

**Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie**

der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. H. Beckmann

Die Effektivität von Nicht-Suizid-Verträgen

Inaugural – Dissertation

**Zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät**

der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Carmen Kutter-Vogt

aus Schweinfurt

Würzburg, März 2006

Referent: Prof. Dr. A. Schmidtke

Koreferent: Prof. Dr. D. Patzelt

Dekan: Prof. Dr. Georg Ertl

Tag der mündlichen Prüfung:

6. März 2007

Die Promovendin ist Ärztin

Den Menschen, die ich liebe

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Einführung	1
1.2 Literaturrecherche	2
1.3 Die Geschichte des Nicht-Suizid-Vertrages	2
1.4 Nicht-Suizid-Verträge im Vergleich	3
1.4.1 Dormann (2002)	3
1.4.2 Dormann (2002)	4
1.4.3 Schuldt (1980)	5
1.4.4 O`Farrell, Goodenough, Cutter (1981)	5
1.4.5 Rosenthal, H.-G. (1986)	6
1.4.6 Cox (1979)	6
1.4.7 Egan (1997)	7
1.4.8 Stanford, Goetz, Bloom (1994)	8
1.4.9 Bongar (1991)	8

1.4.10 Simon (1999)	9
1.4.11 Drye at al. (1973)	9
1.5 Der Nicht-Suizid-Vertrag in der Literatur	11
1.6 Die Bewertung des Nicht-Suizid-Vertrages in der Literatur	13
1.6.1 Vorteile des Nicht-Suizid-Vertrages	13
1.6.2 Nachteile des Nicht-Suizid-Vertrages	16
2. Die Bedeutung des Nicht-Suizid-Vertrages aus rechtlicher und psychologisch-therapeutischer Sicht	19
2.1 Der Nicht-Suizid-Vertrag aus rechtlicher Sicht	19
2.2 Die psychologisch-therapeutische Bedeutung des Nicht-Suizid-Vertrages	22
2.3 Die rechtliche Bedeutung der Anwendung oder Nichtanwendung des Nicht-Suizid-Vertrages	23
3. Untersuchung	25
3.1 Material und Methoden	25
3.1.1 Der Fragebogen für das Fachpersonal	25
3.1.2 Der Fragebogen für Patienten und Bevölkerung	28

4. Ergebnisse	29
4.1 Auswertung aller Fragen bei Psychiatern, Psychologen, Medizin- und Psychologiestudenten im Vergleich	29
4.1.1 Auswertung der Fragebogen der Psychiater	50
4.1.2 Auswertung der Fragebogen der Psychologen	64
4.1.3 Auswertung der Fragebogen der Medizin- und Psychologiestudenten	79
4.2 Auswertung von Bevölkerung sowie psychiatrischen und suizidalen Patienten im Vergleich	92
4.2.1 Auswertung von suizidalen Patienten im Vergleich	116
4.2.2 Auswertung von Bevölkerung im Vergleich	125
4.2.3 Auswertung von psychiatrischen Patienten im Vergleich	133
5. Diskussion	141
5.1 Ergebnisse der Studie	141
5.1.1 Vergleich der Studien von Fachpersonal, Patienten und Bevölkerung	141
5.1.2 Interessante Ergebnisse der weiteren Auswertung	151
5.2 Gibt es einen optimalen Nicht-Suizid-Vertrag?	152

5.3	Verschiedene Ansätze für effektive Nicht-Suizid-Verträge	156
5.4	Grundregeln für die Anwendung eines Nicht-Suizid-Vertrages im Therapeut-Patient-Gespräch	160
5.5	Zusammenfassung	163
6.	Literaturverzeichnis	164
7.	Anhang	168
7.1	Die verschiedenen Nicht-Suizid-Verträge	168
7.1.1	Dorrmann (2002)	168
7.1.2	Dorrmann (2002)	168
7.1.3	Schuldt (1980)	169
7.1.4	Rosenthal, H.-G. (1986)	170
7.1.5	Cox (1979)	170
7.1.6	Egan (1997)	170
7.1.7	Stanford, Goetz, Bloom (1994)	171
7.1.8	Bongar (1991)	171
7.1.9	Simon (1999)	172

7.2 Die verschiedenen Fragebogen	173
7.2.1 Therapeutenfragebogen	173
7.2.2 Patientenfragebogen	182
7.3 Abbildungen	197
7.3.1 Abbildungen aller Fragen der Fachleute im Vergleich	197
7.3.2 Abbildungen der Auswertung der Psychiater	229
7.3.3 Abbildungen der Auswertung der Psychologen	249
7.3.4 Abbildungen der Auswertung der Studenten der Medizin und der Psychologie	270
7.3.5 Abbildungen aller Fragen der Patienten und der Bevölkerung im Vergleich	289
7.3.6 Abbildungen der Auswertung der suizidalen Patienten	331
7.3.7 Abbildungen der Auswertung der Bevölkerung	343
7.3.8 Abbildungen der Auswertung der psychiatr. Patienten	355
7.3.9 Abbildungen der Studien von Fachpersonal, Patienten und Bevölkerung im Vergleich	367

1. Einleitung

1.1 Einführung

„**Mors certa hora incerta**“ - das ist das standesgemäße Zitat, wenn man sich über den Tod unterhält. Jeder weiß, dass wir alle sterben müssen, aber niemand weiß wann. „**Hora certa mors incerta**“ - so würde ich dieses Zitat in Bezug auf den Suizid und den Suizidversuch umformulieren. Die Betroffenen wählen die Stunde selbst aus, ob es beim Versuch bleibt oder der Suizid eintritt, ist ungewiss.

