

SUIZIDPRÄVENTION

EIN LEITFADEN FÜR MITARBEITER DES JUSTIZVOLLZUGSDIENSTES



IASP
*International Association
for Suicide Prevention*

Department of Mental Health and Substance Abuse
Weltgesundheitsorganisation

© World Health Organization 2007

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

INHALT

VORWORT	4
ALLGEMEINE FAKTEN ÜBER DEN SUIZID	6
GEFANGENE ALS HOCHRISIKOGRUPPE	7
SUIZIDPRÄVENTION IN HAFTANSTALTEN	8
Entwicklung von Suizidentenprofilen	8
<i>Profil 1: Untersuchungsgefangene</i>	8
<i>Profil 2: Strafgefangene</i>	8
Gemeinsame Risikofaktoren der Untersuchungs- und Strafhäft	9
<i>Situationale Faktoren</i>	9
<i>Psychosoziale Faktoren</i>	9
<i>Frauen</i>	9
<i>Jugendliche</i>	9
Profile ändern sich	10
SCHLÜSSELKOMPONENTEN EINES PROGRAMMS ZUR SUIZIDPRÄVENTION	10
DAS PROGRAMM	10
Schulung	10
Screening bei Aufnahme	11
Begleitung nach der Aufnahme	12
Maßnahmen nach dem Screening	13
<i>Beobachtung</i>	13
<i>Kommunikation</i>	13
<i>Soziale Intervention</i>	14
<i>Umgebung und Architektur</i>	14
<i>Psychologisch-psychiatrische Behandlung</i>	15
Wenn ein Suizidversuch passiert	15
<i>So genannte manipulative Versuche</i>	16
Wenn ein Suizid passiert	16
Zusammenfassung der „Best Practices“	17
SCHLUSSFOLGERUNGEN	18
LITERATUR	19

VORWORT

Suizid ist ein komplexes Phänomen, das im Laufe der Jahrzehnte die Aufmerksamkeit von Philosophen, Theologen, Ärzten, Soziologen und Künstlern auf sich gezogen hat; der französische Philosoph Albert Camus nennt es in *Der Mythos des Sisyphos* das einzige ernste philosophische Problem.

Als ernstes Problem der Gesundheitsfürsorge bedarf es unserer Aufmerksamkeit, wobei allerdings die Suizidprävention und -kontrolle leider keine einfachen Aufgaben darstellen. Der Stand der Forschung deutet darauf hin, dass die Suizidprävention, obwohl machbar, eine ganze Reihe von Maßnahmen erfordert, die von der Bereitstellung bestmöglicher Rahmenbedingungen, um unsere Kinder und Jugendlichen aufziehen zu können, über die effektive Behandlung von psychischen Störungen, bis hin zur umfeldbezogenen Kontrolle von Risikofaktoren reichen. Die richtige Weiterleitung von Informationen und Wachsamkeitsförderung sind Grundbestandteile für den Erfolg eines Suizidpräventionsprogramms.

Im Jahr 1999 rief die WHO SUPRE ins Leben, eine weltweite Initiative zur Suizidprävention. Dieser Leitfaden ist die überarbeitete Fassung aus einer Serie von Materialien, die im Rahmen von SUPRE entworfen wurden und die sich an spezielle soziale und professionelle Gruppen richten, denen bei der Suizidprävention eine besondere Rolle zukommt. Er stellt die Verbindung in einer langen und umfassenden Kette von Personen und Gruppen dar, die medizinische Berufe, Erzieher, soziale Organisationen, Verwaltungen, Gesetzgeber, Exekutivorgane, Familien und Gemeinden umfasst.

Wir stehen besonders in der Schuld von Dr Heather L. Stuart, Community Health and Epidemiology, Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada, die eine frühere Fassung dieses Leitfadens ausgearbeitet hat. Wir wollen darüber hinaus den Beitrag folgender Experten nicht unerwähnt lassen, denen ebenfalls unser Dank gilt:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Neuseeland
 Dr Øivind Ekeberg, Ullevål Hospital, University of Oslo, Oslo, Norwegen
 Professor Robert D. Goldney, University of Adelaide, Gilberton, Australien
 Professor Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Kanada
 Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Südafrika
 Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estland
 Professor Julio Arboleda-Flórez, Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada.

Die vorliegende Überarbeitung des Leitfadens wurde in Zusammenarbeit mit der Task Force on Suicide in Prisons der International Association for Suicide Prevention (IASP) unternommen. Wir möchten uns bei den folgenden Personen für ihren Beitrag zur Überarbeitung bedanken:

Professor Norbert Konrad, Institut für Forensische Psychiatrie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
 Professor Marc S. Daigle, University of Québec at Trois-Rivières and Centre for Research and Intervention on Suicide and Euthanasia (CRISE), Kanada
 Dr Anasseril E. Daniel, University of Missouri School of Medicine, Columbia, Missouri, USA
 Dr Greg Dear, Edith Cowan University, Joondalup, Australien
 Dr Patrick Frottier, J.A. Mittersteig, Wien, Österreich
 Mr Lindsay M. Hayes, National Center on Institutions and Alternatives, Mansfield, USA
 Professor Ad Kerkhof, Vrije Universiteit, Amsterdam, Niederlande
 Professor Alison Lieblich, Cambridge Institute of Criminology, Cambridge, Vereinigtes Königreich
 Dr Marco Sarchiapone, University of Molise, Campobasso, Italien

Die Zusammenarbeit der IASP mit der WHO bei ihren Aktivitäten in Bezug auf die Suizidprävention wird ausdrücklich begrüßt.

Die Verbreitung dieses Leitfadens, verbunden mit der Hoffnung einer Übersetzung und Anpassung an die örtlichen Bedingungen, stellt eine Voraussetzung für seinen Erfolg dar. Kommentare und Anfragen auf Übersetzung und Anpassung auf lokale Bedingungen sind willkommen.

Dr José M. Bertolote
Coordinator, Management of Mental and Brain Disorders
Department of Mental Health and Substance Abuse
Weltgesundheitsorganisation

SUIZIDPRÄVENTION

EIN LEITFADEN FÜR MITARBEITER DES JUSTIZVOLLZUGSDIENSTES

Suizide sind vielerorts die häufigste Todesursache in Haftanstalten. Gefängnisse sind für die Sicherheit und Gesundheit ihrer Insassen verantwortlich und diesbezügliche Versäumnisse können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Angeheizt durch die mediale Berichterstattung kann ein Gefängnissuizid schnell zu einem politischen Skandal werden. Darüber hinaus ist der Gefangenensuizid ein belastendes Ereignis für die damit konfrontierten Bediensteten und Mitgefangenen. Deshalb sind adäquate Suizidpräventions- und Interventionsmaßnahmen sowohl für die Gefangenen als auch für die Anstalten, in denen sie inhaftiert sind, erforderlich und lohnenswert. Aus diesem Grund beschäftigen sich Haftanstalten in vielen Ländern mit der Prävention von Gefangenensuiziden.

