die oben genannten Merkmale eine hohe Vorhersagekraft für wiederkehrende suizidale Entwicklungen bei Gefangenen haben.

Dabei ist besonders zu beachten:

- Eine regelmäßige Abklärung der Suizidalität bei akuter psychischer Erkrankung ist notwendig!
- Falls Gefangene in ihrer Vorgeschichte psychiatrisch erkrankt waren, ist ein Rückfall in der aktuellen Haftzeit möglich.
- Besonders gefährdet für suizidale Entwicklungen sind Gefangene mit einer schizophrenen Erkrankung.
- Nach einer Rückverlegung aus einer stationären psychiatrischen Versorgung besteht ein erhöhtes Risiko für suizidale Entwicklungen.
- Zu Zeitpunkten, die dem Gefangenen eine erhöhte Bewältigungsleistung abverlangen (z. B. Verhandlung, Rechtskraft des Urteils, bevorstehende Entlassung), ist das Risiko größer.
- Besonders gefährdet sind Gefangene mit mehreren Diagnosen psychischer Erkrankungen.
- Bei der Befragung des/der Gefangenen ist zu beachten, dass die Trennung zwischen Selbstverletzung und Suizidversuch für die Betroffenen nicht zwingend nachvollziehbar und einfach ist.

Anmerkung: Die Unterscheidung von Selbstverletzungen und Suizidversuchen in der aktuellen Haft ist schwierig, da es keine objektiv unterschiedlichen Kategorien sind, sondern eine Frage der Einschätzung zum Ereigniszeitpunkt ist (Lohner, 2008). Es empfiehlt sich, möglichst zeitnah nach dem Vorkommnis eine Einschätzung mit Hilfe standardisierter Verfahren wie beispielsweise die Suicidal Intent Scale (SIS, Beck et al. 1974, dt. Übersetzung in Lohner 2008) und die Lethality of Suicide Attempts Rating Scale (LSARS – II, Smith et al. 1984, dt. Übersetzung in Lohner 2008) so zeitnah wie möglich zum Vorkommnis und durch Fachdienste vornehmen zu lassen.

Darüber hinaus sollten Selbstverletzungen und sogenannte demonstrative Suizidversuche als aktuelle destruktive Kommunikationsversuche gewertet werden (Lohner 2008). Sie schließen das zukünftige Auftreten von akuter Suizidalität nicht aus!

→ Bei Gefangenen mit einer deutlich erhöhten Basissuizidalität ist eine anlassunabhängige Abschätzung der aktuellen Suizidalität zu festen Zeitabständen im Haftverlauf sinnvoll. Wir empfehlen die Einrichtung eines Überprüfungsmodus (Monitoring) in Form regelmäßiger Gesprächsangebote. Eine Dokumentation der jeweiligen Explorationsergebnisse ist erforderlich.

Die psychologisch/psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung der Gefangenen muss sichergestellt sein.

Die Betreuung der Gefangenen im Haftverlauf, die eine erhöhte Basissuizidalität haben, obliegt dem Psychologischen und dem Medizinischen Dienst. Bei diesen Gefangenen empfiehlt sich eine gemeinsame Behandlung.

Folgende Fragen sollten im Gespräch durch die zuständigen Fachdienste gestellt und deren Ergebnis dokumentiert werden:

**Wenn der Gefangene bereits in psychiatrischer Behandlung gewesen ist:**

- Wann war das?
- Was war der Grund für die Behandlung?
- Erfolgte die Vergabe von Psychopharmaka?
- Nimmt der Gefangene aktuell Psychopharmaka? Besteht eine Medikamentencompliance?
- Traten im Rahmen der psychischen Erkrankung Suizidgedanken auf?

**Wenn der Gefangene angegeben hat, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben:**

- Wann erfolgte der Suizidversuch?
- In welcher Lebensphase (Frage nach kritischen Lebensereignissen) befand sich der Gefangene?
- Wie ist seine aktuelle Einstellung zu seinem Suizidversuch?

Anmerkung: Gemäß Bronisch (2012) sinkt das Risiko für einen erneuten Suizidversuch umso mehr, je überzeugender der betreffende Gefangene konkret begründen bzw. darstellen kann:

- warum er sich selbst zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr als (akut) suizidal ansieht,
- was sich seit dem Suizidversuch in seiner Einstellung zum Leben und zum Tod sowie in seiner Haftsituation verändert hat,
- weshalb ein erneuter Suizidversuch (in der aktuellen Haftsituation) von ihm nicht mehr als sinnvoll angesehen wird.

**Bei der weiteren Betreuung sollten folgende Aspekte in der Fallführung beachtet werden:**

- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Psychoedukation (Was tun in kritischen Situationen?)
- regelmäßige Einschätzung des psychopathologischen Befundes und des Suizidrisikos zum jeweiligen Gesprächszeitpunkt
- psychopharmakologische Versorgung bei Notwendigkeit

- Erarbeitung einer Medikamentencompliance bei Bedarf
- Unterstützung bei der Anpassung und Bewältigung der Haft unter besonderer Beachtung möglicher kritischer Zeitpunkte im Haftverlauf

## 4.2. Überprüfung suizidaler Entwicklung bei kritischen Lebens- oder Vollzugsereignissen

Die unter Punkt 1.1. dargelegten Faktoren, wie z. B. Alter 40 plus, Suizidversuche in der Vorgeschichte, psychische Erkrankungen, Untersuchungshaft, Tötungsdelikt, Beziehungsdelikt etc. bedingen ein erhöhtes Risiko für suizidale Entwicklungen bei Gefangenen im weiteren Haftverlauf. Es ist deshalb wichtig, bei individuell herausfordernden Ereignissen aktiv auf die Gefangenen zuzugehen und sensibel nach Bewältigungsproblemen zu fragen und Unterstützung anzubieten. Aus der praktischen Erfahrung folgend, ergeben sich verschiedene Zeitpunkte und/oder Ereignisse. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Es können auch Ereignisse Ausgangspunkte für Krisen sein, die individuell sehr unterschiedlich sind, das bedeutet, dass auch Gefangene mit niedriger Basissuizidalität bei bestimmten Ereignissen mit krisenhaften Entwicklungen reagieren können.

Kritische Lebens- oder Vollzugsereignisse können sein:

### Auffälligkeiten im Vollzugsalltag

- erhebliche Probleme mit Mitgefangenen (Schulden, Bedrohungen, Erpressung etc.)
- Konfliktsituationen mit der Institution und/oder dem Personal (z. B. Disziplinarverfahren, sgn. „Vollzugsstörer“)
- wiederholte Phasen getrennter Unterbringung aus vollzuglichen Gründen (z. B. medizinische Gründe, delikt spezifische Unterbringung getrennt von anderen Gefangenen)
- sozialer Rückzug (z. B. Gefangene nimmt nicht mehr am Aufschluss oder am Aufenthalt im Freien teil, meidet Besuche oder andere Freizeitaktivitäten)
- ...

### Behördliche Mitteilungen

- Zustellung der Anklageschrift
- Urteilsverkündung, Rechtskraft des Urteils, Nachverurteilungen
- Bekanntwerden des Ergebnisses eines Gutachtens
- Ablehnung der Revision / der vorzeitigen Entlassung
- Bekanntwerden der Abschiebung
- Ablehnung eines Gnadengesuchs
- ...

### Psychosoziale Belastungssituationen

- Verlust einer nahestehenden Person (Versterben, Suizid)
- Abbruch der sozialen Beziehungen

- schwere Erkrankung bzw. Diagnose (HIV, Hepatitis, Krebs)
- bevorstehende Entlassung, besonders bei langinhaftierten Gefangenen
- erste vollzugsöffnende Maßnahmen
- Verlegungen
- Therapiebeginn
- ...