Jeden Tag hört man von den Unfalltoten auf den Straßen, doch dass die Zahl der Suizidenten höher liegt als die der Unfalltoten, ist den meisten Menschen nicht bekannt. Der Unfalltod wird als tragisches Ereignis empfunden. Der Suizid ist eine bewusste Entscheidung jedes einzelnen. Diese Situation reißt sehr tiefe menschliche Wunden im Umkreis auf. Die Angst, schuld zu sein, versagt zu haben oder keine Rücksicht und Zeit genommen zu haben, sitzt bei den Angehörigen sehr tief. Die Aufgabe eines jeden Therapeuten besteht zunächst darin, einen Suizid unter Einsatz aller Mittel zu verhindern. Eines dieser Mittel kann der sogenannte Nicht-Suizid-Vertrag sein. Mein Ziel ist es, mit dieser Arbeit einen Beitrag dazu zu leisten, eine sinnvolle Anwendung von Nicht-Suizid-Verträgen in der Therapie und in der Prävention beschreiben zu können. Wenn man die Literatur nach Nicht-Suizid-Verträgen durchsucht, dann kommt man auf sehr unterschiedliche Ergebnisse. Einige Therapeuten schwören auf einen Nicht-Suizid-Vertrag und sehen darin ein sehr wirkungsvolles Therapieinstrument. Andere Therapeuten sehen ihn negativ, indem sie den Kollegen unterstellen, dass diese sich nur juristisch absichern möchten oder dass in der Therapie nun der Vertrag im Vordergrund steht und der Patient vernachlässigt wird. Viele Therapeuten sind einfach auch hilflos. Natürlich möchte man sich bei jeder Therapie absichern, um keine Fehler zu begehen. Denn in diesem Bereich geht es nun mal um Leben oder Tod. Es

stellen sich auch Fragen, ob man den Nicht-Suizid-Vertrag als Indikator für suizidales Verhalten anführen könnte. Kann ich eine weniger strengere Therapie vielleicht sogar ambulant mit einem suizidalen Patienten durchführen? Wenn sich der Patient dennoch suizidiert, habe ich dann im Nicht-Suizid-Vertrag eine Absicherung, die mich schützt? Das sind mögliche Wünsche der Therapeuten. Im Idealfall sollte der Nicht-Suizid-Vertrag von jedem Patienten freudig angenommen werden, verbindlich unterschrieben sein und im Falle eines Vertragsbruches den Therapeuten schützen. Kann diese Wünsche ein Nicht-Suizid-Vertrag in der Alltagspraxis tatsächlich erfüllen? Sicherlich nicht. Welche Rollen der Nicht-Suizid-Vertrag einnehmen und ausfüllen kann, aber auch welche immanenten Schranken er hat, wird nun in der folgenden Arbeit untersucht.

1.2 Literaturrecherche

Die Recherche der Literatur wurde über die Datenbanken MedLine und PsychLit durchgeführt. Zusätzlich erfolgte die Suche in der Universitätsbibliothek Würzburg. Als Suchbegriffe wurden „Nicht-Suizid-Vertrag“, „Anti-Suizid-Vertrag“, „Suizidpakt“ und „Suizid und Vertrag“ verwendet. Die Auswahl der Literatur ist auf deutsch- und englischsprachige Literatur eingegrenzt, die im deutschen Leihverkehr bzw. online zu bekommen war.

1.3 Die Geschichte des Nicht-Suizid-Vertrages

Definition:

Der Nicht-Suizid-Vertrag (NSV), Anti-Suizid-Vertrag oder auch Suizidpakt genannt, ist eine Vereinbarung zwischen einem Therapeuten und seinem Patienten, in dem der Patient verspricht, dass er sich in einem festgesetzten Zeitraum nicht umbringen wird.

Entstehung:

Diese Art von Vereinbarungen wurde 1973 (Drye et al. 1973) in der Literatur zum ersten Mal erwähnt. Damals lautete der Text: " Ich verspreche, dass ich mich nicht umbringen werde."

Die Vereinbarung wurde im Laufe der Jahre weiter entwickelt, so dass sich richtige Vertragsvereinbarungen in Formularform ergeben haben.

Allerdings gibt es in der Literatur auch Gegenstimmen, die eine mündliche Vereinbarung als besser erachten und dem schriftlichen Text einen eher negativen Einfluss auf den Patienten zuweisen.