Haftanstalten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Gefangenenpopulation und der örtlichen Bedingungen teilweise beträchtlich: Kurzstrafer, Untersuchungsgefangene, Strafgefangene, evtl. verschärfte Haftbedingungen, Überbelegung,¹ Möglichkeiten sinnvoller Beschäftigung,² Einschlusszeiten, Hygienestandards, soziokulturelle Bedingungen, Prävalenz von HIV/AIDS, Stressniveau³ und Zugang zur medizinischen und psychologisch-psychiatrischen Basisversorgung. Jeder dieser Faktoren kann die Suizidrate auf unterschiedliche Art beeinflussen. Durch die Beachtung einiger grundlegender Prinzipien und Verfahrensweisen ist es jedoch möglich, die Suizidrate unter Gefangenen zu reduzieren.⁴

Dieser Leitfaden richtet sich zum einen an das Leitungspersonal, das für die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen in Haftanstalten verantwortlich ist, welche die psychische Gesundheit betreffen. In erster Linie wendet er sich jedoch an Vollzugsbedienstete und Fachdienste, die mit Aufgaben der Sicherheit und Fürsorge für suizidale Insassen betraut sind. Es werden einige allgemeine Hintergrundinformationen über den Suizid angeboten und Basisprinzipien vorgestellt, die ein umfassendes Programm zur Suizidprävention in Haftanstalten enthalten sollte.

ALLGEMEINE FAKTEN ÜBER DEN SUIZID

Der Suizid stellt in der Allgemeinbevölkerung ein ernsthaftes Problem dar. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass sich ungefähr alle drei Sekunden ein Suizidversuch ereignet und jede Minute sich ein Mensch suizidiert. Das bedeutet, dass mehr Menschen durch Suizid sterben als im Rahmen kriegerischer Auseinandersetzungen. Dementsprechend wurde die Reduzierung von Suiziden ein wichtiges internationales Ziel der Gesundheitsfürsorge.⁵

Die Hintergründe für Suizide sind vielfältig.⁶ Einige Menschen werden insbesondere nach bestimmten kritischen Lebensereignissen oder bei Zusammentreffen verschiedener Stresserlebnisse suizidal. Die Herausforderung für die Suizidprävention besteht darin Menschen zu identifizieren, die am meisten anfällig sind und die Bedingungen zu erkennen, unter denen dies der Fall ist, um dann gezielt zu intervenieren. Diesbezüglich haben Wissenschaftler eine Reihe von Faktoren identifiziert, die zur Erhöhung des Suizidrisikos beitragen, darunter soziokulturelle Faktoren, psychische Störungen, biologische und genetische Faktoren und 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, 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.

Viele diese Charakteristika treffen auf alle Gefangenen zu und wenigen wissenschaftliche Studien ist gelungen Eigenschaften zu identifizieren, die Gefangene welche sich suizidieren wollen von solchen zu unterscheiden, die dies nicht wollen. Eine Österreichische Studie mit Vergleichsstichprobe⁷ stellte vier spezifische individuelle Risikofaktoren (frühere Suizidversuche oder suizidale Äußerungen; psychiatrische Diagnose; während der Inhaftierung verschriebene Psychopharmaka; Gewalttat als Grund der Inhaftierung) und einen umweltbedingten Faktor fest (Einzelhaft bzw. -unterbringung). Dabei ist nicht klar ob diese Risikofaktoren auch Gültigkeit in anderen Teilen der Welt besitzen.

GEFANGENE ALS HOCHRISIKOGRUPPE

Insgesamt gesehen sind unter Gefangenen höhere Suizidraten als in der Allgemeinbevölkerung zu finden⁸ und es gibt Hinweise, dass die Raten steigen, obwohl die Gesamtzahl an Inhaftierten mitunter sinkt.⁹ Es gibt aber nicht nur mehr Suizidalität innerhalb der Anstalten, sondern auch vermehrt Suizidgedanken und -versuche unter den Gefangenen während ihrer Zeiten in Freiheit. Untersuchungsgefangene haben eine ungefähr um das 7,5fache erhöhte Suizidversuchsrate, Strafgefangene eine etwa 6fach erhöhte Rate im Vergleich zu nicht inhaftierten Männern.¹⁰ Diese Tatsachen verweisen auch auf ein grundlegendes Problem, das die Hintergründe von Gefängnis-suiziden betrifft: Zwar vereinen Menschen, die mit dem Gesetz in Konflikt kommen, einerseits von sich aus eine Reihe von Risikofaktoren auf sich (sie "importieren" das Risiko), und die Suizidraten sind auch nach einer Haftentlassung unter diesen Menschen höher.¹¹ Dies bedeutet aber nicht, dass die Haftanstalten keine Verantwortung im Rahmen der Suizidprävention von Gefangenen tragen; ganz im Gegenteil sollte versucht werden, diese gefährdeten Gefangenen zu behandeln, so lange man sie in Haft erreichen kann. Andererseits bedeutet eine Inhaftierung auch für gesunde Gefangene ein belastendes Ereignis (da sie den Gefangenen einige wichtige Ressourcen nimmt).

Eine Kombination der folgenden individuellen und umweltbedingten Faktoren kann das Suizidrisiko unter Gefangenen steigern:

- Haftanstalten sind Auffangbecken für gefährdete Gruppen, die von je her Hochrisikogruppen für Suizide darstellen wie junge Männer, psychisch Kranke, sozial Ausgliederte und Isolierte, Menschen mit Drogenproblemen und solche, die schon früher suizidales Verhalten gezeigt haben.
- Die psychologischen Auswirkungen einer Verhaftung und Inhaftierung, Entzugssymptome eines Süchtigen, eine zu erwartende lange Haftstrafe oder auch die alltäglichen Belastungen des Gefängnislebens können schon die Bewältigungsressourcen des durchschnittlichen Gefangenen übersteigen, ganz zu schweigen von denen der besonders Verletzlichen.
- In einigen Anstalten gibt es keine standardisierten Regelungen und Verfahrensweisen wie suizidale Insassen identifiziert werden können und mit ihnen umzugehen ist. In Anstalten, in denen Untersuchungen auf Risikofaktoren bei Gefangenen erfolgen, gibt es oftmals keine angemessene Überwachung der Entwicklung des Belastungsniveaus und deshalb auch nur geringe Chancen ein akutes Risiko zu entdecken.
- Auch dort wo angemessene Richtlinien und Verfahrensweisen existieren, kann überarbeitetes und ungeschultes Vollzugs- und Pflegepersonal die frühen Warnsignale übersehen.

- Haftanstalten sind oftmals von der öffentlichen Gesundheitsfürsorge abgekoppelt, so dass kaum oder gar kein Zugang zur dortigen psychologisch-psychiatrischen Versorgung besteht.

SUIZIDPRÄVENTION IN HAFTANSTALTEN

Eine Reihe von Haftanstalten hat umfassende Maßnahmen zur Suizidprävention getroffen, und in einigen Ländern wurden nationale Standards und Richtlinien zur Suizidprävention in Haftanstalten entwickelt. Durch diese umfassenden Präventionsmaßnahmen konnte die Anzahl an Suiziden und Suizidversuchen deutlich reduziert werden.^{12,13,14,15} Während die konkrete Ausgestaltung dieser Programme aufgrund der örtlichen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Gefangenen variiert, haben sie alle eine Reihe von Aktivitäten und Elementen gemein, welche die Basis einer Übereinkunft für eine „Best Practice“ bilden könnten.

