Beitrag aus dem Fach Psychiatrie

Constanze Schmutzer
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Jena

18.11.2026

Einsatzmeldung durch die Leistelle

- Stichwort 03B

Kasuistik

- **Lebenskrise durch Beenden einer Partnerschaft.**
- Whats app-Nachricht an ehemalige Partnerin "Jetzt macht alles keinen Sinn mehr. Ich mach Schluss„
- Die ehemalige Partnerin verständigt darauf die Polizei. Die Polizei verständigt den Rettungsdienst.
- Am Einsatzort distanziert sich der Nachrichtenschreiber "Ich habe das nicht so gemeint, wollte nur ein schlechtes Gewissen machen"
- Einsatzort A: Zu Hause im Wohnzimmer, Fernseher läuft, eine angebrochene Bierflasche + Abendbrotsteller auf dem Tisch
- Einsatzort B: Am Bahnhof des Wohnorts, auf einer Bank an Gleis 1 (+ Flasche Wodka, mind. zur Hälfte leer)

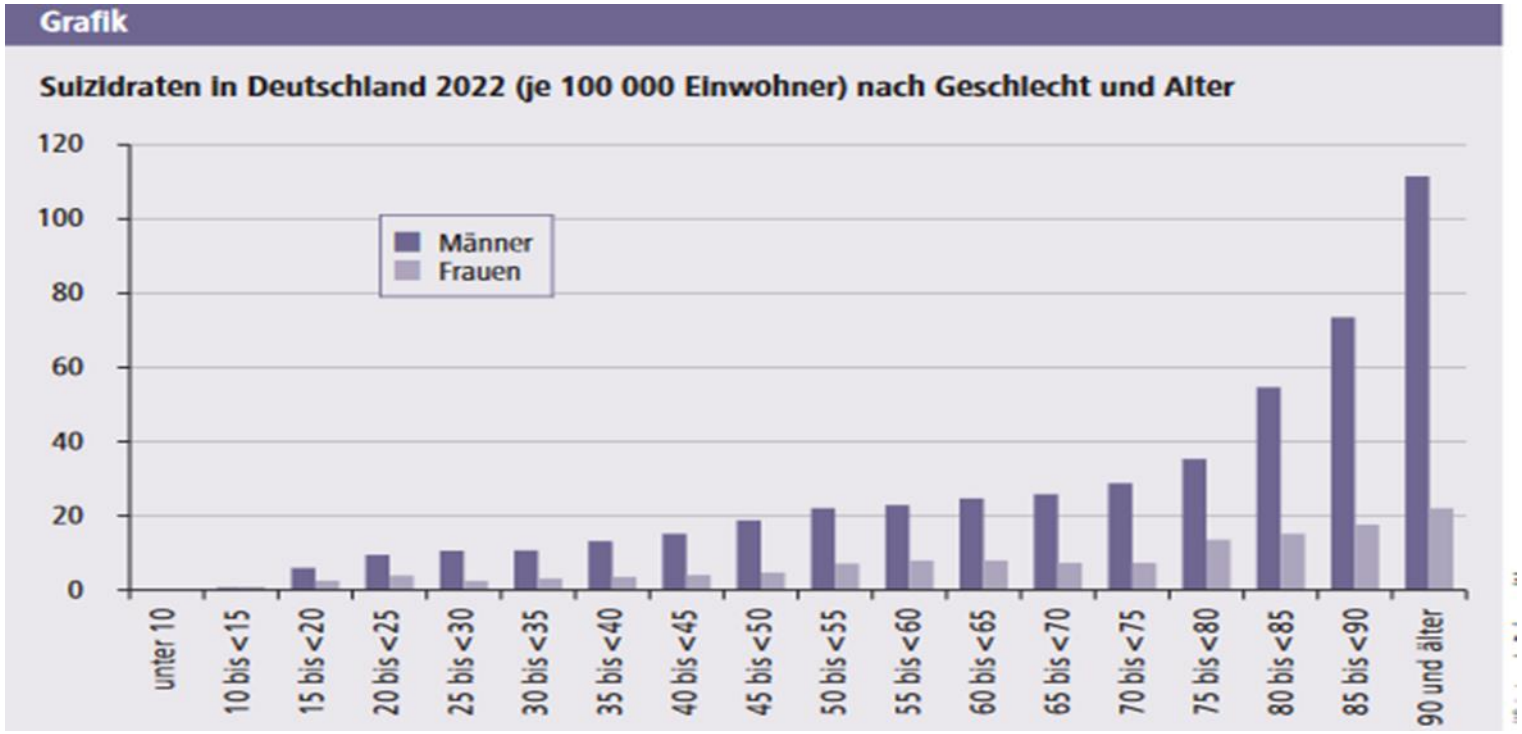
Grundlage:

- S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität (AWMF-Registernummer: 038-028)- geplante Fertigstellung 10.01.2026

Suizidalität allgemein

- Def: Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln lassen von anderen Menschen, den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ereignis in Kauf nehmen
- keine Krankheit, eine ureigene menschliche Denk- und Verhaltensweise
- In Deutschland sterben im Durchschnitt deutlich mehr Menschen durch Suizid (11334) als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen (~5395)
- Verteilung 70%vs 30%; Anstieg über 9%
- Suizidversuche: über 100000/Jahr

Verteilung


Grafik
Suizidraten in Deutschland 2022 (je 100 000 Einwohner) nach Geschlecht und Alter
120
100
80
60
40
20
0
Männer
Frauen
unter 10
10 bis <15
15 bis <20
20 bis <25
25 bis <30
30 bis <35
35 bis <40
40 bis <45
45 bis <50
50 bis <55
55 bis <60
60 bis <65
65 bis <70
70 bis <75
75 bis <80
80 bis <85
85 bis <90
90 und älter

Erfassung und Diagnostik

- **Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, soll ein professionelles Gespräch angeboten werden**

- Ziel: Erstellung eines psychischen Befundes, Erstellen der Verdachtsdiagnose und Feststellung des daraus resultierenden Handlungsbedarfs
- Exploration=Handwerkszeug um das zu erreichen, „das Skalpell des Psychiaters“

Gesprächsführung

- Offen, empathisch, wertneutral
- Zunächst offene Fragen, auch zur Herstellung der Beziehung
- Zur Befunderstellung/Risikoabschätzung mehr und mehr geschlossene Fragen
- Nicht mit Floskeln zufrieden stellen, gezielt nachfragen
- Gesagtes kurz zusammenfassen und fragen, ob man das richtig verstanden hat
- Sich nicht von eigenen Wertvorstellungen und Ansichten leiten lassen
- Das Gespräch leiten und sich nicht aus der Hand nehmen lassen
- Professionell bleiben und keine Lösungen anbieten
- Vereinbarungen mit einer Geste (Handschlag) untermauern

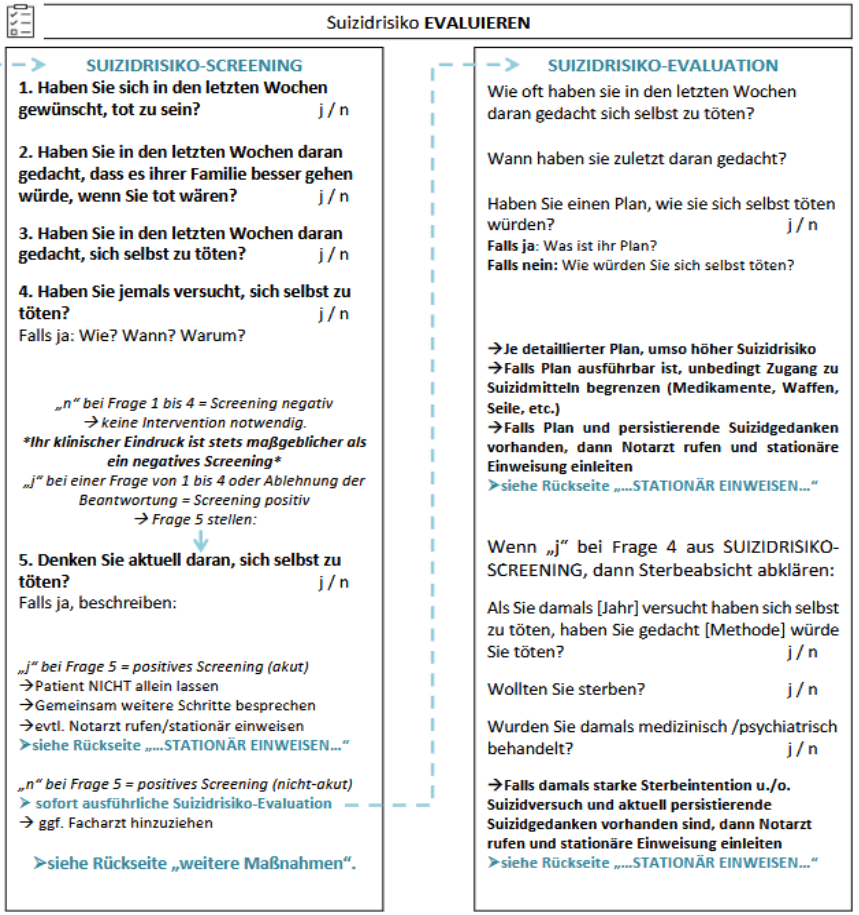
- **Das Ansprechen von suizidalem Erleben und Verhalten erhöht das Suizidrisiko nicht. Patient*Innen mit Hinweis auf einen psychisch belasteten Zustand und/ oder Anhaltspunkten für eine mögliche Suizidalität bzw. mit krisenhaft erlebten Situationen sollen proaktiv auf suizidales Erleben und Verhalten angesprochen und ggf. mit ihnen darüber gesprochen werden.**