Zudem gibt es generell Gegner von irgendwelchen Verträgen und Vereinbarungen, egal ob in schriftlicher oder mündlicher Form.

Im Folgenden werden die verschiedenen Nicht-Suizid-Verträge, die bekannt sind, vorgestellt und die Intentionen der Autoren beschrieben und diskutiert.

1.4 Nicht-Suizid-Verträge im Vergleich

1.4.1 Dorrman Wolfram (2002)

Text: siehe Anhang 7.1.1

Der Autor sieht den NSV (NSV) als Sicherheit, wenn der Patient seine Suizidimpulse nicht kontrollieren kann. Dieser Zustand der Unkontrollierbarkeit wird als Indikation für einen NSV gewertet.

In diesem Fall schließt der Patient den Vertrag mit sich selbst ab, d.h. der Patient verspricht sich selbst, dass er sich nicht umbringen wird, der Therapeut fungiert sozusagen nur als Zeuge. Sollte es zu weiteren Ergänzungen kommen, wird der Therapeut zum Vertragspartner. Dies ist dann notwendig, wenn der Patient keine eigenen Möglichkeiten zur Selbstkontrolle hat. Um diesen letztgenannten Punkt zu umgehen, verwendet der Autor häufig Copingstrategien, z.B. „Wenn es gar nicht mehr geht, dann helfe ich mir mit

dem Gedanken, dass mich meine Kinder noch brauchen“. Alternativ verpflichtet er den Patienten zum täglichen Anruf und zum Erfüllen von kleinen täglichen Aufgaben. Der NSV soll in der Intention des Autors eine therapeutische Basis schaffen.

Die Dauer des Vertrages sollte überschaubar sein, z.B. sechs Monate. Der Patient behält den NSV bei sich. Der Autor sieht dies als Vertrauensbeweis seitens des Therapeuten an und ist der Überzeugung, dass es als weitere Barrierefunktion dienen könnte, wenn der Patient den NSV immer bei sich trägt. Der NSV wird als Schutz angesehen, bis der Patient eine eigene Motivation für das Weiterleben gefunden hat.

Daneben soll er aber auch als Gegenleistung für das Behandlungsangebot des Therapeuten gewertet werden.

Dorrmann bevorzugt einen handschriftlichen Vertrag: Er befürchtet bei einer formularmäßigen Vertragsvorlage einen geringen oder sogar gegenteiligen Effekt.

Ein weiteres Ziel ist die Klärung der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten.

1.4.2 Dorrmann Wolfram (2002)

Notfallplan: Siehe Anhang 7.1.2

Dieser Notfallplan ist eine Fortführung des NSV von Dorrmann in 1.2.1; er ist gezielt darauf ausgerichtet, dass der Therapeut über einen bestimmten Zeitraum abwesend ist. Der Notfallplan wird in Kombination mit einem Vertrag oder mündlichen Versprechen vereinbart.

1.4.3 Schuldt K.-H. (1980)

Text: siehe Anhang 7.1.3

Der Autor bevorzugt wie bei Dorrman 1.2.1 eine Vereinbarung des Patienten mit sich selbst, um damit die Autonomie des Patienten zu fördern. Der Therapeut fungiert nur als Zeuge. Der Abschluss eines solchen Vertrages soll vor suizidalem und anderem destruktivem Verhalten schützen. Nach Meinung des Autors handelt der Patient in diesem Punkt aus dem ungetrübten Teil des Erwachsenen-Ichs.

Die Dauer eines Vertrages sollte maximal sechs Monate betragen, wobei die Befristung des Vertrages solange weiter gilt, bis die Suizidalität aufgearbeitet worden ist.

In diesem Vertragsmodell ist dem Autor wichtig, dass alle Notausgänge miteinbezogen werden.

Das Ziel der Anwendung des Vertrages ist: Das Symptom Suizid zu kontrollieren.

1.4.4 O'Farrell T.-J., Goodenough D.-S., Cutter H.-S. (1981)

Hier wird der NSV bei Patienten mit mehrmaligen Suizidversuchen eingesetzt. Diese Patienten befinden in klinischer psychiatrischer Behandlung auf einer geschlossenen Station.

Hierbei handelt es sich um einen schriftlichen Vertrag zwischen Patient und Pflegeteam. Darin werden verschiedene Vorgaben fixiert, bei denen der Patient aus 4 Aufgaben 3 an 8 von 10 Tagen erfüllen muss.

Wenn der Patient vertragstreu ist und keine weiteren Suizidversuche bzw. Suizidideen hat, dann besteht die Möglichkeit einer Verlegung auf eine offene Station.

Wenn allerdings der Patient auch nur geringe Anzeichen von Suizidalität zeigt, beginnt der 10-Tagesplan am jeweils kommenden Tag wieder von vorne.