Entwicklung von Suizidentenprofilen

Ein erster wichtiger Schritt bei der Reduzierung von Gefängnissuiziden ist die Entwicklung von Suizidentenprofilen, die dazu eingesetzt werden Hochrisikogruppen und -situationen aufzuspüren. So zeigen beispielsweise wissenschaftliche Studien, dass sich Suizide von Untersuchungsgefangenen von denen von Strafgefangenen hinsichtlich einiger relevanter Kriterien unterscheiden. In einigen Justizvollzugsanstalten finden sich jedoch Gefangenenpopulationen, die beiden Profilen entsprechen.⁴

Profil 1: Untersuchungsgefangene

Untersuchungsgefangene, die sich in Haft das Leben nehmen, sind überwiegend männlich, jung (20-25 Jahre), unverheiratet und Erstinhaftierte mit einem weniger schweren Delikt, das zumeist in Zusammenhang mit Drogen steht. Sie stehen bei Verhaftung oft unter Einwirkung von Drogen und begehen den Suizid bald nach ihrer Inhaftierung¹⁶ häufig in den ersten Stunden (was mit der plötzlichen Isolation, dem Inhaftierungsschock, Informationsmangel und Zukunftsunsicherheit in Zusammenhang steht). Die einzelnen Anstalten können das Suizidrisiko reduzieren, indem sie besonderes Augenmerk auf die Aufnahme-prozedur, die erste Nacht und den Versorgungsbedarf des Gefangenen legen. Eine zweite Phase erhöhten Risikos für Untersuchungsgefangene betrifft den Zeitpunkt der Hauptverhandlung, v. a. wenn ein Schuldspruch und eine relativ harte Strafe zu erwarten sind. Eine Vielzahl von Suiziden ereignet sich in den drei Tagen vor und nach der Verhandlung.¹⁷ Darüber hinaus wurde nach 60 Tagen Haft eine gewisse emotionale Erschöpfung vieler Gefangener beobachtet, die auch als „burn out“ bezeichnet werden könnte.¹⁸

Profil 2: Strafgefangene

Im Vergleich zu den Untersuchungsgefangenen, sind die Suizidenten unter den Strafgefangenen eher älter (30-35 Jahre) und Gewaltdelinquenten, die sich nach einer längeren Zeit in Haft suizidieren (oft nach vier oder fünf Jahren). Ihrem Suizid kann eine Konfliktsituation mit der Institution, mit Mitgefangenen oder der Anstaltsleitung, eine Familienstreitigkeit oder Trennung oder auch ein negativer Rechtsbescheid, wie eine abgelehnte Revision oder vorzeitige Haftentlassung vorangehen.

Die Inhaftierung bedeutet meist einen Verlust an Freiheit, familiärer und sozialer Unterstützung, Angst vor dem Unbekannten, vor körperlicher und sexueller Gewalt, sowie Unsicherheit über die Zukunft, Scham- und Schuldgefühle wegen des Delikts sowie Ängste und Belastungen wegen desolater Haftbedingungen. Die Haft geht im Laufe der Zeit mit weiteren Belastungen einher, wie z.B. Ärger mit Mitgefangenen, Viktimisierung, Enttäuschung über die rechtliche Situation sowie körperlichen Beschwerden und emotionalen Krisen. Entsprechend

steigt auch die Suizidrate von Langstrafern mit der Dauer des Aufenthaltes.¹⁸ So genannte „Lebenslange“ haben dabei ein besonders hohes Risiko.^{3,19}

Gemeinsame Risikofaktoren der Untersuchungs- und Straftaft

Zusätzlich zu den oben genannten Haftform-spezifischen Profilen, haben Gefangene unabhängig vom Haftstatus einige Charakteristika gemein, woran die Suizidprävention ansetzen kann.

Situationale Faktoren

Suizide werden vorwiegend durch Erhängen begangen, wenn die Gefangenen isoliert oder in Einzelhaft sind und wenn der Personalschlüssel besonders ungünstig ist, so wie bspw. nachts oder an Wochenenden. Darüber hinaus passieren viele Suizide wenn die Gefangenen allein sind, auch wenn sie eigentlich in einer Gemeinschaftszelle untergebracht sind.^{3,20}

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Gefangenensuizid und der Art der Unterbringung. Speziell wenn ein Gefangener in Einzelhaft untergebracht ist und nicht damit zurecht kommt oder mit besonderen Sicherungsverfügungen versehen ist (v. a. wenn dies Absonderung bedeutet), kann das Suizidrisiko steigen. Solche Unterbringung bedeutet normaler Weise 23 Stunden Einschluss am Tag über einen langen Zeitraum. Überdurchschnittlich viele Suizide ereignen sich unter solchen Unterbringungsbedingungen.²¹

Psychosoziale Faktoren

Wenig sozialer und familiärer Rückhalt, früheres suizidales Verhalten (v. a. in den letzten beiden Jahren) und die Diagnose einer psychischen Erkrankung oder emotionale Probleme sind häufig unter den Gefangenen zu finden, die sich suizidieren. Darüber hinaus werden diese Insassen oft durch andere Gefangene belästigt,²² haben Ärger mit ihren Mitgefangenen, begehen Disziplinverstöße oder bekommen schlechte Nachrichten.²³ Wie auch immer die individuellen Belastungen und Vulnerabilität aussehen, so scheint die zum Suizid führende gemeinsame Endstrecke in Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Aussichtslosigkeit und einer Unfähigkeit zu bestehen, damit zurecht zu kommen. Der Suizid erscheint dann der einzige Weg zu sein, einer verzweifelten und hoffnungslosen Situation zu entfliehen. Deshalb sollten Menschen, die Gefühle der Hoffnungslosigkeit ausdrücken oder Suizidabsichten und -wünsche haben, als besonders gefährdet angesehen werden.

Frauen

Obwohl die große Mehrheit der Suizide in Haft durch Männer erfolgt (weil auch die große Mehrheit der Gefangenen männlich ist), besteht auch unter den Frauen in Gefangenschaft ein hohes Suizidrisiko.⁴ Weibliche Untersuchungsgefangene versuchen sich viel häufiger das Leben zu nehmen als Frauen in Freiheit^{4,24} und als inhaftierte Männer. Auch die Raten für vollendete Suizide scheinen unter Frauen höher zu sein als unter Männern.²⁵ Außerdem gibt es eine hohe Rate an psychischen Erkrankungen im engeren Sinne.²⁶ Obwohl es an spezifischeren Risikoprofilen von Frauen in Untersuchungshaft und Strafvollzug mangelt, sollten Frauen, die sich durch wenig sozialen und familiären Rückhalt, frühere Suizidversuche, eine psychiatrische Vorgeschichte und emotionale Probleme auszeichnen, besondere Maßnahmen der Suizidprävention erfahren.

Jugendliche

Die Erfahrung einer Inhaftierung kann für jugendliche Straftäter besonders schwierig sein, weil sie von ihren Familien und Freunden getrennt werden. Belastete junge Gefangene sind besonders auf unterstützende Beziehungen mit dem Personal angewiesen.³ Auch deshalb kann die Isolation und Absonderung von jungen Gefangenen zu einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten beitragen, das zu jedem Inhaftierungszeitpunkt auftreten kann.²⁷ Für

Jugendliche, die in Haftanstalten für Erwachsene untergebracht sind, besteht ein besonders hohes Suizidrisiko.²⁸

Profile ändern sich

Profile können bei der Identifizierung von möglichen Hochrisikogruppen hilfreich sein, die weiteres Screening und Intervention benötigen. Sobald erfolgreiche Suizidpräventionsmaßnahmen durchgeführt wurden, können sich die Hochrisikoprofile mit der Zeit ändern.¹⁸ Dementsprechend können auch besondere Bedingungen in einer speziellen Anstalt das übliche Profil von Hochrisikogefangenen verändern. Deshalb sollten Profile nur als eine Unterstützung bei der Identifikation von Hochrisikogruppen und -zeitpunkten verstanden werden. Wann immer möglich, sollten sie dazu genutzt werden, die Bedingungen vor Ort zu überprüfen und regelmäßig aktualisiert werden, um gegebenenfalls Veränderungen erfassen zu können. Risikofaktoren sind keine „narrensicheren“ Prädiktoren und sollten nicht ohne sorgfältige klinische Untersuchung eingesetzt werden. Was bei dem Versuch der Identifizierung von Risikogefangenen besonders verwirrend erscheinen mag, ist die Tatsache, dass das Profil von Gefangenen, die sich schließlich suizidieren ähnlicher dem von „normalen“ Gefangenen ist, als dem von solchen, die einen Suizidversuch unternehmen.²⁹

SCHLÜSSELKOMPONENTEN EINES PROGRAMMS ZUR SUIZIDPRÄVENTION

DAS PROGRAMM

Alle Haftanstalten, egal wie groß, sollten vernünftige und umfassende Richtlinien zur Suizidprävention haben, die Komponenten enthalten, wie sie im folgenden vorgestellt werden. Die Genehmigung und Implementierung solcher Programme ist dabei natürlich Aufgabe der Anstaltsleitung und nicht die von Vollzugsbeamten.