→ Wir empfehlen die Einrichtung einer Überprüfungsprozedur im Haftverlauf, die festlegt, wer zu welchem Zeitpunkt dem Gefangenen ein Gesprächsangebot bei Auftreten der oben genannten kritischen Zeitpunkte unterbreitet. Eine Dokumentation ist erforderlich.

### 4.3. Überprüfung der Suizidalität bei externen Hinweisen

Externe Personen (Rechtsanwälte, Betreuer, Angehörige, Bekannte usw.) können wichtige Quellen für Informationen zu krisenhaften Entwicklungen bei Gefangenen sein.

→ Wir empfehlen eine öffentlichkeitswirksame Form der Sensibilisierung dieser Personen, sich bei entsprechenden Hinweisen an die Anstalt zu wenden, z. B. durch Flyer oder Plakate. Der Kommunikationsweg (z. B. feste Ansprechpartner in der Anstalt) soll für externe Personen transparent und leicht zugänglich sein. Dies kann zum Beispiel über den Internetauftritt der Anstalt gewährleistet werden.

### 4.4. Anlassunabhängiges Monitoring

Eine weitere Möglichkeit des Screenings im Haftverlauf sind anlassunabhängige Gesprächsangebote in regelmäßigen Abständen für alle Gefangenen, um die aktuelle psychische Gesundheit des einzelnen Gefangenen festzustellen (siehe dazu Hayes 2013, Penn & Thomas 2005). Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Suizidgedanken sollte eine Vorstellung beim Facharzt erfolgen.

Um die Durchführung dieser Form des Screenings im Haftverlauf zu erleichtern, wurde vom Bundesland Nordrhein-Westfalen eine Generierung von Terminen in festgelegten Zeitabständen im Basis-Web (Fristenparameter in BasisWeb, zu finden unter dem Menüpunkt „Vollzug/Verwaltung“), ein EDV-Programm zur Unterstützung von Vollzugs- und Verwaltungsarbeiten, angeregt.

## 5. Konsequenzen von Feststellungen

Wenn in einem Screeningverfahren die Basissuizidalität sowie Hinweise auf akute Suizidalität eruiert wurden, folgen daraus weitere Handlungsschritte. Wenn Hinweise auf eine erhöhte Basissuizidalität oder Hinweise auf eine akute Suizidalität vorliegen, bedarf es einer weiteren Abklärung durch Fachpersonal:

### **Laut der Grafik in Abbildung 1 lassen sich vier Gruppen unterscheiden:**

1. Gefangene mit niedriger Basissuizidalität und aktuell ohne Hinweise auf akute Suizidalität
2. Gefangene mit hoher Basissuizidalität und aktuell ohne Hinweise auf akute Suizidalität
3. Gefangene mit niedriger Basissuizidalität und Hinweise auf akute Suizidalität
4. Gefangene mit hoher Basissuizidalität und Hinweise auf akute Suizidalität

### **Gruppe 1: Gefangene mit niedriger Basissuizidalität und aktuell ohne Hinweise auf akute Suizidalität**

- › Weitere Prüfung/Diagnostik: nicht notwendig
- › Weitere Prüfzeitpunkte: bei Auftreten von Krisen und bei Hinweisen auf akute Suizidalität im weiteren Haftverlauf
- › Empfohlene Maßnahmen: keine

### **Gruppe 2: Gefangene mit hoher Basissuizidalität und aktuell ohne Hinweise auf akute Suizidalität**

› Weitere Prüfung/Diagnostik: z. B. im Zusammenhang mit der Aufnahme durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes; im weiteren Haftverlauf durch die Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes oder den Medizinischen Dienst unter Mitteilung der festgestellten hohen Basissuizidalität. Der Prüfauftrag bezieht sich auf die Abklärung von Suizidalität, der Formulierung einer Prognose hinsichtlich des Auftretens von Suizidalität im weiteren Haftverlauf sowie der Formulierung von Interventionsangeboten.

Außerdem sollte eine geeignete Kennzeichnung der hohen Basissuizidalität des Gefangenen in der Gefangenenpersonalakte (GPA) und einem elektronischen Dokumentationssystem (falls vorhanden) etc. stattfinden.

› Weitere Prüfzeitpunkte: Gefangene mit hoher Basissuizidalität müssen im weiteren Haftverlauf regelmäßig auf krisenhafte Entwicklungen untersucht werden, da eine erhöhte Basissuizidalität für ein eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau spricht und damit für eingeschränkte Bewältigungsstrategien für krisenhafte Lebenssituationen (siehe Kapitel 4). Änderungen durch kritische Lebens- oder Vollzugsereignisse sind besonders zu beachten!

› Empfohlene Maßnahmen: Diese Gefangenengruppe benötigt Unterstützung bei der Anpassung an die Haftsituation. Dies kann durch eine gemeinschaftliche Unterbringung, z. B. in sogenannten Tandemzellen, regelmäßige Gesprächsangebote, Beobachtung (in regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen, mit Videotechnik, tagsüber und/oder nachts...) realisiert werden. Die Ausprägung der Maßnahmen richtet sich nach dem Ausmaß der Basissuizidalität und den individuellen Bedarfen des Gefangenen.

### **Gruppe 3: Gefangene mit niedriger Basissuizidalität und Hinweisen auf akute Suizidalität**

Siehe Gruppe 4

### **Gruppe 4: Gefangene mit hoher Basissuizidalität und Hinweisen auf akute Suizidalität**

› Die empfohlenen Maßnahmen für Gruppe 3 und 4 unterscheiden sich nicht, da beim Vorliegen akuter Suizidalität *immer* Sofortmaßnahmen ergriffen werden müssen!

Weitere Prüfung/Diagnostik: Eine zeitnahe Diagnostik muss durch fachkundiges Personal (Arzt oder Psychologe) erfolgen. Bis zum Zeitpunkt der Überprüfung darf der Gefangene *nicht allein* gelassen werden.

› Weitere Prüfzeitpunkte: Wenn eine akute Suizidalität diagnostiziert wurde, ist ein tägliches Aufsuchen des suizidalen Gefangenen durch das Fachpersonal (Arzt oder Psychologe) notwendig.

› Empfohlene Maßnahmen: Sämtliche Bedienstete müssen über die akute Suizidgefahr informiert sein. Dies ist bei Dienstübergaben o. ä. unbedingt zu beachten. Bei festgestellter akuter Suizidalität muss der Gefangene durchgehend beobachtet werden, z. B. durch Sitzwache oder ständige Beobachtung in einem Haftraum mit Videotechnik. Umso einschneidender die Sicherungsmaßnahmen sind, desto engmaschiger muss die Fortführung überprüft werden. Es müssen regelmäßig Kriseninterventionsgespräche (durch geschultes Personal) angeboten werden. Durch das ärztliche Fachpersonal muss geprüft werden, ob die Überstellung in ein Akutkrankenhaus erfolgen muss und/oder der Bedarf an einer psychopharmakologischen Behandlung besteht. Die Vorstellung bei einem Psychiater ist notwendig.

Nach Abklingen der akuten Suizidgefahr sollen die Maßnahmen langsam reduziert werden. Stets gilt die Regel: soviel wie nötig, so wenig wie möglich! Eine gemeinschaftliche Unterbringung (z. B. mit einem Listener) ist empfehlenswert (wenn z.B. die gemeinschaftliche Unterbringung als besonders hilfreich für den Gefangenen eingeschätzt wird). Sie sollte nur erfolgen, wenn der betroffenen Gefangene damit einverstanden ist, dass der Mitgefangene über seinen aktuellen Zustand informiert wird.