Beispiele von zu erfüllenden Vorgaben:

- × Morgentoilette ordentlich verrichten.
- × Tägliche Teilnahme an Aktivitäten.
- × Hausmeister täglich eine Stunde bei der Arbeit helfen.
- × Persönliche selbstschützende Maßnahmen.

Der Vertrag wiederholt sich solange, bis über den genannten Zeitraum keine Suizidalität mehr besteht. In eigenen Studien gab es nachweislich weniger Suizidversuche mit Vertrag als im Zeitraum vor dem Vertrag.

1.4.5 Rosenthal, H.-G. (1986)

Text: siehe Anhang 7.1.4

Der Autor sieht in diesem Vertragstext eine Hilfe für den Patienten. Im Gegensatz zu einigen vorherigen Autoren unterschreiben hier der Patient und der Therapeut den Vertrag und erhalten jeweils eine Kopie. Der Autor bevorzugt schriftliche Verträge, da er der Meinung ist, dass der Patient dann das Gefühl hat, immer eine Hilfe bei sich zu tragen.

Allerdings ist auch nach Rosenthal ein mündlicher Vertrag immer noch besser ist als gar kein Vertrag.

1.4.6 Cox J.-G. (1979)

Text: siehe Anhang 7.1.5

Der Autor bevorzugt eine kurzzeitige Gültigkeitsdauer der Verträge etwa bis zur nächsten Therapiestunde. Er sieht darin eine bessere Hilfe für den Patienten. Der Vertrag soll die Eigenverantwortlichkeit des Patienten erhalten und ihm das Gefühl geben, der Therapeut Sorge sich um ihn.

1.4.7 Egan M.-P. (1997)

Text: siehe Anhang 7.1.6

Dieser NSV wird nur bei stationären Patienten angewandt. Es ist ein Vertrag, der zwischen Patient und Therapeut vereinbart wird. Dieser Vertrag beinhaltet wie auch der Notfallplan von Dormann (1.2.2) positive Ziele, mit denen der Patient aktiv etwas unternehmen kann.

Bei diesem NSV gibt es ganz klare Regeln, die vor Abschluss zu beachten sind:

- × Der Patient muss vertragsfähig sein.
- × Der Patient muss die Sprache des Vertrages verstehen.
- × Es muss eine enge Beziehung zwischen Patient und Therapeut vorhanden sein.

Wichtige Kennzeichen des Planes sind:

- × Der Patient wendet sich bei suizidalen Gedanken an den Therapeuten.
- × Der Therapeut behält seine Empathie bei; er kümmert sich um den Patienten und versucht dessen Gedanken zu verstehen.
- × Der Patient übergibt gefährdende Utensilien an das Personal.

Die Konsequenzen dieses Vertrages sind dann laut Autor:

- × Durch diesen Vertrag wird das Selbstvertrauen gestärkt und dem Patienten gleichzeitig wieder Hoffnung gegeben.
- × Ein wichtiger Aspekt ist das Verbalisieren der Suizidgedanken im Sinne einer Copingstrategie.
- × Durch den Vertrag werden das Vertrauen und die Beziehung zwischen Therapeut und Patient gestärkt.
- × Die Diagnose wird im Vertrag festgehalten.

In diesem NSV grenzt der Autor klar ein, in welcher Verfassung der Patient sein muss, um einen Vertrag unterzeichnen zu können. Er stellt auch sehr deutlich heraus, dass dieser Vertrag nicht bei psychotischen Patienten anwendbar ist.

1.4.8 Stanford E. J., Goetz R. R. & Bloom J. D. (1994)

Text: siehe Anhang 7.1.7

Der Autor hat für seine Vorlage den Text von Drye et al. (1973) als Grundlage gewählt. Er verwendet den Vertrag zur Überprüfung der aktuellen Suizidgefährdung. Der Patient wird nach seinem Standpunkt zu einem NSV befragt. Wenn der Patient den Vertrag annimmt, sieht der Autor kein akutes suizidales Risiko. Verweigert der Patient den Vertrag, dann besteht laut Autor eine suizidale Gefährdung des Patienten.

Ein stärkerer Bindungseffekt des Vertrages kann laut Stanford erzielt werden, wenn man dem Patienten den Vertrag als Ausdruck der Sorge um sein Wohl präsentiert. Wie auch schon vorherige Autoren argumentiert haben, soll durch den Vertrag die Autonomie des Patienten gestärkt werden.

Der Vertrag soll als Mittel eingesetzt werden, um Zeit zu gewinnen, damit der Patient seine Gedanken ordnen kann und sich Ängste abbauen und Probleme lösen können.

Ein klar begrenzter Zeitraum wird von Stanford gefordert.

Einen nicht unerheblichen Aspekt sieht Stanford darin, dass dieser Vertrag eine anxiolytische Wirkung auf Patienten und Therapeuten habe.

1.4.9 Bongar B. (1991)

Text: siehe Anhang 7.1.8

Der Autor will in diesem Vertrag ganz gezielt die Beziehung zwischen Patient und Therapeut formulieren und festigen. Der Patient wird als Vertragspartner ernst genommen, und der Therapeut gibt auch ein Versprechen ab.