Schulung

Eine der wichtigsten Komponenten eines jeden Suizidpräventionsprogramms ist ein gut geschultes Vollzugspersonal, welches das Rückgrat jeder Haftanstalt bildet. Nur sehr wenige Suizide werden von psychologisch-psychiatrischen, medizinischen oder anderen Fachdiensten verhindert, weil Suizidversuche meist im Normalvollzug unternommen werden und dann oft während der späten Abendstunden oder an Wochenenden, wenn die Fachdienste nicht mehr unmittelbar erreichbar sind. Diese Fälle müssen deshalb durch das allgemeine Vollzugspersonal verhindert werden, welches hinsichtlich Suizidprävention geschult und ein intuitives Gespür für die Gefangenen entwickelt haben muss. Der allgemeine Vollzugsdienst ist oftmals das einzige Personal, das 24 Stunden am Tag verfügbar ist, weshalb sie an vorderster Front den Kampf gegen Gefangenessuizide austragen. Der allgemeine Vollzugsdienst, wie auch medizinisches und psychologisch-psychiatrisches Personal können keine Suizidalität sicher beurteilen und keinen Suizid verhindern, solange sie dafür nicht geschult sind.

Das gesamte Vollzugspersonal, einschließlich der medizinischen und psychologisch-psychiatrischen Mitarbeiter, sollte eine einführende Schulung in das Thema der Suizidprävention erhalten, wobei jährliche Auffrischungen folgen sollten. Zumindest sollten die folgenden Bestandteile (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) darin enthalten sein: warum Gefangenschaft zu mehr suizidalem Verhalten führt, Einstellungen und Vorurteile des Personals zum Suizid, mögliche Suizid begünstigende Faktoren, Zeiträume erhöhten Risikos, Warnsignale und –symptome, jüngst erfolgte Suizide und/oder Suizidversuche innerhalb der Anstalt und die Richtlinien zur Suizidprävention der jeweiligen Anstalt. Darüber hinaus sollten alle Vollzugsdienstmitarbeiter, die regelmäßigen Kontakt zu den Insassen haben, eine Ausbildung in Erster Hilfe und Wiederbelebungsmaßnahmen erhalten. Das gesamte Personal sollte im Umgang mit den verschiedenen Notfallgeräten und -hilfsmitteln geschult sein, die sich

in den (Teil)Anstalten befinden. Um effiziente Rettungsmaßnahmen nach einem Suizidversuch gewährleisten zu können, sollten „Trockenübungen“ sowohl bei einer ersten Schulung als auch bei den Auffrischungen durchgeführt werden.²⁰

Screening bei Aufnahme

Ist das Vollzugspersonal geschult und mit den Risikofaktoren für einen Suizid vertraut gemacht, ist im nächsten Schritt ein Screeningverfahren für neu aufgenommene Gefangene einzuführen.³⁰ Da sich Suizide in Haft mitunter innerhalb der ersten Stunden nach Festnahme ereignen, muss das Screening praktisch unmittelbar nach Aufnahme des Gefangenen erfolgen, um wirkungsvoll zu sein. Noch effektiver ist es, wenn der Gefangene bei Aufnahme untersucht wird und jedes mal danach, wenn sich seine Haftbedingungen oder Umstände ändern. Vielerorts steht zu wenig psychologisch-psychiatrisches Personal in Haftanstalten zur Verfügung. Deshalb sollten die Fragen des Screenings möglichst einfach zu erheben sein, damit auch Vollzugsbedienstete die Screeningprozedur durchführen können.³¹ Überhaupt sollten die Screeningfragebögen sowohl statische (historisch-demografische) als auch dynamische (situationale und personenbezogene) Variablen erfassen.³²

Sofern es die Bedingungen zulassen, sollte das Screening im Rahmen einer medizinischen Aufnahmeuntersuchung oder eines psychologischen Aufnahmegesprächs, von einem verantwortlichen Mitarbeiter des jeweiligen Fachdienstes durchgeführt werden. Wenn das Screening Aufgabe des Vollzugsdienstes ist, so muss dieser entsprechend geschult sein³³ und ihm eine Checkliste an die Hand gegeben werden.^{30,31,34,35} So könnte beispielsweise im Rahmen einer Aufnahmeuntersuchung die positive Beantwortung einer oder mehrerer der folgenden Fragen ein erhöhtes Suizidrisiko markieren und einen Bedarf für weitere Interventionen begründen:

- Der Gefangene steht unter dem Einfluss von Drogen und/oder hat eine Vorgeschichte früheren Drogenmissbrauchs.
- Der Gefangene zeigt starke Gefühle von Scham, Schuld und Verzweiflung wegen der Verhaftung und Inhaftierung.
- Der Gefangene wirkt hoffnungslos und hat Angst vor der Zukunft oder zeigt Zeichen einer Depression, so wie z.B. Weinen, Mangel an Emotionen oder spricht weniger als sonst.
- Der Gefangene bestätigt aktuelle Suizidgedanken³⁶ (es ist ein Irrglaube, dass man Menschen nicht fragen soll, ob sie sich töten wollen, damit man sie nicht auf „dumme Gedanken“ bringt).
- Der Gefangene wurde wegen einer psychischen Erkrankung behandelt.
- Der Gefangene leidet derzeit unter einer psychischen Störung oder benimmt sich auf bizarre oder sonderbare Weise, wie z.B. dass er Schwierigkeiten hat sich zu konzentrieren, Selbstgespräche führt oder Stimmen hört.
- Der Gefangene hat einen oder mehrere Suizidversuche unternommen oder bestätigt, dass ein Suizid für ihn ein denkbarer Weg wäre.
- Der Gefangene bestätigt einen aktuellen Suizidplan (zur Informationsgewinnung sollten auch Kontakte zur Familie oder Zellennachbarn genutzt werden²⁴).
- Der Gefangene bestätigt, dass er wenig inneren und/oder äußeren unterstützenden Rückhalt besitzt oder er wirkt zumindest so.
- Der Vollzugsbedienstete, der den Gefangenen aufnimmt/verschubt, glaubt, dass der Gefangene suizidal ist.
- Nach Aktenlage der Anstalt wurde der Gefangene während eines früheren Aufenthaltes als suizidal eingeschätzt.