Nach Stabilisierung des Gefangenen sind die unter Gruppe 2 benannten Prüfzeitpunkte und Kennzeichnungen zu beachten.

## **6. Empfehlungen zur Dokumentation**

Die Feststellung des Suizidrisikos und der daraus abgeleiteten Maßnahmen oder deren Änderungen sind nachvollziehbar, vollständig und verständlich in einer von der Justizvollzugsanstalt festgelegten Weise zu dokumentieren. Der Name des feststellenden Mitarbeiters muss eindeutig hervorgehen. Die Informationen über das Suizidrisiko müssen allen betreuenden Bediensteten zur Verfügung stehen. Dies gilt ebenso bei Überstellungen und Verlegungen. Hinweise auf eine akute Suizidgefahr müssen immer unverzüglich und direkt weitergegeben werden.

Für die Dokumentation muss der Behandler entscheiden, welche Informationen aus der Diagnostik und Exploration zwingend für die Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung der Anstalt notwendig sind. Diese Informationen müssen in den in der Anstalt verwendeten Dokumentationssystemen hinterlegt werden.

In jeder Justizvollzugsanstalt sollte eine Dienstanweisung bezüglich des eingesetzten Screeningverfahrens, deren Dokumentation sowie der Informationsweitergabe bei Überstellung oder Verlegungen vorhanden sein.

Der Anordnungsbefugte sollte die durch seine Mitarbeiter vorgenommene Einschätzung des Suizidrisikos des Gefangenen auf Nachvollziehbarkeit, Vollständigkeit und Verständlichkeit überprüfen und auch über die Expertise verfügen, diese Überprüfung vornehmen zu können.

Eine Digitalisierung der Dokumentation ist empfehlenswert. Bundesweit werden bereits Screeningverfahren im Aufnahmeverfahren und im Haftverlauf eingesetzt. Im Anhang finden Sie dafür einige Beispiele aus Sachsen, Hamburg, Saarland und Thüringen.

## 7. Implementierung von Screeningverfahren /Fortbildung zum Einsatz von Screeningverfahren

Der Einsatz von Screeningverfahren benötigt Implementierungsprozesse, die begleitet werden müssen, damit eine Anpassung der Arbeitsabläufe mit dem Verfahren gelingt und Vorbehalte beim Durchführenden abgebaut werden. Im Rahmen des Implementierungsprozesses müssen Fortbildungen zur Durchführung des Verfahrens erfolgen, ergänzt durch theoretisches Hintergrundwissen und Handlungsstrategien (z. B. Kriseninterventionstechniken) zum Umgang bei Feststellung eines Risikos.

Es ist sinnvoll, eingesetzte Verfahren beständig unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Ereignisse zu überprüfen und weiter zu optimieren.

## 8. Glossar

### **Definition: Basissuizidalität**

Die Basissuizidalität beschreibt das grundsätzliche Risiko einer Person, sich selbst zu töten, unabhängig davon, wie stark das akute Suizidrisiko dieser Person zum Zeitpunkt der Erhebung ausgeprägt ist. Die Basissuizidalität wird von der Anzahl und dem Ausprägungsgrad der vorliegenden Risikofaktoren bestimmt. Personen mit hoher Basissuizidalität sind der Hochrisikogruppe zuzuordnen, dagegen sind Personen mit niedriger Basissuizidalität einer Niedrigrisikogruppe zuzurechnen.

### **Definition: Sensitivität**

Die Sensitivität eines Untersuchungsinstrumentes (Testverfahren, Screeningverfahren) gibt an, bei welchem Prozentsatz der betreffenden Personen ein mit dem Untersuchungsinst-

strument gesuchtes Merkmal (z. B. Suizidalität) durch die Anwendung des Tests tatsächlich erkannt wird. Sie wird definiert als der Quotient aus richtig positiven Testergebnissen und der Summe aus richtig positiven und falsch negativen Testergebnissen. Je höher die Sensitivität eines Untersuchungsinstrumentes ist, desto sicherer erfasst es das gesuchte Merkmal. Ein negatives Resultat bei einem Untersuchungsinstrument von hoher Sensitivität kann das Vorliegen des gesuchten Merkmals mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen.

**Definition: Spezifität**

Die Spezifität eines Untersuchungsinstrumentes (Testverfahren, Screeningverfahren) gibt die Wahrscheinlichkeit an, dass Personen, bei denen ein gesuchtes Merkmal (z. B. Suizidalität) nicht vorliegt, in der Untersuchung auch als solche erkannt werden. Sie wird definiert als der Quotient aus richtig negativen Testergebnissen und der Summe aus falsch positiven und richtig negativen Testergebnissen – also allen Testergebnissen, denen tatsächlich das gesuchte Merkmal nicht zugrunde lag.

**Definition: Monitoring**

Monitoring ist ein Überbegriff für alle Arten der unmittelbaren systematischen Erfassung, Beobachtung oder Überwachung eines Vorgangs oder Prozesses mittels technischer Hilfsmittel oder anderer Beobachtungssysteme. Die Funktion des Monitorings besteht darin, bei einem beobachteten Ablauf bzw. Prozess steuernd einzugreifen, sofern dieser nicht den gewünschten Verlauf nimmt bzw. bestimmte Schwellwerte unter- bzw. überschritten sind.

**Definition: Listener**

Ein Listener ist ein geschulter und intensiv begleiteter Gefangener, der sich insbesondere Neuzugängen als Gesprächspartner zur Verfügung stellt (siehe auch Empfehlungen zum Einsatz von Listnern im Rahmen der Suizidprävention).

Auf den folgenden Seiten befinden sich Beispiele für Screeningverfahren im Aufnahmeverfahren aus Baden-Württemberg und Hamburg sowie ein Beispiel für ein Screeningverfahren im Haftverlauf aus Sachsen inklusive der Handreichungen. Derartige Verfahren werden kontinuierlich aktualisiert. So liegen die Screeningverfahren in Sachsen mittlerweile in elektronischer Form vor.

Darüber hinaus wird in Sachsen ein Formblatt zur Einschätzung des Suizidrisikos durch den Psychologischen Dienst verwendet, welches sich ebenso im Anhang befindet.

JVA

Datum:

**Suizidprävention im Aufnahmeverfahren**

Name: Geburtsname: Vorname:  
geb. am: in: GBNr.:  
Familienstand: Familiäre Situation:

gestellt  **festgenommen am** Nationalität:

GPA/Zugangsunterlagen vorliegend:  Ja, Inhalt z. K. genommen  **Nein, weil** .....