Der begrenzte Zeitraum ist wie bei anderen Verträgen vorausgesetzt.

1.4.10 Simon R. I. (1999)

Text: siehe Anhang 7.1.9

Durch die gemeinsame Vereinbarung soll die Beziehung zwischen Patient und Therapeut gestärkt werden. Der Vertrag soll vor allem im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Falls er bei stationären Patienten eingesetzt wird, dann soll darin die ständige Verfügbarkeit des Personals zugesichert werden. Die Problematik besteht darin, dass dieses Versprechen so weit geht, dass es für den Therapeuten kaum einzuhalten ist.

1.4.11 Drye at al. (1973)

Text: Siehe Anhang 7.1.10

Drye sieht im NSV sowohl eine Möglichkeit der Evaluation des Suizidrisikos eines Patienten als auch einen therapeutischen Effekt. Er setzt den NSV ein, um zu sehen, wie der Patient darauf reagiert und um damit sein suizidales Risiko einzuschätzen. Zum anderen verwendet er den NSV als therapeutisches Mittel, indem der Patient verspricht, sich nicht zu suizidieren. Die Klassifizierung der Suizidalität gliedert sich in drei Stufen:

1. Der Patient schließt den Vertrag ab.
2. „Ich kann den Vertrag nicht so abschliessen.“
3. „Ich will den Vertrag nicht abschliessen.“

Auf dieser Basis wird die Suizidalität eingestuft. Drye nimmt an, dass ein Patient, der einen NSV ablehnt, immer suizidal sei. Dies hat zur Folge, dass er dieses mit dem Patienten bespricht und ihm dann die Möglichkeit eines NSV oder eine stationäre Unterbringung anbietet.

Anwendung:

Vor dem Besprechen eines NSV sind immer einige Fragen zu klären:

1. Besteht bei dem Patienten überhaupt ein Suizidrisiko?
2. Wenn ja, bis zu welchem Punkt und wie lange kann man dem Patienten trauen, dass er sich nicht suizidiert?

Diese Fragen muss sich der Therapeut jede Therapiesitzung stellen. Dann wird mit dem Patienten der NSV durchgesprochen. Der Patient wird befragt, welche Gefühle er dabei hat, wenn er den Vertragstext liest oder spricht. Falls der Patient mit dem Wortlaut nicht zurechtkommt, wird ihm die Möglichkeit geboten, andere Worte zu formulieren. Diese Worte müssen eine klare Aussage machen und nicht mit „eventuell“ oder „vielleicht“ besetzt sein. Dann wird mit dem Patienten besprochen, wie die Zukunft für ihn sein würde, wenn es im schlecht ergehen sollte. Tauchen in so einem Gespräch unbewusst wieder suizidale Ideen auf, muss der Therapeut darauf eingehen. Der Therapeut glaubt dem Patienten nur, wenn seine Worte und seine Körpersprache übereinstimmen. Drye wählt eine Zeitspanne so lange, wie es der Patient am längsten aushält. Er sieht den Vertrag als Versprechen des Patienten an sich und nicht an den Therapeuten. Prinzipiell findet Drye es schwierig, suizidales Risiko einzuschätzen. Er befürwortet so die Methode nach Shein und Stone, die den Patienten direkt darauf ansprechen. Für Drye gibt es wichtige Punkte in der suizidalen Therapie, die ein NSV erfüllen kann. Der NSV bietet eine bessere Genauigkeit in der Therapieplanung mit dem Patienten. Er befreit den Patienten von seinen Lasten; Drye bezieht sich dabei auf Therapeut-Patient-Gespräche, in denen Patienten häufig angeben, dass durch den Abschluss eines NSV ihnen eine „Last“ abgenommen worden sei. Die Vorteile eines NSV sind, dass er auch per Telefon angewendet werden kann und dass er nicht nur von Fachleuten, sondern auch von Laien einsetzbar ist. Allerdings gibt es auch Indikationen, bei denen ein NSV nicht möglich ist, so bei Patienten, die zu Abhängigkeiten von Alkohol, Drogen, usw. neigen, und bei Patienten mit organischen cerebralen Erkrankungen. Bei psychotischen Patienten dagegen findet Drye die Anwendung möglich und machbar.