Aus einer Reihe von Gründen sind Suizidchecklisten ein wichtiger Bestandteil eines umfassenden Suizidpräventionsprogramms:

- Sie bieten dem Aufnahmepersonal strukturierte Fragen zu wichtigen Bereichen, die abgearbeitet werden müssen.
- Wenn wenig Zeit für eine tiefer gehende Befragung zur Verfügung steht, dienen sie als Gedankenstütze für stark beschäftigtes Personal.
- Sie erleichtern die Kommunikation zwischen den Vollzugsbediensteten, medizinischem und psychologisch-psychiatrischem Personal.
- Sie dokumentieren, dass der Gefangene hinsichtlich seines Suizidrisikos bei Aufnahme und bei sich ändernden Bedingungen untersucht wurde.

Auch wenn die Untersuchungen durch medizinisches Fachpersonal durchgeführt werden, bleibt es aus einer Reihe von Gründen wichtig, eine strukturierte Screening-Checkliste zu verwenden. Wurde erst einmal ein erhöhtes Suizidrisiko festgestellt, sollte dies in den Akten des Betroffenen vermerkt werden, so dass diese Information an das Personal einer neuen Schicht oder anderen Einrichtung oder Anstalt weitergegeben wird. Schließlich ist der Anwendungsbereich einer Suizidcheckliste nicht auf die Aufnahme-prozedur begrenzt und sie dient nicht als alleiniges Werkzeug der Risikoeinschätzung. Sie sollte jederzeit während der Inhaftierung eines Gefangenen von entsprechend geschultem Vollzugs- und psychologisch-psychiatrischem Personal eingesetzt werden, um ein Suizidrisiko und den Bedarf an weiterer Intervention zu erkennen. Im Falle eines positiven Ergebnisses des Screenings sollte der Gefangene binnen kürzester Zeit einem Psychologen oder Psychiater vorgestellt werden.^{31,34}

Leider gibt es nur wenige Erkenntnisse über mögliche Schutzfaktoren gegenüber Suiziden³⁷ – dieses Wissen würde die Risikoeinschätzung erleichtern und treffsicherer machen.

Begleitung nach der Aufnahme

Ungeachtet der Wichtigkeit von Screeningverfahren spielen diese bei der Prävention von Gefängnis-suiziden nur eine geringe Rolle. Ein Screeninginstrument kann das Personal nur darüber informieren, dass ein bestimmter Gefangener in seiner jetzigen Haftphase ein höheres Risiko hat, einen Suizidversuch zu unternehmen: es kann nicht vorhersagen, wann genau dieser sich ereignen wird oder welches die Auslöser sein werden. Weil viele Suizide in Gefängnissen auch nach der ersten Haftphase passieren (einige auch erst nach vielen Jahren), ist es nicht ausreichend nur bei Aufnahme zu untersuchen, sondern dies muss in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Um effektiv zu sein, muss Suizidprävention eine fortlaufende Begleitung enthalten. Das gesamte Personal muss darauf vorbereitet sein, während der gesamten Haftzeit des Insassen wachsam zu sein. Diesbezüglich kann das Personal Hinweise auf eine mögliche Suizidalität des Gefangenen während der folgenden Zeiträume erhalten:

- Bei Routinebeobachtungen Achten auf Hinweisen für Suizidalität oder psychische Erkrankung, wie Weinen, Schlaflosigkeit, Trägheit, extreme Rastlosigkeit oder Umherlaufen; plötzliche Wechsel der Stimmung, des Ess- oder Schlafverhaltens; Rückzug, wie beispielsweise das Verschenken seiner Habe; kein Interesse mehr an Aktivitäten oder Kontakten; wiederholtes Ablehnen der Medikamente oder die Bitte nach Dosiserhöhung der Medikamente.
- Durch Gespräche mit einem Gefangenen zeitnah an Gerichtsterminen oder anderen kritischen Zeitpunkten (wie beispielsweise Tod eines Familienmitgliedes oder Scheidung), um Gefühle der Hoffnungslosigkeit oder Suizidabsichten erkennen zu können.
- Beobachtung der Besuche von Familien oder Freunden um Streitigkeiten oder Probleme während des Besuches erkennen zu können. Angehörige sollten darin bestärkt werden, das Personal zu informieren, wenn sie befürchten, dass der Gefangene an Suizid denkt.
- Wegen der hohen Zahl an Suiziden, die in Einzelhaft geschehen, sollten die Insassen psychologisch-psychiatrisch untersucht werden, bevor sie in einen besonders

gesicherten Haftraum kommen, um sicher zu stellen, dass keine psychischen Erkrankung und/oder erhöhtes Suizidrisiko einer solchen Maßnahme entgegensteht.

- Alle Bediensteten müssen ihre Beziehung zu den Gefangenen so gestalten, dass diese ihre Belastung und Verzweiflung äußern und zeigen können, wenn sie entsteht.

Maßnahmen nach dem Screening

Einem Screening müssen angemessene Begleitung des Gefangenen und Nachuntersuchungen folgen. Deshalb müssen auf Leitungsebene klar festgelegte Richtlinien und Verfahrensweisen ausgearbeitet werden, welche die Verantwortlichkeit für Zuweisung, fortlaufende Beobachtung und psychologisch-psychiatrische Intervention von Hochrisikogefangenen regeln.

Beobachtung

Angemessene Beobachtung von suizidalen Gefangenen ist entscheidend, v.a. während der Nachtschicht (wenn der Personalschlüssel niedrig ist) und in Anstalten, in denen das Personal nicht ständig unmittelbar vor Ort ist (etwa im Polizeigewahrsam). Der Umfang der Beobachtung sollte auf das Risiko abgestimmt sein. Gefangene, die als akut suizidal eingeschätzt werden, müssen ständig beobachtet werden. Gefangene, die vom Personal als möglicherweise suizidal eingeschätzt werden aber nicht angeben sich suizidieren zu wollen, brauchen keine permanente Überwachung, sollten aber öfter beobachtet werden (z.B. engmaschige Beobachtung mit Runden alle 5 bis 15 Minuten). Wenn man in Betracht zieht, dass ein Suizidversuch durch Erhängen bereits nach 3 Minuten zu einer bleibenden Hirnschädigung führen und nach 5-7 Minuten tödlich sein kann, können Runden im Abstand von 10 bis 15 Minuten für einen akut suizidalen Insassen unzureichend sein. Ununterbrochene Überwachung und zwischenmenschlicher Kontakt sollte Gefangenen geboten werden, die isoliert werden. Individuelle Begleitung kann einerseits eine Chance für den Gefangenen sein sich auszusprechen und andererseits eine Möglichkeit der klinischen Einschätzung bieten³⁸. Risikogefangene sollten nie allein gelassen werden – stattdessen sollten ihnen Beobachtung und Begleitung zuteil werden^{8, 33}.

Kommunikation

Gewisse Verhaltensweisen, die der Gefangene an den Tag legt, können Hinweise auf eine vorliegende Suizidalität geben und können, wenn sie entdeckt und anderen mitgeteilt werden, zur Prävention eines Suizids eingesetzt werden. Es gibt im Wesentlichen drei Stufen der Kommunikation bei der Prävention von Suiziden:

- Kommunikation zwischen den festnehmenden bzw. verschubenden Beamten und Vollzugsbediensteten;
- Kommunikation zwischen den Mitarbeitern der Anstalt (einschl. Vollzugsbedienstete, medizinisches und psychologisch-psychiatrisches Personal) und
- Kommunikation zwischen den Mitarbeitern der Anstalt und dem suizidalen Insassen²⁰.