- 1. Unterbringung in Untersuchungshaft  **JA**  nein
- 2. **Selbsttötungsversuch/Selbstverletzung im Zusammenhang mit der Inhaftierung oder der Tat**  **JA**  nein
- 3. **Hinweise auf Suizid oder Selbstverletzung**  **JA**  nein
  - Polizeiliche Unterlagen  Haftunterlagen
  - Selbstauskunft  andere (Anwalt, Familie, o. ä.)
- 4. **Erstinhaftierung und/oder Tötungs- und/oder Sexualdelikt**  **JA**  nein
- 5. Hinweise auf Sucht oder Entzugssymptome   **JA**  nein
- 6. Hinweise auf eine psychische Erkrankung   **JA**  nein
- 7. Aufnahme am Wochenende oder zu Unzeiten<sup>1</sup>  **JA**  nein
- 8. Sprachbarriere  **JA**  nein
- 9. Persönlicher Eindruck

|   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> hoffnungslos      | <input type="radio"/> auffallend schuldbeladen |
| <input type="radio"/> resigniert        | <input type="radio"/> bedrückt                 |
| <input type="radio"/> stark verängstigt | <input type="radio"/> weinerlich               |
| <input type="radio"/> abwesend          | <input type="radio"/> sehr impulsiv/aggressiv  |

|  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> hoffnungsvoll          | <input type="radio"/> äußert Perspektiven         |
| <input type="radio"/> lebendig               | <input type="radio"/> emotional zugänglich        |
| <input type="radio"/> gelassen, nicht lässig | <input type="radio"/> hält Augenkontakt           |
| <input type="radio"/> allseitig orientiert   | <input type="radio"/> Suizidabsicht wird verneint |

Einschätzung wurde mit Hilfe eines Dolmetschers erstellt

**Unterschrift (leserlich), Amtsbezeichnung** ..... **Uhrzeit:** .....

<sup>1</sup> die baden-württembergischen Justizvollzugsanstalten gestalten ihre Dienstzeiten unterschiedlich. Von einer weiteren Konkretisierung wurde abgesehen, um dieser Flexibilität gerecht zu werden.

**Ergebnis:**

- Hinweis auf mögliche Suizidalität vorhanden (eine der Fragen wurde mit JA beantwortet)**  
→ vorläufige Anordnung einer Gemeinschaft mit entsprechender Kennzeichnung  
→ Weiterleitung des Ergebnisses an den Medizinischen Dienst oder den Psychologischen Dienst mit der Bitte um weitere Abklärung
- Dringender Verdacht auf Suizidalität (mehrere der Fragen wurden mit JA beantwortet)**  
→ zeitnahe Vorstellung beim Arzt bzw. Psychologen (spätestens am nächsten Tag, außer Sonn- und Feiertage)  
→ Fortdauer der vorläufigen gemeinschaftlichen Unterbringung aufgrund interner Regelung
- keine weiteren Maßnahmen erforderlich, da .....

**Verteiler z. K. (Info über Anordnung der vorläufigen Gemeinschaft):**

- AL  VAL  VDL  BDL  Abt.  Arzt/Med. Dienst  Psychologischer Dienst  Soz. Dienst

**Ergebnis der ärztlichen Eingangsuntersuchung gemäß C-Bogen:**

**I.**

- Arzt**

Name: ..... am .....

**Empfohlene Maßnahme:**

- ständige Gemeinschaft, da .....  einfache Gemeinschaft, da .....
- anderes (Verlegung bgH, JVKH o. a.)
- Aufhebung der bisherigen Maßnahmen, da .....

Unterschrift, Amtsbezeichnung: .....

**II.**

- Psychologischer Dienst** (nachdem ständige Gemeinschaft bei Verdacht auf Suizidalität vom Arzt empfohlen wurde)

Name: ..... am .....

**Empfohlene Maßnahme:**

- ständige Gemeinschaft, da .....  einfache Gemeinschaft, da .....
- anderes (Verlegung bgH, JVKH o. a.) .....
- Aufhebung der bisherigen Maßnahmen, da .....

Unterschrift, Amtsbezeichnung: .....

sodann z. d. A.

## Handreichung zur Bearbeitung des Bogens „Suizidprävention im Aufnahmeverfahren“

Bei jedem neu aufgenommenen Gefangenen muss ein Screeningbogen „Suizidprävention im Aufnahmeverfahren“ angelegt werden.

- ✓ NAME, GEBURTSNAME, GEBURTSDATUM, BUCHNUMMER sowie HAFTART (Frage Nr. 1) sind aus den Zugangsunterlagen zu entnehmen und zu dokumentieren. Die FAMILIÄRE SITUATION kann erfragt werden.
- ✓ Fragen 2, 3 und 4 können ebenfalls anhand der vorliegenden Unterlagen eruiert werden.
- ✓ Bei Gefangenen die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, kann ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Dabei soll nach Möglichkeit auf die Dienste der Video-Übersetzer zurückgegriffen werden.

### Einschätzung der Fragen 1-8:

Um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu gestalten, ist es empfehlenswert, mit den Fragen ruhig und bestimmt fortzufahren. Hier mögliche Vorschläge zur Auswahl:

- Wie lautet Ihr Tatvorwurf (bei Untersuchungsgefangenen) bzw. wegen welchem Delikt wurden Sie verurteilt (bei Strafhaft)? Bsp. Sexualdelikt, Tötungsdelikt
  - → wenn JA und erstinhaftiert = **dringender Verdacht auf Suizidalität → nach Möglichkeit zeitnahe Vorstellung beim Arzt oder Psychologen! (spätestens am nächsten Tag, außer Sonn- und Feiertage).** (Frage 4) Zutreffendes bitte unterstreichen.
- Haben Sie bereits Suizidversuche unternommen? (Frage 2 und 3)
  - wenn JA, wann? Geschah dies im Zusammenhang mit der Tat oder der Inhaftierung? → wenn JA = **dringender Verdacht auf Suizidalität → nach Möglichkeit zeitnahe Vorstellung beim Arzt oder Psychologen! (spätestens am nächsten Tag, außer Sonn- und Feiertage).**
- Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt? (Frage 3)
  - wenn ja, wann?
- Kann es passieren, dass Sie sich selbst verletzen? → wenn JA = **dringender Verdacht auf Suizidalität → nach Möglichkeit zeitnahe Vorstellung beim Arzt oder Psychologen! (spätestens am nächsten Tag, außer Sonn- und Feiertage)** (Frage 3)
- Haben Sie Suizidgedanken? → wenn JA = **dringender Verdacht auf Suizidalität → nach Möglichkeit sofortige Vorstellung beim Arzt oder Psychologen! (spätestens am nächsten Tag, außer Sonn- und Feiertage).** (Frage 3)
- Sind Sie das erste Mal in Haft? (Frage 4)
- Konsumieren Sie Drogen oder Alkohol, wenn JA: (Frage 5)
  - Wann haben Sie das letzte Mal konsumiert?
  - Haben Sie Entzugssymptome?
- Leiden Sie unter psychischen Problemen oder einer schweren körperlichen Erkrankung oder Schlafstörungen? (Frage 6)
- Waren Sie in psychiatrischer Behandlung? (Frage 6)
  - wenn ja, wann?
- Waren Sie in psychologischer Behandlung? (Frage 6)
  - wenn ja, wann?

- ✓ Nach dem Gespräch ist es ebenfalls notwendig, das VERHALTEN und die erhaltenen Informationen zu bewerten. Dabei sollen folgende Punkte eingeschätzt werden:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hoffnungslos      | <input type="checkbox"/> auffallend schuldbeladen |
| <input type="checkbox"/> resigniert        | <input type="checkbox"/> bedrückt                 |
| <input type="checkbox"/> stark verängstigt | <input type="checkbox"/> weinerlich               |
| <input type="checkbox"/> abwesend          | <input type="checkbox"/> sehr impulsiv/aggressiv  |

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hoffnungsvoll          | <input type="checkbox"/> äußert Perspektiven         |
| <input type="checkbox"/> lebendig               | <input type="checkbox"/> emotional zugänglich        |
| <input type="checkbox"/> gelassen, nicht lässig | <input type="checkbox"/> hält Augenkontakt           |
| <input type="checkbox"/> allseitig orientiert   | <input type="checkbox"/> Suizidabsicht wird verneint |

Der persönliche Eindruck dient der Einschätzung des Gemütszustandes des inhaftierten Menschen bei Erstellung des Screenings. Ein scheinbar positiver persönlicher Eindruck mindert in keinem Fall die Anordnung der Folgemaßnahmen.