1.5 Der Nicht-Suizid-Vertrag in der Literatur

Die Zahl empirischer Studien über Nicht-Suizid-Verträge ist gering. Dies liegt zum einen an seinem bisher nicht sehr verbreiteten Einsatz, zum anderen an dem Umstand, dass auch die Mehrheit der als suizidal gefährdet eingestuften Patienten tatsächlich keinen Suizid begeht. Hinzu kommt die Vielzahl unterschiedlicher Vertragsmuster und Vertragspraktiken, welche empirische Vergleiche erschweren. Der Gebrauch von NSV basiert daher weit mehr auf der Grundlage von Prognosen als von Daten (Miller 1999). Vorhandene empirische Daten beschränken sich auf drei Gruppen:

1. Häufigkeitsstudien:

- a. Bei einer Studie von Drye 1973 wurden Fachleute geschult, um NSV abzuschliessen. Hier wurde bei 600 abgeschlossenen NSV innerhalb von fünf Jahren für 270 Patienten ernsthafte Suizidalität festgestellt. (Drye1973)
- b. Drew 1999 beschreibt eine Studie, bei der ca. 85 psychiatrische Kliniken mitgearbeitet haben. Es wurden verschiedene Verträge bei Patienten, die suizidale Ideen hatten, angewendet in verschiedenen Formen wie handgeschrieben, mündlich oder mit Vertragsvorlagen. Dabei wurde festgestellt, dass die Anwendung des NSV eine gültige professionelle Erfahrung ist.
- c. In einer Studie mit ca. 110 Klinikern, teils Psychiatern, teils Psychologen, wurden die Häufigkeit der Anwendung sowie die Ausbildung zum Anwenden von NSV geprüft (Miller, Jacobs, Gutheil 1998).
- d. In einer Studie von Metzger und Wolfersdorf (1988), die in einem psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt wurde, wurde festgestellt, dass die Hälfte der suizidalen Personen versichert, sie werde sich nichts antun.

- e. Eine von Kroll (2000) durchgeführte Studie, in der 267 Psychiater befragt wurden, ergab, dass 41% der Patienten trotz abgeschlossenem NSV einen Suizidversuch oder Suizid unternommen haben.

2. Studien über den Einfluss auf suizidales Verhalten:

- a. Drye (1973) berichtet von einer Studie mit Klinikern und ambulanten Fachleuten und den Einfluss auf suizidales Verhalten.
- b. Bei einer Verhaltensstudie wurde die Suizidhäufigkeit von Kindern und Erwachsenen unter Berücksichtigung ihrer psychiatrischen Diagnose verglichen. (Jones, O'Brien & McMahon 1993).
- c. Im Rahmen einer Studie wurden 620 Telefonate in zwei Krisencentern verglichen, wo man darauf fixiert war, mit den suizidalen Anrufern Verträge abzuschliessen bzw. Langzeitlösungen zu finden. (Mishara & Daigle 1997).

3. Meinungen der Fachanwender:

- a. Eine Studie von Davidson & Range 2000 beschreibt die Anwendung von NSV durch 370 Kliniker bei Kindern.
- b. Im Jahre 1997 haben David & Range eine Studie mit 65 Lehrern durchgeführt, wie diese mit suizidalen Schülern umgehen.
- c. Es wurden 40 suizidale Kinder in einer Studie zum NSV befragt (Jones & O'Brien 1990).

4. Meinung von suizidalen Patienten:

In einer Studie von Davis et al. (2002) wurden 135 suizidgefährdete Patienten einer Klinik zu ihrer Meinung nach NSV befragt.

In früheren Studien wurden das Anwenden von NSV und die Kompetenz der Anwender sowie die persönliche Meinung beurteilt. Eine große Studie bei Patienten, die während ihrer Therapie einen NSV erhalten haben, wird als Nachweis des positiven Effektes von NSV angesehen.

In der folgenden Arbeit sollen wichtige Kriterien für das Anwenden oder Nichtanwenden eines NSV herausgearbeitet werden. Hier werden die Erwartungen und Meinungen der Therapeuten verglichen mit den Erwartungen und Meinungen der betroffenen Patienten. Dabei geht es vor allem darum, was ein suizidaler Mensch in einer Krisensituation als wichtig und notwendig empfindet und ob ein NSV dazu beitragen kann, dass eine suizidale Krise abgeschwächt werden kann oder sich eher verstärkt. Diese und weitere Punkte werden im Folgenden geklärt und erörtert. Die Arbeit ist zwar eine weitere empirische Studie. Jedoch beinhaltet sie den wichtigen Aspekt des Vergleichs der Therapeuten und Patienten, welcher in keiner vorhergehenden Studie durchgeführt worden ist. Sie kann keine abschließenden Aussagen darüber machen, wie der optimale NSV aussehen wird oder ob NSV tatsächlich lebensverlängernd sind. Sie kann allerdings dazu beitragen, die Bedürfnisse des Patienten mehr und gewissenhafter zu berücksichtigen, und dadurch eine positive Unterstützung des Therapeuten im Umgang mit suizidalen Patienten sein.