Mögliche Fragen, Quelle Ärzteblatt

Gesprächsleitfaden zur Abschätzung der Suizidgefährdung

Abzudeckende Bereiche	Beispielformulierung
Gesprächseinstieg	Ich kann sehen, dass Sie sehr verzweifelt sind. Ich mache mir Sorgen um Sie. Haben Sie denn finstere Gedanken oder haben Sie sogar daran gedacht, sich etwas anzutun?
Passive Todeswünsche versus konkrete Suizidgedanken	• Hatten Sie in letzter Zeit das Gefühl, nicht mehr weiterleben zu wollen? • Haben Sie in Ihrer derzeit schwierigen Situation Gedanken an den Tod? • Was genau geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie sagen, Sie hätten nichts dagegen, tot zu sein? • Denken Sie dabei auch an Suizid? • Was für Gedanken kommen da genau? • Wie oft haben Sie Suizidgedanken?
Aktive Suizidplanung	• Haben Sie konkrete Pläne gemacht, wie Sie es tun würden? • Haben Sie konkrete Vorbereitungen getroffen, zum Beispiel Medikamente besorgt? • Haben Sie Vorkehrungen getroffen, zum Beispiel Wertsachen verschenkt?
Frühere Suizidgefährdung/ -versuche	• Waren Sie schon einmal kurz davor, Suizid zu begehen? • Haben Sie bereits einen Suizidversuch unternommen? Wenn ja, wann war dies? Auf welche Art und Weise haben Sie es versucht?
Weitere Risikofaktoren	• Ist bei Ihnen eine psychische Erkrankung bekannt? • Haben Sie Suizidgedanken, ohne es zu wollen? Das heißt mit anderen Worten: Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt? • Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?
Ressourcen	• Gibt es etwas, das Sie am Leben hält? • Haben Sie mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen?

Quelle : Pocket Guide Suizidalität NeST



Suizidrisiko **EVALUIEREN**

SUIZIDRISIKO-SCREENING

1. Haben Sie sich in den letzten Wochen gewünscht, tot zu sein? j / n

2. Haben Sie in den letzten Wochen daran gedacht, dass es ihrer Familie besser gehen würde, wenn Sie tot wären? j / n

3. Haben Sie in den letzten Wochen daran gedacht, sich selbst zu töten? j / n

4. Haben Sie jemals versucht, sich selbst zu töten? j / n
Falls ja: Wie? Wann? Warum?

„n" bei Frage 1 bis 4 = Screening negativ
→ keine Intervention notwendig.
Ihr klinischer Eindruck ist stets maßgeblicher als ein negatives Screening
„j" bei einer Frage von 1 bis 4 oder Ablehnung der Beantwortung = Screening positiv
→ Frage 5 stellen:

5. Denken Sie aktuell daran, sich selbst zu töten? j / n
Falls ja, beschreiben:

„j" bei Frage 5 = positives Screening (akut)
→Patient NICHT allein lassen
→Gemeinsam weitere Schritte besprechen
→evtl. Notarzt rufen/stationär einweisen
➢siehe Rückseite „…STATIONÄR EINWEISEN…"

„n" bei Frage 5 = positives Screening (nicht-akut)
➢ sofort ausführliche Suizidrisiko-Evaluation
→ ggf. Facharzt hinzuziehen

➢siehe Rückseite „weitere Maßnahmen".