#### **Maßnahmen als Ergebnis:**

- Wenn auch nur eine der Fragen 2-8 mit JA beantwortet wurde:  
**Hinweise auf mögliche Suizidalität vorhanden!**
  - es erfolgt die Anordnung einer vorläufigen Gemeinschaft mit entsprechender Kennzeichnung z.B. „**Blauer Punkt**“.
  - das Ergebnis des Screenings wird an den Medizinischen und Psychologischen Dienst zur Kenntnis Weitergeleitet.
    - ➔ sonst (wenn z.B. Gemeinschaftsunterbringung nicht gegeben/möglich bzw. Ablehnung durch Gefangenen) Festlegung von Beobachtungszeiträumen, i.d.R. im Abstand von höchstens 60 Minuten oder nach hausinterner Verfügung,
    - ➔ bei Hinweisen auf eine Fremdgefährdung (z.B. Gefangene verhält sich sehr aggressiv/impulsiv): Einzelunterbringung mit Sichtkontrollen i.d.R. im Abstand von höchstens 60 Minuten oder nach hausinterner Verfügung oder nach hausinterner Verfügung.
  
- Wenn mehrere der Fragen 1-4 mit JA beantwortet wurden:  
**Dringender Verdacht auf Suizidalität vorhanden!**
  - **Der Gefangene bleibt zu keiner Zeit alleine!**
  - **Es erfolgt eine zeitnahe (nach Möglichkeit sofortige) Vorstellung beim Arzt/im Krankenrevier oder beim Psychologen (spätestens am nächsten Tag, außer Sonn- und Feiertage)!**
  - **Alle weiteren Informationen werden ausschließlich direkt (persönlich/telefonisch) weitergegeben!**
  - Es erfolgt eine Meldung laut Verteiler (Anstaltsleitung, MD, PD, etc.).
  - Die Überprüfung der vorläufigen Sicherungsmaßnahmen erfolgt über den Medizinischen bzw. Psychologischen Dienst.
  - Die Abteilungsbediensteten erhalten die Information über Ergebnis des Screeningbogens mit z.B. Anordnung einer vorläufigen Gemeinschaft (über Verteiler) zum Vermerk an der Bestandstafel und zeichnen die Kenntnisnahme ab.
  - Der Anordnungsbefugte Beamte nimmt den Eintrag im IS-Vollzug vor (Medizinischer oder Psychologischer Dienst, etc.).
  - Die Verantwortlichen in der Zugangs- bzw. Transportabteilung heften bei Verlegung oder Überstellung eine Kopie des Screeningbogens an den Transportschein.

## Screening

Bei Beantwortung mindestens einer der **rot** unterlegten Punkte mit „Ja“ ist die oder der betreffende Zugeführte auf die Sicherungs- und Beobachtungsstation zu verlegen.

Bei Beantwortung einer der **grün** unterlegten Punkte mit „Ja“ ist die oder der Zugeführte unverzüglich, spätestens vor Haftraumzuweisung, dem ärztlichen oder psychologischen Dienst vorzustellen.

### Risikofaktoren für die Entwicklung von Suizidalität

|   | Ja (X) | Nein (X) |
|---|--------|----------|
| 1. Es liegt ein (mutmaßliches) Tötungsdelikt vor.   |        |          |
| 2. Es liegt ein mutmaßliches) Sexualdelikt vor.   |        |          |
| 3. Es liegt ein (mutmaßliches) Delikt im familiären Partnerschaftlichen Nahfeld vor.  |        |          |
| <b>Frage: Sind Sie mit dem mutmaßlichen Opfer verwandt oder leben Sie mit ihm in einer Partnerschaft?</b><br>Aktuell keine Informationen verfügbar (    ) |        |          |
| 4. Es liegt ein (mutmaßliches) Brandstiftungsdelikt vor.  |        |          |
| 5. Es liegt der Verdacht der Mitgliedschaft in einer terroristischen Vereinigung vor.   |        |          |
| 6. Die/der Betreffende wurde aufgrund einer erneuten Straftat während der Gewährung von Vollzugslockerungen zugeführt.                                    |        |          |

### Suchterkrankungen

|   |  |  |
|---|--|--|
| 7. Aus den Haftunterlagen ergeben sich Hinweise auf Substanzmittelgebrauch                            |  |  |
| 8. Die/der Zugeführte befürchtet Entzugserscheinungen oder befindet sich in suchtbedingter Behandlung |  |  |
| <b>Frage: Befürchten Sie Entzugserscheinungen?</b>  |  |  |
| <b>Frage: Sind Sie in suchtbedingter Behandlung?</b>  |  |  |

### Hinweise auf akute Suizidalität / Fremdgefährdung

|  |  |  |
|--|--|--|
| 9. Die/der Zugeführte ist äußerst aggressiv oder reagiert unkontrolliert.                                |  |  |
| 10. Die Haftunterlagen ergeben Hinweise auf ein erhöhtes/akutes Suizidrisiko (z. B. psychische Störung). |  |  |
| 11. Die/der Zugeführte äußert aktuell Suizidgedanken.  |  |  |
| <b>Frage: Haben Sie aktuell Gedanken, sich das Leben zu nehmen?</b>                                      |  |  |
| 12. Die/der Zugeführte berichtet von einem Suizidversuch.  |  |  |
| <b>Frage: Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?</b>                                 |  |  |
| <b>Wenn ja: Wann war das?</b>  |  |  |
| In den vergangenen 12 Monaten  |  |  |
| Länger zurück  |  |  |

|   | Ja (X) | Nein (X) |
|---|--------|----------|
| 13. Die/der Zugeführte berichtet von einer psychiatrischen oder psychologischen Behandlung. |        |          |
| <b>Frage: Waren Sie schon einmal in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?</b>    |        |          |
| <b>Wenn Ja: wann war das?</b>   |        |          |
| In den vergangenen 12 Monaten   |        |          |
| Länger zurück   |        |          |

#### Eindruck/Hinweise

|   |  |  |
|---|--|--|
| 14. Die/der Zugeführte wirkt auf mich entzünftig.   |  |  |
| 15. Die/der Zugeführte wirkt auf mich bei der Beantwortung der obigen Fragen unglaubwürdig.   |  |  |
| 16. Ich befürchte aggressive Handlungen, impulsive oder unkontrollierte Reaktionen der/des Zugeführten.                               |  |  |
| 17. Die/der Zugeführte wirkt auf mich äußerst beschämt, verzweifelt, niedergeschlagen, hoffnungslos oder macht sich massive Vorwürfe. |  |  |
| 18. Die/der Zugeführte wirkt auf mich psychotisch (z. B. verwirrt und desorientiert).   |  |  |
| 19. Die/der Zugeführte hinterlässt bei mir einen unbestimmten Eindruck von Selbstgefährdung.  |  |  |
| 20. Die/der Zugeführte erweckt bei mir durch Verhalten oder Äußerungen den Eindruck großer soziale Isolation oder sozialen Rückzugs.  |  |  |

#### Erläuterungen / Bemerkungen

Aufgenommen durch: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Uhr  
Datum, Unterschrift (leserlich)

Übersetzung durch: \_\_\_\_\_

#### Wichtige Hinweise

**Übersetzungshilfen:**      **Übersicht über Bedienstete mit Fremdsprachenkenntnissen**  
(Info-Pool -> Informationen -> Verzeichnisse/Listen)

#### **Videodolmetschen**

**Google-Translator** (z. B. für Schlagworte und zur Unterstützung von Gesten geeignet) (<http://translate.google.de>)

JVA \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

## Maßnahmen während der Haft

### Suizidprophylaxe

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Haftart: \_\_\_\_\_ Buchnummer.: \_\_\_\_\_