1.6 Die Bewertung des NSV in der Literatur

1.6.1 Die Vorteile des NSV

Folgende Aspekte sprechen nach der Diskussion in der Literatur als Vorteile für den Abschluss eines NSV:

1. Verbesserung des Therapeuten-Patienten-Verhältnisses

- a. Der NSV hilft dem Patienten, den Therapeuten als eine empathische Person anzusehen (Miller 1999).
- b. Dem Patienten wird der Eindruck vermittelt, der Therapeut, der ihn um den Abschluss eines NSV bittet, bemühe sich aufrichtig um das Überleben des Patienten (Miller 1990, Brent 1997).
- c. Der NSV kann helfen, die Ängste von Therapeut (Bron 1986) und Patienten zu verringern. Der Patient legt selbst Regeln fest, mit seinen suizidalen Gedanken umzugehen, und gewinnt dadurch eine gewisse Sicherheit. Er übernimmt zugleich eine höhere Verantwortung in der eigenen Therapie (Miller 1999). Therapeuten, die einen NSV anwenden, sind der Überzeugung, dass dies auch bei ihnen selbst Ängste vermindert (Stanford et al. 1994).
- d. Der NSV ist ein Hilfsmittel, damit der Patient und der Therapeut, also die Vertragspartner, die Persönlichkeit des anderen anerkennen. (Szasz 2003; Dormann 2005).

2. Erweiterung des Handlungsspielraums des Patienten

- a. Der NSV hilft dem Patienten, wieder in positiver Weise aktiv zu werden (Range et al. 2002, Miller 1990). Er ist dabei umso effektiver, je individueller er gestaltet wird. Werden vom Patienten selbst eingebrachte Vorschläge berücksichtigt, so ist dies besser als eine vorgefertigte Mustervorlage, die keine interaktive Kommunikation zulässt (Rudestan 1986).
- b. Der NSV kann Wege aufzeigen, die alternativ zum Suizid beschritten werden können (Brent 1997, McLean and Taylor 1994, Fremouw et al. 1990, Mahrer 1993).
- c. Der NSV hilft Patient und Therapeut, kurzfristige Ziele zu definieren, die erreichbar sind (Range et al. 2002).

- d. Der NSV kann auch als Instrument zum Zeitgewinn in einer akuten Krise eingesetzt werden: Oft merkt der Patient dann später, dass es noch andere Optionen gibt, wenn er seine aktuelle Situation noch einmal überdacht hat. (Range et al. 2002, Hipple & Cimboric 1979, Stanford et al. 1994).
- e. Der NSV erweitert die Gesprächsthemen zwischen Patient und Therapeut und erleichtert es, weitere Tabuthemen zu besprechen (Range et al. 2002).
- f. Die Thematisierung des NSV durch den Therapeuten schafft dem Patienten ein Gefühl der Erleichterung. Der NSV führt den Patienten dahin, seine Bedürfnisse und Intentionen hinsichtlich eines möglichen Suizides von sich aus anzusprechen (Range et al. 2002, Rudestan 1986).
- g. Im Falle eines schriftlichen NSV kann dieser auch als Gedächtnisunterstützung fungieren(Mahrer & Bongar 1993).

3. Der NSV als Indikator für die Höhe eines suizidalen Risikos

Schon Drye et al. (1973) sah im NSV einen schnellen Indikator für Suizidalität: Lehnte der Patient den Abschluss eines NSV ab, so war dies eine „rote Flagge“. Es wurde empfohlen, ihn dann stationär einzuweisen. Auch Kliniker sehen in ihm ein derart sensitives Mittel (Shea 1999). Patienten, die einem NSV zustimmen, dabei Augenkontakt haben und nicht zögerlich wirken oder andere ambivalente Anzeichen aufweisen, werden als gering gefährdet eingestuft (Shea 1999). Patienten mit Einwänden gelten als gefährdeter (Drye et al. 1973).

4. Verbesserung der ärztlichen Dokumentation

Als Vorteil des NSV wird auch gewertet, dass er als Teil der ärztlichen Dokumentation der Therapie eine exaktere Auskunft

über diese gibt als die schlichte Aufzeichnung der Therapie durch den Therapeuten ohne Mitwirkung des Patienten (Clark 1998).

5. Verbesserung der Therapie

Durch einen NSV kann die Therapiedauer sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verkürzt werden (Simon 1999).

1.6.2 Die Nachteile des NSV

Zu den genannten Vorteilen werden folgende korrespondierende Nachteile des NSV diskutiert:

1. Belastung des Therapeuten-Patienten-Verhältnisses

- a. Der Patient kann den Eindruck gewinnen, das Interesse des Therapeuten auf Abschluss eines NSV sei vorwiegend auf dessen Absicherung ausgerichtet, also auf das Interesse des Therapeuten an einem korrekten und auch sorgfältig dokumentierten Verfahren und weniger auf das Wohl und die konkreten Bedürfnisse des Patienten (Miller 1999; Jacobs 1993; Reimer 1986, Simon 1999). Ein standardisierter, nicht flexibel gestalteter NSV könnte diesen Effekt noch verstärken.
- b. Ob solche Zweifel am wirklichen Interesse des Therapeuten begründet oder unbegründet sind, spielt dabei keine entscheidende Rolle – das Therapeuten-Patienten-Verhältnis kann in beiden Fällen belastet werden (Range et al. 2002).
- c. Ist ein Patient nicht bereit, seine Einstellung zur Suizidalität zu ändern, so wird er den Vorschlag zum Abschluss eines NSV möglicherweise ärgerlich ablehnen. Darin kann eine Chance für den Therapeuten liegen, offen mit dem Patienten über diesen Ärger zu reden, andererseits kann ein solcher Ärger auch die

Distanz zwischen Patienten und Therapeuten vergrößern und das therapeutische Bündnis reduzieren (Range et al. 2002).