In mehrfacher Hinsicht beginnt die Suizidprävention zum Zeitpunkt der Festnahme. Der erste Kontakt, was ein Gefangener sagt und wie er sich bei der Verhaftung verhält, der Weg zur Anstalt und die Aufnahme-prozedur sind für die Entdeckung von suizidalem Verhalten wichtig. Die Festnahme ist oft der angespannteste und emotionalste Moment für den Gefangenen. Die festnehmenden Beamten sollten sehr genau auf den Gefangenen während dieser Zeit achten, da suizidales Verhalten, Angst und/oder Hoffnungslosigkeit sich hier zeigen können. Früheres Verhalten kann von Außenstehenden, wie Familienangehörigen oder Freunden, berichtet werden. Jede sachdienliche Information hinsichtlich des Wohlergehens des Gefangenen muss von festnehmenden oder verschubenden Beamten an das Vollzugspersonal der Anstalt gemeldet werden.

Weil Gefangene zu jeder Zeit im Verlauf der Inhaftierung suizidal werden können, müssen Vollzugsbedienstete wachsam bleiben, Informationen austauschen und entsprechende Meldungen an das medizinische und psychologisch-psychiatrische Fachpersonal machen. In jedem Fall sollte die Leitungsebene der Anstalt dafür Sorge tragen, dass die jeweiligen Beamten umfassend über den Zustand jedes Gefangenen informiert sind, der wegen Suizidalität beobachtet wird. Fachübergreifende Teamsitzungen (mit dem allgemeinen Vollzugsdienst, medizinischem und psychologisch-psychiatrischem Fachpersonal) sollten regelmäßig stattfinden, um dort den Zustand der Gefangenen zu besprechen, die wegen Suizidalität beobachtet werden. Darüber hinaus sollten das Auslösen von Vorkehrungen gegen den Suizid eines Insassen, jede Änderung dieser Maßnahmen und die Beobachtung eines solchen Gefangenen, auf dafür vorgesehenen Formularen dokumentiert werden, die unter dem Personal verteilt werden. Diese Dokumentation muss sorgfältig und unmittelbar erfolgen, sowie an alle Mitarbeiter weitergegeben werden, die mit dem Gefangenen zu tun haben.

Soziale Intervention

Gefangene bringen in die Haft eine Reihe von Anfälligkeiten gegenüber Suizidalität mit. Diese können im Zusammenspiel mit der Krise der Inhaftierung und den andauernden Belastungen des Gefängnislebens in einen sozialen oder emotionalen Zusammenbruch münden und zu einem Suizid führen. Soziale und körperliche Isolation und ein Mangel an unterstützenden Ressourcen steigern das Risiko für einen Suizid. Deshalb ist eine sinnvolle soziale Interaktion ein wichtiger Bestandteil der Suizidprävention in Haft ³³.

Wie bereits zuvor erwähnt, ereignet sich der Großteil der Suizide in Haftanstalten dann, wenn die Gefangenen vom Personal und Mitgefangenen isoliert sind. Deshalb kann eine Verlegung in einen besonders gesicherten Haftraum oder Absonderung aus triftigen Gründen nichtsdestotrotz das Risiko für einen Suizid steigern. Wenn die Isolation die einzig mögliche Option der Unterbringung eines suizidalen Insassen ist, sollte dauernde Beobachtung sichergestellt sein ²³. Idealerweise sollte ein suizidaler Gefangener in einem Schlafsaal oder einer Gemeinschaftszelle untergebracht werden. In einigen Anstalten wird soziale Unterstützung auch von speziell geschulten Gefangenen geleistet, sog. „buddies“ oder „listeners“, welche guten Einfluss auf potentiell suizidale Mitgefangene haben, wenn diese eher den anderen Insassen als den Beamten vertrauen ^{39, 40}. Besuche durch die Familie dienen nicht nur als Informationsquelle hinsichtlich Suizidalität eines Gefangenen, sondern können auch dem sozialen Rückhalt dienen.

Es ist dabei in jedem Fall festzuhalten, dass schlecht durchgeführte oder begleitete soziale Maßnahmen auch Risiken beinhalten. So haben z.B. stark suizidale Insassen, die in Gemeinschaftszellen untergebracht werden, leichteren Zugang zu gefährlichen Gegenständen. Teilnahmslose Zellengenossen könnten es unterlassen, das Personal zu informieren, wenn ein Suizidversuch unternommen wird. Deshalb ist die Unterbringung in einer Gemeinschaftszelle kein Ersatz für sorgfältige Begleitung und soziale Unterstützung durch geschultes Anstaltspersonal ³.

Umgebung und Architektur

Die meisten Insassen begehen Suizid durch Erhängen mittels Bettzeug, Schnürsenkeln oder Kleidung. Eine suizidsichere Umgebung wäre eine Zelle oder ein Schlafsaal, in dem keine oder wenige Punkte existieren, an denen eine Schlaufe befestigt werden kann und es keinen unbeobachteten Zugang zu tödlichen Materialien gibt.

Akut suizidale Insassen benötigen unter Umständen spezielle Kleidung oder Zwangsmaßnahmen. Da Zwangsmaßnahmen umstritten sind, bedarf es bei ihrem Einsatz klarer Richtlinien und Verfahrensweisen. Darin muss festgelegt sein, in welcher Situation der Einsatz angemessen ist und wann nicht, dass nach Möglichkeit Methoden mit dem geringsten Zwang vorrangig genutzt werden, welche Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen sind, welche Fristen es für Zwangsmaßnahmen gibt, welcher Bedarf an Begleitung und Beobachtung während der Zwangsmaßnahmen besteht und welcher Zugang zu psychologisch-psychiatrischem Fachpersonal besteht.

Mit den sich entwickelnden technischen Möglichkeiten wurde die Kameraüberwachung in einigen Anstalten eine gängige Alternative zur direkten Beobachtung durch Vollzugsbedienstete. Trotzdem führen tote Winkel und abgelenkte Überwacher zu Problemen. Tragischerweise gab es zahlreiche Beispiele von Suiziden, die sich vor laufenden Kameras ereigneten. Darüber hinaus ist die dauernde Überwachung bei den meisten Insassen verhasst, wenn sie ohne emotionale Unterstützung und Respekt von statten geht ⁴. Deshalb kann Kameraüberwachung niemals die Beobachtung eines suizidalen Insassen durch einen Bediensteten ersetzen und sollte, wenn sie eingesetzt wird, nur eine Ergänzung zur direkten Beobachtung durch das Personal sein.

Psychologisch-psychiatrische Behandlung

Psychisch kranke Gefangene mit ernsthaftem Suizidrisiko sollten mit Psychopharmaka behandelt werden können, die auch in der Allgemeinbevölkerung in derlei Fällen angewendet werden ⁴¹. Ist bei einem Gefangenen erst einmal ein erhöhtes Suizidrisiko festgestellt worden, müssen weitere Untersuchungen und Behandlung durch psychologisch-psychiatrisches Fachpersonal folgen. Die Verfügbarkeit dieses Personal ist in vielen Anstalten jedoch dadurch eingeschränkt, dass es zu wenig Fachdienste gibt und wenn überhaupt, weniger Vernetzungen zu medizinischen und psychologisch-psychiatrischen Einrichtungen der Allgemeinbevölkerung bestehen, als notwendig wäre ¹¹.

Um den medizinisch-somatischen und psychologisch-psychiatrischen Bedürfnissen der Gefangenen in vollem Umfang nachkommen zu können, müssen die Anstalten enge Netze zur Gesundheitsfürsorge ihrer Gemeinden knüpfen, wenn nicht genügend eigenes Personal und Ressourcen bestehen. Dies bedeutet, dass die Systeme der Justiz, Psychiatrie und Medizin bei der Suizidprävention in Haftanstalten eng verzahnt sein müssen. In Abhängigkeit von lokalen Gegebenheiten sind Vernetzungen der verschiedenen Fachbereiche mit allgemeinmedizinischen Einrichtungen, Notfalldiensten, psychiatrischen Einrichtungen, psychologisch-psychiatrischen Gemeindeprogrammen und Suchtgruppen zu organisieren.