#### 1. Einschätzung der Suizidgefahr durch den feststellenden Bediensteten:

##### a) Notfallsituation – akute Suizidgefahr (Prüfung „S-Kennzeichnung“)

- Er / sie hat einen Suizidversuch / eine Selbstverletzung begangen
  - Er / sie bereitet einen Suizidversuch / eine Selbstverletzung vor
  - Er / sie kündigt einen Suizidversuch / eine Selbstverletzung an
  - Andere teilen mit, dass eine Selbstverletzung-/ Suizidabsicht besteht  
(Bitte einfügen, woher bzw. von wem die Informationen bezogen wurden) \_\_\_\_\_
- 
- Entzugssymptome durch Drogen oder Alkohol
  - Er / sie befindet sich in einer Krise und wirkt plötzlich:
    - hoffnungslos
    - resigniert
    - stark verängstigt
    - abwesend
    - auffallend schuldbeladen
    - bedrückt
    - weinerlich
    - sehr impulsiv/aggressiv
  - Er / sie reagiert vollkommen unlogisch und realitätsfremd
  - Eine plötzliche, unerwartete, nicht nachvollziehbare Stimmungs- und Verhaltensänderung wird beobachtet
  - Er / sie ist nicht ansprechbar
  - Auffinden eines Abschiedsbriefes

##### b) Gefahrensituation – Risikofaktoren (Prüfung „GM-Kennzeichnung“)

**Nur anzuwenden bei konkreten Hinweisen auf Probleme in der Bewältigung von z.B. folgenden Situationen!**

- Zeiten erhöhten Risikos:
  - Zustellung der Anklageschrift
  - Urteilsverkündung, Rechtskraft des Urteils, Nachverurteilungen
  - Ablehnung der Revision / der vorzeitigen Entlassung
  - Bekanntwerden der Abschiebung
  - Ablehnung eines Gnadengesuchs
- ungünstig veränderte soziale Interaktion:
  - sozialer Rückzug (z.B. Gefangene nimmt nicht mehr am Aufschluss oder am Aufenthalt im Freien teil)
  - wiederholte Phasen getrennter Unterbringung aus vollzuglichen Gründen
  - erhebliche Probleme mit Mitgefangenen oder dem Personal
- plötzliche Veränderungen infolge von:
  - Verlust einer nahestehenden Person (Versterben, Suizid)
  - Abbruch der sozialen Beziehungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mit dem/der Inhaftierten wurde ein Gespräch geführt. Daraus ergab sich: (Hinweise, Kurzeinschätzung):

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des aufnehmenden Bediensteten

**Falls ein Hinweis vorliegt, sofortige Anordnung von Sicherungsmaßnahmen! (Punkt 2)**

**2. Vorläufige Maßnahmen – Feststellungen durch den feststellenden Bediensteten**

- „S-Kennzeichnung“ der/des Gefangenen (Notfallsituation)
- „GM-Kennzeichnung“ der/des Gefangenen (Gefahrensituation)

Wenn „S- oder GM-Kennzeichnung“ vorgesehen war, aber die Unterbringung mit einem Mitgefangenen aus zwingenden Gründen nicht möglich ist, dann Nennung dieser zwingenden Gründe:

- Beobachtung des Gefangenen
  - o Sitzwache
  - o Beobachtung in unregelmäßigen Abständen von maximal:  15 min  30 min  60 min
- Unterbringung des Gefangenen in einem speziellen Haftraum (z.B. bgH)

**weiterführende Maßnahmen durch:**

- Psych. Dienst
- Sozialdienst
- Arzt (bei somatischen Gründen für Einschätzung von Eigengefährdung)

Meldung an den Anordnungsbefugten (VAL/ZB):  
am: : \_\_\_\_\_, um ..... (Uhrzeit)

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des feststellenden Bediensteten

**3. Überprüfung der vorläufigen Sicherungsmaßnahmen**

**Arzt:**  
Ergebnisse der Exploration: \_\_\_\_\_

Empfohlene Kennzeichnung:  - S -  - GM -  - keine -

Empfohlene Beobachtungszeiträume: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Arzt

**Psychologischer Dienst/Sozialdienst:**  
Ergebnisse der Exploration: \_\_\_\_\_

Empfohlene Kennzeichnung:  - S -  - GM -  - keine -

Empfohlene Beobachtungszeiträume: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Fachdienst

**4. Vollzugsabteilungsleiter zur Überprüfung von 1.-3.:**

folgende Sicherungsmaßnahmen werden angeordnet:  
Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Termin Wiedervorlage: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Vollzugsabteilungsleiter (VAL)

**5. Eintrag ins BASIS-Web erfolgt:**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift VAL oder ADL

**6. Bei Maßnahmen Punkt 3+4: Stationsdienst und ADL zur Kenntnis und weiteren Veranlassung**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Stationsbediensteter  
(Vermerk Bestandsstafel)

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des ADL

**7. Durch VZG Kennzeichnung auf Personalblatt und Aufnahme GPA/sowie bei Verlegung/Überstellung Kopie an Transportschein**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Mitarbeiter VZG

## HANDREICHUNG ZUR BEARBEITUNG SUIZIDPROPHYLAXEBOGEN (SP-BOGEN) "MAßNAHMEN WÄHREND DER HAFT"

Laut den Standards der Suizidprävention (Punkt 1.9 aus den Standards für den Justizvollzug im Freistaat Sachsen) muss jeder Gefangene während des Vollzuges hinsichtlich krisenhafter Ereignisse und Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere Rückzugsverhalten, beobachtet werden. Die folgenden Festlegungen beziehen sich auf die Bearbeitungslogik des Maßnahmebogens während der Haft, welche im elektronischen Suizidprophylaxebogen (eSPB) sowie in der Musterdienstanweisung hinterlegt ist.

- ✓ NAME, GEBURTSDATUM, BUCHNUMMER sowie HAFTART sind aus den Unterlagen zu entnehmen und auf dem SP-Bogen zu dokumentieren. – diese Regelung kommt nur zu Anwendung, wenn der eSPB aus technischen Gründen nicht verfügbar ist!

### 1. EINSCHÄTZUNG DER SUIZIDGEFAHR DURCH DEN FESTSTELLENDEN BEDIENSTETEN

#### a) Notfallsituation

Hinweise auf eine akute Suizidalität ergeben sich aus den unter 1 genannten Punkten.

#### b) Gefahrensituation

Die unter Punkt 1 aufgeführten Ereignisse können dazu führen, dass die Bewältigungsfähigkeiten der Person überfordert werden und suizidale Krisen auftreten. Also nicht die Ereignisse an sich sind kritisch, sondern ob der Betroffenen in der Lage ist, mit dieser Situation umzugehen. Menschen mit psychischen Erkrankungen (dazu gehört auch Sucht) oder mit suizidalen/selbstverletzenden Handlungen in der Vorgeschichte, aber auch sozial Isolierte oder Menschen mit ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen haben in der Regel nur eingeschränkte Bewältigungsressourcen. Anzeichen für eine Überforderung ergeben sich aus der Veränderung im Verhalten wie z.B.

- geringere Belastbarkeit
- eingeschränkte Wahrnehmung auf den Verlust
- Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
- negative Stimmung
- labile Stimmung
- Gereiztheit
- Rückzug
- aggressives Verhalten
- körperliche Beschwerden
- unerträgliche psychische Schmerzen.