SUIZIDRISIKO-EVALUATION

Wie oft haben sie in den letzten Wochen daran gedacht sich selbst zu töten?

Wann haben sie zuletzt daran gedacht?

Haben Sie einen Plan, wie sie sich selbst töten würden? j / n
Falls ja: Was ist ihr Plan?
Falls nein: Wie würden Sie sich selbst töten?

→Je detaillierter Plan, umso höher Suizidrisiko
→Falls Plan ausführbar ist, unbedingt Zugang zu Suizidmitteln begrenzen (Medikamente, Waffen, Seile, etc.)
→Falls Plan und persistierende Suizidgedanken vorhanden, dann Notarzt rufen und stationäre Einweisung einleiten
➢siehe Rückseite „…STATIONÄR EINWEISEN…"

Wenn „j" bei Frage 4 aus SUIZIDRISIKO-SCREENING, dann Sterbeabsicht abklären:

Als Sie damals [Jahr] versucht haben sich selbst zu töten, haben Sie gedacht [Methode] würde Sie töten? j / n

Wollten Sie sterben? j / n

Wurden Sie damals medizinisch /psychiatrisch behandelt? j / n

→Falls damals starke Sterbeintention u./o. Suizidversuch und aktuell persistierende Suizidgedanken vorhanden sind, dann Notarzt rufen und stationäre Einweisung einleiten
➢siehe Rückseite „…STATIONÄR EINWEISEN…"

- **Bei Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität sowie Personen, bei denen sich der Verdacht bereits erhärtet hat, soll künstliche Intelligenz nicht anstelle des Standard of Care zur Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens genutzt werden**

Graduierung Suizidalität

- Pragmatische Einteilung:
- Stufe 1: Lebensüberdrussgedanken bzw. passive Todeswünsche („nicht mehr aufwachen“, „ich wünschte ich wäre weg“)
- Stufe 2: konkrete, aktive Suizidgedanken, ohne bisherige Planungen (Abwägen von Alternativen, sich für eine entscheiden)
- Stufe 3: imperative, aufdrängende Suizidgedanken oder konkrete Planungen oder Vorbereitungen für einen Suizidversuch (Aufsuchen von Orten, Besorgen von Utensilien..)

Risikofaktoren

- Soziodemografische Faktoren: Alter, Geschlecht, Migration, Nicht-heterosexuelle Orientierung und/oder die Zugehörigkeit zu einer geschlechtlichen Minderheit
- Sozioökonomische Faktoren: Armut und Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, ggf drohende Inhaftierung, Einsamkeit
- Ein früherer Suizidversuch, Suizide in der Familie
- Traumatische Lebenserfahrungen
- Psychische Störungen, insbesondere affektive Störungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen,
- Somatische Erkrankungen
- Verfügbarkeit von Methoden

Protektive Faktoren

- Religion
- Familie
- Freunde
- Haustiere
- Hoffnung auf Besserung

Psychischer Minimalbefund

- Bei Verbleib in der Häuslichkeit:

„Patient wach, voll orientiert, im Denken geordnet. Erhaltene höhere kognitive Funktionen, klar distanziert von Suizidalität, problemlöse- und zukunftsorientiert“

- Problem: es gibt keine klaren Messwerte, aber: **Vertrauen sie ihrer Gesprächsführung und Exploration!**

Anforderungen an die Dokumentation

- **Gefährdung konkret** beschreiben (nicht „wirkt suizidal“, sondern: „kündigt an…, hat…, setzt an…“): Zitate des Pat. verwenden
- „**Fehlende Einsicht in notwendige Krankenhausbehandlung**“ niederschreiben
- Welche **Alternativen** versucht? (Gespräch, Angehörige, freiwillige Vorstellung)
- Warum Transport/Behandlung nicht anders sicher möglich?
- Maßnahmen, Zeitpunkte, Monitoring, Wirkungen / Nebenwirkungen
- Hilflosigkeit (bei aufgehobener Orientierung o. aufgehobene höhere kognitive Funktionen, Desorganisation)
- Handlungsleitende (Positiv)symptome (Wahn, Halluzination, Affekte…)können Einweisung auf Grund Eigengefährdung begründen