Wenn ein Suizidversuch passiert

Wenn ein Suizidversuch passiert muss das Vollzugspersonal ausreichend darin geschult sein, den Bereich zu sichern und dem Gefangenen Erste Hilfe zu leisten, während man auf die Ankunft interner oder externer Notfallkräfte wartet. Erste-Hilfe-Trainings sind eine Schlüsselkomponente. Erste Hilfe, die durch das Vollzugspersonal vor Ort geleistet wird, sollte eine ausdrücklich vorgeschriebene Routineverfahrensweise in einem solchen Fall sein. Um Verzögerungen zu vermeiden müssen effektive Kommunikationskanäle zum medizinischen Personal bestehen, und Notfallmaßnahmen sollten im Vorhinein festgelegt sein. Geräte und Hilfsmittel der Notfallrettung müssen gewartet, regelmäßig überprüft und vor Ort verfügbar sein. Das ganze Personal sollte bezüglich der Anwendung von Apparaten zur Wiederbelebung geschult sein, die auch dem ganzen Personal immer zugänglich sein müssen. Alle Bediensteten müssen wissen, was im Falle eines Suizidversuchs zu tun ist ⁴².

Eine umfassende psychologische Einschätzung des Gefangenen sollte so bald wie möglich (und aus medizinischer Sicht verantwortbar) nach dem Vorfall unternommen werden. Ein solches Gespräch sollte in einem abgeschirmten Umfeld erfolgen, in dem eine Untersuchung ohne Zeitdruck und Störungen von Außen möglich ist, und in dem sich Interviewer und Gefangener wohl fühlen können. Das Gespräch sollte die Umstände der Selbstschädigung, das Ausmaß der Suizidabsicht, die zugrunde liegenden Probleme mit denen der Gefangenen kämpft (sowohl die überdauernden als auch die akuten) klären und feststellen, ob der Gefangene an einer psychischen Störung leidet, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für weitere Selbstverletzungen in der nächsten Zeit ist (z.B. starke Suizidgedanken, denen der Gefangenen nur schwer widerstehen kann), welche Hilfsmaßnahmen indiziert sind und welche Hilfe der Gefangene akzeptiert.

So genannte manipulative Versuche

Manchmal werden suizidale Gesten oder Suizidversuche als manipulativ eingeschätzt. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Insassen ihr suizidales Verhalten dazu einsetzen, um Kontrolle über ihre Umwelt zu gewinnen, wie z.B. in ein Krankenhaus oder in eine weniger restriktive Umgebung verlegt zu werden^{43, 44}. Jeder Vollzugsbeamte, der die Sicherheit speziell in einer hoch gesicherten Vollzugsanstalt im Auge hat, muss an die Möglichkeit eines inszenierten Suizidversuchs denken, um damit einen Fluchtversuch einzuleiten oder aus irgendeinem anderen bedenklichen Motiv. Inhaftierte Männer mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen oder „Psychopaths“ neigen unter Umständen eher dazu, manipulative Versuche zu unternehmen, da sie Schwierigkeiten haben, sich an das hoch kontrollierte, streng geregelte Regime des Gefängnislebens anzupassen⁴⁵. Darüber hinaus stellt selbstverletzendes Verhalten für einige Gefangene eine Möglichkeit dar Anspannung zu reduzieren⁴⁶. Gerade bei inhaftierten Frauen ist wiederholtes selbstverletzendes Verhalten (wie z.B. Schneiden oder Sich-Brennen) eine Antwort auf die Belastung durch die Inhaftierung und die Gefängniskultur. Tatsächlich ist es nicht leicht selbstverletzendes Verhalten von Suizidversuchen zu unterscheiden, auch wenn nach der Absicht des Gefangenen gefragt wird⁴⁷. Es gibt Hinweise dafür, dass viele Vorfälle eine starke Suizidabsicht beinhalten und dabei gleichzeitig ein so genanntes manipulatives Motiv vorliegt, wie z.B. der Wunsch, Aufmerksamkeit auf die emotionale Belastung zu lenken oder die Behandlung der eigenen Person zu beeinflussen, wie z.B. die Vermeidung einer Verlegung in eine Anstalt, in der weniger Familienbesuche möglich sind⁴⁸.

Wenn das Vollzugspersonal glaubt, dass ein bestimmter Gefangener versucht seine Umwelt durch selbstschädigendes Verhalten zu kontrollieren oder manipulieren, gibt es Tendenzen die suizidale Geste nicht ernst zu nehmen – um nicht einem Manipulationsversuch aufzusitzen. Das gilt insbesondere dann, wenn ein Gefangener schon früher Regel- oder Disziplinstöße gezeigt hat⁴⁴. Nichtsdestotrotz können Suizidversuche, welcher Motivation auch immer, zum Tod führen, auch wenn das nicht die ursprüngliche Absicht war. Wegen der eingeschränkten Anzahl der verfügbaren Methoden greifen die Insassen mitunter zu sehr gefährlichen Methoden (z.B. Erhängen), auch wenn es keinen echten Wunsch gibt zu sterben oder weil sie nicht wissen, wie gefährlich diese Methode ist⁴⁹. Versuche mit geringer Suizidabsicht sollten eher als Kommunikationsversuch denn als zweckgerichtetes Verhalten gesehen werden, d.h. als dysfunktionaler Versuch ein Problem auszudrücken. Die richtige Antwort wäre es nach den Problemen des Gefangenen zu fragen und nicht ihn/sie zu bestrafen. Ein Ignorieren von selbstverletzendem Verhalten oder Bestrafungen durch Isolation können das Problem noch verschlimmern, da sich der Gefangene gezwungen sieht größere Risiken auf sich zu nehmen. Deshalb sind für ausagierende, möglicherweise sich selbst verletzende Gefangene Maßnahmen besonders wichtig, die eine enge Begleitung, sozialen Rückhalt und Zugang zu psychosozialen Ressourcen fördern.

Wenn ein Suizid passiert

Wenn ein Suizid passiert müssen Verfahrensweisen existieren, um den Vorfall offiziell zu dokumentieren bzw. zu melden und um durch die notwendige konstruktive Rückmeldung die zukünftigen Anstrengungen der Suizidprävention zu verbessern. Deshalb sollten nach einem solchen Vorfall die Vollzugsbediensteten und das medizinische Personal eine Einsatzbesprechung abhalten, um dadurch:

- die Ereignisse, die zum Suizid führten zu rekonstruieren;
- die Faktoren zu identifizieren, die zum Tod des Insassen führten und übersehen wurden oder auf die unangemessen reagiert wurde;
- die Eignung der Ersten Hilfe zu prüfen;
- Schlüsse für Leitlinien zu ziehen, um zukünftige Präventionsbemühungen zu verbessern.

Darüber hinaus kann es sein, dass Vollzugsbeamte und anderes Personal oder auch Mitgefangene, die den Suizid eines Insassen mit ansehen mussten, von Gefühlen erschüttert werden, die von Ärger und Wut bis hin zu Schuld und Traurigkeit reichen. Diese Personen können von ausführlicheren Besprechungen profitieren, die bis hin zu Selbsthilfe- und Therapiegruppen reichen können.