Bisherige Erfahrungen aus dem Verhalten des Gefangenen in Krisensituationen sowie ggf. bekannte Informationen aus dem aktuellen Haftverlauf oder früheren Inhaftierungen (z.B. Sicherungsmaßnahmen, Kennzeichnung mit „S“ und/oder „GM“; siehe Dokumentation im eSPB), die für ein erhöhtes Suizidrisiko sprechen, sind in die Bewertung der aktuellen Situation miteinzubeziehen.

Wenn Sie diese Veränderungen bemerken oder Hinweise auf eingeschränkte Bewältigungsfähigkeiten bei dem Gefangenen vorliegen, dann bearbeiten Sie den Maßnahmebogen und leiten diesen an den zuständigen Fachdienst weiter.

- ✓ Am Ende der ersten Seite des SP-Bogens kann eine kurze ERLÄUTERUNG dokumentiert werden über den Gesprächseindruck bzw. Informationen, die für die weitere Einschätzung der Fachdienste relevant sein können.
- ✓ Das ERGEBNIS muss dokumentiert werden. Wenn mindestens ein Kreuz bei Punkt 1 gesetzt ist, dann zwingend Weiterbearbeitung mit Punkt 2 (Vorläufige Maßnahmen).

## 2. MABNAHMEN

- Wenn auch nur ein Kreuz unter „NOTFALLSITUATION“ vermerkt wurde, erfolgt zwingend eine „S-Kennzeichnung“
  - ➔ **Der Gefangene bleibt zu keiner Zeit allein!**
  - ➔ **Alle weiteren Informationen werden ausschließlich direkt (persönlich/telefonisch) weitergegeben!**
- Wenn mindestens ein Kreuz unter dem Punkt „GEFAHRENSITUATION“ vermerkt wurde:
  - ➔ **gemeinschaftliche Unterbringung und „GM-Kennzeichnung“**
  - ➔ **wenn gemeinschaftliche Unterbringung aus zwingenden Gründen nicht möglich, Festlegung von Beobachtungszeiträumen in unregelmäßigen Abständen von höchstens 60 min**
- Der feststellende Bedienstete legt fest, welcher FACHDIENST die weitere Überprüfung der vorläufigen Sicherungsmaßnahmen vornimmt. Nach folgenden Kriterien erfolgt die Zuordnung:

Bei körperlichen/medizinischen Faktoren erfolgt die Überprüfung durch den **Arzt**. Dazu gehören:

- „Entzugssymptome durch Drogen oder Alkohol“

Bei den folgenden Faktoren erfolgt die Überprüfung durch den **psychologischen Dienst**:

- bei allen Punkten die für eine akute Suizidgefahr(Notfallsituation), außer die bereits erwähnte Entzugssymptomatik sprechen

Bei Faktoren der "GEFAHRENSITUATION" erfolgt die Überprüfung durch den **Sozialdienst**. **Sollte bereits ein Faktor benannt sein, der vom PD überprüft wird, ist die Überprüfung durch den SD nicht mehr notwendig.**

- Bei Feststellungen, die zu einer „GM-“ oder „S-Kennzeichnung“ führen, muss **unverzüglich** eine Meldung an den Anordnungsbefugten (Vollzugsabteilungsleiter bzw. Zentralbediensteter) erfolgen, um eine Entscheidung zu vorläufig angeordneten besonderen Sicherungsmaßnahmen einzuholen.

## 3. ÜBERPRÜFUNG VORLÄUFIGER SICHERUNGSMASSNAHMEN

- Erfolgt durch den jeweiligen Fachdienst.

Die Dokumentation der Überprüfung durch den Arzt erfolgt im eSPB in der Karte „Medizinischer Dienst“.

Die Dokumentation der Überprüfung durch den Psychologischen Dienst erfolgt im eSPB in der Karte Psychologischer Dienst auf dem Formblatt „PSYCHOLOGISCHE EINSCHÄTZUNG SUIZIDRISIKO“ (Mindeststandards des psychologischen Dienstes) in Ergänzung zum „Maßnahmebogen während der Haft“ im eSPB.

Die Dokumentation der Überprüfung durch den Sozialdienst erfolgt im eSPB in der Karte Sozialdienst nach folgenden Kriterien:

- a) Gefangene(r) wirkt psychisch stabil
  - Keine suizidalen Gedanken feststellbar
  - ➔ **Keine weiteren Maßnahmen erforderlich!**
- b) Es bestehen:
  - Belastungsfaktoren und / oder Anpassungsprobleme an die Haftsituation
  - ➔ **Kennzeichnung GM!**
  - ➔ **Festlegung von Sichtkontrollen in geeigneten Abständen!**
- c) Es gibt Hinweise auf mindestens einen Aspekt:
  - Psychische Instabilität / Psychische Erkrankung / Vermittelt Hilf- und Hoffnungslosigkeit / Gefahr der Selbstverletzung / Suizidalität / Störungen der Impuls- und/oder Aggressionskontrolle
  - diese Hinweise nur dann ankreuzen, wenn ein erhöhter Unterstützungsbedarf gesehen wird oder neue Erkenntnisse vorliegen
  - die Überweisungsgründe müssen dokumentiert werden
  - ➔ **Weiterleitung an den Psychologischen Dienst zur Überprüfung (siehe oben)**

- Anschließend Vorlage der Entscheidungsempfehlung an den Vollzugsabteilungsleiter.

#### **4. DER VOLLZUGSABTEILUNGSLEITER ZUR ÜBERPRÜFUNG**

- Überprüfung des SP-Bogens auf Vollständigkeit, Schlüssigkeit und Verständlichkeit sowie Festlegung von Sicherungsmaßnahmen sowie eines Wiedervorlagetermins

#### **5. und 6. KENNTNISNAHME UND WEITERE VERANLASSUNG**

- Die Stationsbediensteten erhalten den SP-Bogen zur weiteren Verwendung, insbesondere zum Vermerk an der Bestandstafel und unterschreiben.
- Der Vollzugsabteilungsleiter oder Abteilungsdienstleiter nimmt den Eintrag im BASIS-Web vor.

#### **7. KENNZEICHNUNG**

- ✓ Die Mitarbeiter der VZG übernehmen die Kennzeichnung auf das Personalblatt.

**Der Maßnahmebogen muss vor einer Verlegung oder Überstellung abgeschlossen werden!**

**Wenn aufgrund technischer Probleme der eSPB nicht zur Dokumentation eingesetzt werden kann, bitte eine Papierversion verwenden. Der Bearbeiter muss eindeutig hervorgehen. Nach Behebung der technischen Probleme müssen die Feststellungen in den eSPB übertragen werden. Jede Unterschrift im Dokument muss leserlich sein, ansonsten muss zusätzlich ein Namensstempel verwendet werden!**