Zurück zur Kasuistik: Situation 1

- **Lebenskrise durch Beenden einer Partnerschaft.**
- Whats app-Nachricht an ehemalige Partnerin "Jetzt macht alles keinen Sinn mehr. Ich mach Schluss"
- Die ehemalige Partnerin verständigt darauf die Polizei. Die Polizei verständigt den Rettungsdienst.
- Am Einsatzort distanziert sich der Nachrichtenschreiber "Ich habe das nicht so gemeint, wollte nur ein schlechtes Gewissen machen"
- Einsatzort A: Zu Hause im Wohnzimmer, Fernseher läuft, eine angebrochene Bierflasche+ Abendbrotsteller auf dem Tisch
- Was fragen Sie? Wie beurteilen Sie die Auffindesituation?

Psychischer Befund

- Bewusstsein?
- Orientierung?
- Kognitive Funktionen?
- Graduierung Suizidalität?
- Lösungsorientierung

Situation 2

- **Lebenskrise durch Beenden einer Partnerschaft.**
- Whats app-Nachricht an ehemalige Partnerin: "Jetzt macht alles keinen Sinn mehr. Ich mach Schluss"
- Die ehemalige Partnerin verständigt darauf die Polizei. Die Polizei verständigt den Rettungsdienst.
- Am Einsatzort distanziert sich der Nachrichtenschreiber "Ich habe das nicht so gemeint, wollte nur ein schlechtes Gewissen machen“
- Einsatzort B: Am Bahnhof des Wohnorts, auf einer Bank an Gleis 1 (+ Flasche Wodka, mind. zur Hälfte leer)
- Was fragen Sie? Wie beurteilen Sie die Auffindesitution?

Psychischer Befund

- Bewusstsein?
- Orientierung?
- Kognitive Funktionen?
- Graduierung Suizidalität?
- Lösungsorientierung

Sofortmaßnahmen bei aktiver Suizidalität

- Ruhiges, wertneutrales und empathisches Gespräch: Pat. erstmal abholen wo er steht
- Kurzzeitige Behandlung mit Benzodiazepinen indiziert: Lorazepam 1-2,5mg p.o.
- Bei akuter Suizidalität 1:1 Betreuung und stationäre Behandlung
- Nach erfolgtem SV: verletzungsabhängig internist./chirurg. gemeinsam mit psychiatrischer Versorgung
- Bis zur fachspezifischen Evaluation ist Pat. als suizidal einzuschätzen
- Anti-Suizid-Pakt schließen: Betroffener Person per Handschlag das Versprechen abnehmen, dass kein Suizidversuch bis zum nächsten Termin unternommen wird

Pat. muss mit, möchte aber nicht:

- **§ 34 StGB: Notstandslagen (insb. Bei Eigen- und Fremdgefährdung) können freiheitsentziehende Maßnahmen rechtfertigen**
- „…In einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut ist eine freiheitsentziehende Maßnahme gerechtfertigt, um die Gefahr für den Betroffenen oder einen Dritten abzuwenden,
- Wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte Interesse, d.h. das persönliche Freiheitsrecht des Betroffenen, wesentlich überwiegt.
- Und die Fixierung das angemessene Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

§ 7 ThürPsychKG – Voraussetzungen und Zweck der Unterbringung

- (1) Ein psychisch kranker Mensch kann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses untergebracht und behandelt werden, wenn und solange er infolge seines Leidens sein Leben, seine Gesundheit oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährdet und die gegenwärtige Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung.
- (3) Eine gegenwärtige Gefahr im Sinne des Absatzes 1 besteht dann, wenn infolge der psychischen Erkrankung ein Schaden stiftendes Ereignis bereits eingetreten ist, unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.
- (4) Der Zweck der Unterbringung ist, die in Absatz 1 genannte Gefahr abzuwenden und den psychisch kranken Menschen nach Maßgabe dieses Gesetzes zu behandeln.
- (5) Steht der psychisch kranke Mensch unter elterlicher Sorge oder Vormundschaft oder ist für ihn ein Pfleger oder Betreuer bestellt, dessen Aufgabenkreis die Aufenthaltsbestimmung umfasst, ist der Wille desjenigen maßgeblich, dem das Aufenthaltsbestimmungsrecht zusteht.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit! Zeit für Fragen und Diskussion.