Obwohl selten, kann es in Haftanstalten auch zu Häufungen von Suiziden kommen⁴. Die Untersuchung solcher Häufungen erbrachte, dass das Risiko v. a. in den vier Wochen nach dem ersten Suizid groß ist und mit der Zeit wieder sinkt⁵⁰. Junge Insassen sind besonders anfällig für so genannte Nachahmungs-Suizide⁵¹. Das Personal muss besonders zu dieser Zeit erhöhten Risikos wachsam sein. Strategien zur Reduktion des Risikos für Nachahmungssuizide umfassen die Sicherstellung der psychiatrischen Behandlung von psychisch kranken Gefangenen, die Verlegung oder Behandlung der besonders Gefährdeten und die vorsichtige offizielle Übermittlung der Information, dass sich ein Suizid ereignet hat.

Zusammenfassung der „Best Practices“

Zunächst einmal scheint die „Unternehmenskultur“ und Zusammenarbeit des Personals innerhalb einer Anstalt wichtig für die erfolgreiche Einführung eines Programms zur Suizidprävention. „Best practices“ zur Prävention von Suiziden in Haftanstalten fußen auf der Entwicklung und Dokumentation eines umfassenden Plans zur Suizidprävention mit den folgenden Bestandteilen:

- Ein Schulungsprogramm (inkl. Auffrischungen) für das Vollzugspersonal und die Fachdienste, damit diese suizidale Insassen identifizieren lernen und angemessen auf suizidale Krisen reagieren können.
- Beachtung der allgemeinen Haftbedingungen (Beschäftigungsniveau, Sicherheit, Kultur der Personal-Gefangenen-Beziehung). Insbesondere die Qualität des sozialen Klimas ist bei der Reduzierung von suizidalem Verhalten wichtig. Obwohl Gefängnisse niemals eine stressfreie Umgebung sein können, muss die Leitungsebene effektive Strategien umsetzen, um Belästigungen und Gewalt unter Gefangenen in ihren Anstalten zu reduzieren und um unterstützende Beziehungen zwischen Gefangenen und dem Personal zu etablieren. Die Qualität des Verhältnisses zwischen Personal und Gefangenen ist von entscheidender Bedeutung bei der Verringerung der Belastung für den Gefangenen und der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass er dem Bediensteten genug vertraut um sich ihm zu öffnen, wenn seine Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft sind, er hoffnungslos ist und Suizidgedanken hat.
- Verfahren um die Gefangenen systematisch bei der Aufnahme und im Verlauf der Inhaftierung zu untersuchen, um diejenigen zu identifizieren, die besonders gefährdet sind.
- Ein Mechanismus, um die Kommunikation über besonders gefährdete Gefangene innerhalb des Personals aufrecht zu erhalten.
- Schriftliche Verfahrensweisen, welche die Minimalanforderungen für die Unterbringung von Gefangenen mit hohem Risiko regeln; Gewährung sozialer Unterstützung; regelmäßige Beobachtungsrunden und dauerhafte Überwachung bei akut suizidalen Gefangenen und angemessener Einsatz von Zwangsmaßnahmen als letztes Mittel um selbstverletzende Gefangene zu kontrollieren.
- Psychisch kranke Gefangene, die psychopharmakologische Medikation benötigen, sollten diese nur unter Sicht einnehmen.
- Einrichtung von ausreichenden Möglichkeiten zur psychologisch-psychiatrischen Versorgung oder Schaffung einer Vernetzung mit der öffentlichen Versorgung, um den Zugang zu Fachpersonal im Falle des Bedarfs weiterer Diagnostik und Behandlung zu garantieren.
- Eine Leitlinie für die Nachbereitung eines Suizids, die Wege zur Verbesserung von Identifizierung, Begleitung und Umgang in Haftanstalten aufzeigt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Obwohl es nicht immer möglich ist exakt vorherzusagen, ob und wann ein Gefangener sich suizidieren wird, liegt es an der Leitungsebene, den Mitarbeitern des Vollzugsdienstes, sowie den medizinischen und psychologisch-psychiatrischen Fachdiensten, suizidales Verhalten zu identifizieren, einzuschätzen und zu behandeln. Wenn auch nicht alle Suizide von Gefangenen vermeidbar sind, so sind es doch viele und eine systematische Reduzierung dieser Tode erscheint möglich, wenn umfassende Maßnahmen zur Suizidprävention in den Gefängnissen rund um den Globus eingeführt werden.

LITERATUR

- ¹ Huey MP, McNulty TL. Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 2005, 85(4): 490-514.
- ² Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 355-360.
- ³ Liebling A. 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, 2006, 16-28.
- ⁴ Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: University Press, 2005, 307-334.
- ⁵ World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
- ⁶ Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
- ⁷ Frühwald S, Matschnig T, König F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: 494-498.
- ⁸ Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 3-17.
- ⁹ Frühwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet*, 2005, 366: 1242-1244.
- ¹⁰ Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 2005, 35: 257-269.
- ¹¹ Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 2006, 368: 119-123.
- ¹² Cox JF, Morschauer PC. A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997, 18(4): 178-184.
- ¹³ Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 1994, 22(4): 477-487.
- ¹⁴ White TW, Schimmel DJ. Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: LM Hayes, *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 1995, 46-57.
- ¹⁵ Gallagher CA, Dobrin A. The association between suicide screening practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(5): 485-493.
- ¹⁶ Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 263-267.
- ¹⁷ Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44: 256-261.
- ¹⁸ Frottier P, Frühwald S, Ritter K, Eher R, Schwärzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 68-73.
- ¹⁹ Borrill J. Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 30-38.
- ²⁰ Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puisis, *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 2006, 317-328.
- ²¹ Metzner J, Hayes L. Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: R Simon, R Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 2006, 139-155.
- ²² Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, 28(3): 279-299.
- ²³ Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, 28(3): 207-221.

- ²⁴ Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
- ²⁵ Mackenzie N, Oram C, Borrill J. Self-inflicted deaths of women in custody. *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5(1): 27-35.
- ²⁶ Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002, 359: 545-550.
- ²⁷ Hayes, L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2005, 26(3): 146-148.
- ²⁸ Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28(4): 317-326.
- ²⁹ Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004, 22(6): 833-842.
- ³⁰ Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(1): 63-75.
- ³¹ Dahle KP, Lohner J, Konrad N. 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*, 2005, 4(1): 53-62.
- ³² Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 2005, 10(1): 1-12.
- ³³ Kerkhof AJFM, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention. In: D Wasserman D, Wasserman C. *The Oxford Textbook on suicide: Continental perspectives*. London: The Oxford Press, in press.
- ³⁴ Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 343-354.
- ³⁵ Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.
- ³⁶ Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256(2): 87-92.
- ³⁷ Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30(4): 370-376.
- ³⁸ Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 2006, 12(1): 1-12.
- ³⁹ Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 2004, 25(1): 19-26.
- ⁴⁰ Junker G, Beeler A, Bates J. Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win-Win Solution. *Psychological Services*, 2005, 2(1): 20-27.
- ⁴¹ Daniel, AE. Preventing suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2006, 34(2): 165-175.
- ⁴² Wool R, Pont J. *Prison Health Care: A Guide for Health Care Practitioners in Prisons*. London: Quay Books, 2006.
- ⁴³ Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.
- ⁴⁴ Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: 167-178.
- ⁴⁵ Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 370-385.
- ⁴⁶ Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 18-29.

⁴⁷ Daigle MS, Côté G. Non-fatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(6): 670-681.

⁴⁸ Dear G, Thomson D, Hills A. Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 2000, 27: 160-175.

⁴⁹ Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck, AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72: 1170-1174.

⁵⁰ Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: 69-72.

⁵¹ Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(6): 667-685.