Datum: \_\_\_\_\_

### Psychologische Einschätzung Suizidrisiko

|   |   |                               |                                    |
|---|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Name  | Vorname   | Geb.                          | HR                                 |
| Vorstellungsgrund:<br><input type="checkbox"/> S-Bogen bei Aufnahme <input type="checkbox"/> Antrag <input type="checkbox"/> Meldung/Hinweis der Station <input type="checkbox"/> Überweisung MD<br><input type="checkbox"/> S-Bogen im Haftverlauf |   |                               |                                    |
| <b>Exploration</b>  |   |                               |                                    |
| <b>Einschätzung der Suizidalität</b>  |   |                               |                                    |
| Ruhewünsche:  | <input type="checkbox"/>  | Suizidabsichten:              | <input type="checkbox"/>           |
| Todeswünsche:<br>(ohne Handlungsdruck)  | <input type="checkbox"/>  | Suizidversuche:<br>Wann?:     | <input type="checkbox"/>           |
| Suizidideen:  | <input type="checkbox"/>  | Parasuizidale Handlungen:     | <input type="checkbox"/>           |
| Manipulative Tendenzen:   | <input type="checkbox"/>  | Dissimulative Tendenzen:      | <input type="checkbox"/>           |
| Absprachefähigkeit:   |   | Beziehungsfähigkeit:          |                                    |
| gegeben   | eingeschränkt   | Nicht gegeben                 | gegeben                            |
| gegeben   | eingeschränkt   | Nicht gegeben                 | gegeben                            |
| Handlungsdruck:   |   | Steuerungsfähigkeit:          |                                    |
| ja  | Verdacht  | nein                          | gegeben                            |
| gegeben   | eingeschränkt   | Nicht gegeben                 | gegeben                            |
| <b>Psychopathologischer Befund</b>  |   |                               |                                    |
| Bewusstsein:  | Stimmungslage:  |                               |                                    |
| Orientierung:   | Affektive Modulation  |                               |                                    |
| Inhaltliche Denkstörungen:  | Verhalten/Psychomotorik:  |                               |                                    |
| Formale Denkstörungen:  | Intelligenz:  |                               |                                    |
| Antrieb:  | Fremdgefährdung:  |                               |                                    |
| Schlaf:   | Halluzinationen:  |                               |                                    |
| <b>Einschätzung des Suizidrisikos</b>   |   |                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> gering   | <input type="checkbox"/> mäßig  | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> sehr hoch |
| <b>Vollzugliche Empfehlungen</b>  |   |                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Kennzeichnung „GM“   | Kontrollen:   |                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Kennzeichnung „S“  | <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> nachts: |                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> bgH  | <input type="checkbox"/> Prüfung Einweisung Psychiatrie   |                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Vorstellung Psychiater   | <input type="checkbox"/> Sitzwache  |                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> keine  |   |                               |                                    |
| Sonstige:   |   |                               |                                    |
|   |   |                               |                                    |
| Name  |   | Unterschrift                  |                                    |

Datum: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <b>Vorläufige Sicherungsmaßnahme bestätigt:</b> |  |
| <b>Station zur Kenntnis und Umsetzung:</b>      |  |
| <b>Vorstellung in der Teamberatung am:</b>      |  |
| <b>Festgelegte Maßnahmen:</b>                   |  |
| <input type="checkbox"/> Kennzeichnung GM       | Kontrollen:<br><input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> nachts: |
| <input type="checkbox"/> Kennzeichnung S        | <input type="checkbox"/> Prüfung Einweisung Psychiatrie  |
| <input type="checkbox"/> bgH                    | <input type="checkbox"/> Weiterleitung an Anstaltsarzt z.K.u.w.V.  |
| <input type="checkbox"/> Sitzwache              | <input type="checkbox"/> keine   |
| <b>Sonstige:</b>                                |  |
| <b>Unterschrift Abteilungsleiter</b>            |  |
| <b>Station zur Kenntnis und Umsetzung</b>       |  |
| <b>Eintragung ins BASIS-Web am:</b>             |  |
| <b>durch:</b>                                   |  |
| <b>Überprüfungszeitraum:</b>                    |  |
| <b>Zur GPA:</b>                                 |  |

Justizvollzug Sachsen

## Literatur

Beck, A. T., Schuyler, D. & Herman, I. (1974). Development of Suicidal Intent Scales. In Beck A. T., Resnik H. L. P. & Lettieri, D. J. (Hrsg.). *The prevention of suicide* Bowie: Charles Press Publishing, Inc., S. 45–56.

Bennefeld-Kersten, K. (2009). *Ausgeschieden durch Suizid – Selbsttötungen im Gefängnis*. Lengerich: Pabst.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., de Leo D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25 (4), 147–155.

Bronisch, T. (2002). *Psychotherapie der Suizidalität*. Stuttgart: Thieme Verlag

Bronisch, T. (2012). Krisenintervention bei Suizidalität. *Psychotherapie im Dialog*, 13, 15–20.

Bronisch, T. (2017). Suizidalität. In: Dulz, B., Briken, P., Kernberg, O. & Rauchfleisch, U. (Hrsg.) *Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung*. S. 323–333, Stuttgart: Schattauer Verlag

Dahle, K.-P., Lohner, J.C., 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.

Fazel, S. & Danesh, J. (2002): Serious mental disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359, 545–550.

Fazel, S., Benning, R. & Danesh, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *The Lancet*, 366(9493), 1301–1302.

Frottier, P., F. König, T. Matschnig, M.E.Seyringer, St. Fruehwald (2008). Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft. *Psychiatrische Praxis*, 35, 21–27.

Grebner, M., Lehle, B., Neef, I., Schonauer, K., Vogel, R., Wolfersdorf, M. Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus (2005). Empfehlung zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. In *Krankenhauspsychiatrie* 16: 51-54. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Harris, C.E. & Barraclough, B.M. (1997). Suicide as outcome for mental disorders. *Brit J Psychiatry*, 170, 205–228.

Hayes, L.M. (2013). Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 188–194.

Kozel, B. (2014). Professionelle Pflege bei Suizidalität. Psychiatrie Verlag

Lohner, J. (2008). Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten im Justizvollzug. Hamburg: Dr. Kovac. (Sonderzeichen beim Verlagsnamen)

Matschnig, T., Frühwald, S. & Frottier, P. (2006). Suizide hinter Gittern im internationalen Vergleich. *Psychiat Prax* 2006; 33(1), 6–13.

Meischner-Al-Mousawi, M., Hartenstein, S., Spanaus, K. & Hinz, S. (2020a). Suizide und Suizidprävention im deutschen Justizvollzug. *Forum Strafvollzug*, 69, 250–255.

Meischner-Al-Mousawi, M., Spanaus, K., Hartenstein, S. & Hinz, S. (2020b). Suizide weiblicher Inhaftierter in Justizvollzugsanstalten: Ergebnisse der deutschen Totalerhebung von 2000 bis 2019. Daten und Dialog im Fokus. Kriminologischer Dienst Sachsen. <https://www.justiz.sachsen.de/kd/content/712.htm>

Opitz-Welke, A., Bennefeld-Kersten, K., Konrad, N. & Welke, J. (2013). Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 (5–6), 386–389.

Penn, J.V. & Thomas, C. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of youth in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1085–1098.

Rabe, K. & Konrad, N. (2010). Aktuelle Aspekte des Gefängnis-suizids. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4 (3), 182–192.

Schneider, B. (2003). Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer.

Smith, K., Conroy, R. W. & Ehler, B. D. (1984). Lethality of Suicide Attempts Rating Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14 (4), 215–225.

Suhling, S. & Dietzel, C. (2018). Suizide im deutschen Justizvollzug 2000 bis 2017. Bericht. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges. <https://www.bag-suizidpraevention.de/aktuelles-zu-suiziden-und-suizidpraevention-im-deutschen-justizvollzug/>

Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). Psychotherapie suizidaler Patienten. Göttingen: Hogrefe.

Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008; 337:a 2205. <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a2205>

WHO (2007). Suizidprävention. Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes. Genf, Schweiz: WHO Document Production Services

Wolfersdorf, M. (1989). Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten. Regensburg: Roderer.

Wolfersdorfer, M. & Etzersdorfer, E. (2011). Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

## Impressum

Herausgegeben von der  
Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug – BAG  
Leiterin: Frau Dr. Maja Meischner-Al-Mousawi  
Kriminologischer Dienst Sachsen  
Leinestr. 111 | 04279 Leipzig  
bag.suizidpraevention@jval.justiz.sachsen.de  
© 2022