- d. Shea 1999 befürchtet, dass die Anregung des Therapeuten zum Abschluss eines NSV eine destruktive Manipulation bewirken und theatralische Standoffs bewirken könnte.
- e. Patienten könnten einem NSV die Wertung entnehmen, ihre suizidalen Ideen machten sie zu Versagern: Sie könnten dann die Ideen für sich behalten anstatt sie dem Therapeuten mitzuteilen. Der Therapeut käme dadurch zu der gefährlichen Fehlvorstellung, der Patient sei nicht mehr suizidal gefährdet (Miller 1999).
- f. Der NSV könnte ein Art Zwang in das Therapeuten-Patienten-Verhältnis bringen (Miller 1990). Der Patient könnte glauben, er bekäme therapeutische Hilfe nur dann, wenn er stark genug sei, den NSV zu erfüllen.
- g. Der Therapeut selbst könnte sich zu stark auf den NSV fokussieren und dabei seine therapeutische Beziehung vernachlässigen. Der NSV wird daher als lediglich oberflächlicher Ersatz für eine komplexe empathische Beziehung angesehen (Miller 1999).
- h. Durch den NSV könnte das Therapeuten-Patienten-Verhältnis so irritiert werden, dass eine unaufrichtige Beziehung zwischen den Vertragspartnern entstehen könnte. (Egan 1997; Shea 2002).
- i. Der NSV bewirkt eine gewisse Abhängigkeit des Patienten. (Jacobs 1993).

2. Die Gefahr der Überbewertung des NSV

- a. Bei unerfahrenen Therapeuten besteht die Gefahr, dass sich diese zu sehr auf den NSV verlassen oder ihn nicht mit der gebotenen Sorgfalt einsetzen (Range et al. 2002, Callahan 1996, Bongar 1991, Mahrer & Bongar 1993, Miller 1999, Simon 1999, Stanford et al. 1994, Simon 1999).

- b. Der NSV kann trotz seiner Vertragsstruktur leicht gebrochen werden, ein sicheres Urteil über die Wahrscheinlichkeit seiner Einhaltung ist daher nicht vorhersagbar (Berman & Jobes, 1994, Modestin 1989), da Situationen nicht immer vollständig einplanbar bzw. alleine zu bewältigen sind.
- c. Der NSV kann niemals eine sorgfältige Diagnosestellung und ein umfassendes Therapiekonzept ersetzen (Range et al. 2002). Der Therapeut darf nicht dem Irrtum erliegen, der NSV schütze ihn in einem Haftungsfall bei Fehlern in der Therapie (Miller 1999, Stanford et al. 1994, Jacobs 1993, Shea 2002).
- d. Gefährlich ist es auch, eine Ablehnung des NSV überzubewerten. Der Therapeut wird hier nicht auf eine sorgfältige Ermittlung der Motive des Patienten verzichten können, um einer zutreffenden Beurteilung der Suizidgefahr nahe zu kommen (Range et al. 2002).
- e. Der NSV gibt keine sichere Garantie, dass der Patient nicht doch den Vertrag bricht und sich suizidiert (Nedopil 1996; Jacobs 1993; Beck 1981, Dormann 2005).
- f. Es gibt bisher keine Studien, die die Effektivität von NSV beweisen. (Jacobs 1993, Egan 1997, Kelly und Knudson 2001).

3. Sonstige Argumentationen:

- a. Der NSV kann auch wie andere Verträge zu regressivem Verhalten führen. Das heißt, dass der Patient, ohne dass es ihm bewusst wird, sein suizidales Verhalten einsetzt, um damit den Therapeuten unter Druck zu setzen und zu manipulieren (Jacobs 1993).
- b. Es werden häufig Nicht-Suizid-Verträge von Fachleuten angewendet, ohne dass diese selbst in die Anwendung und den Umgang damit eingewiesen wurden (Shea 2002).

2. Die Bedeutung des Nicht-Suizid-Vertrages aus rechtlicher und psychologisch –therapeutischer Sicht

2.1 Der NSV aus rechtlicher Sicht

Die juristische Bedeutung eines NSV erscheint zunächst als zweifelhaft. Dies liegt daran, dass der Vertrag bei Verletzung seiner Hauptpflicht, sich nicht zu töten, nicht sanktionsfähig ist. Liefert beim Kaufvertrag der Händler eine mangelhafte oder gar unbrauchbare Ware, so haftet er je nach Einzelfall auf Nachlieferung oder Schadensersatz (§§ 281, 439 BGB). Zahlt der Käufer nicht, so kann er auf Zahlung verklagt werden, oder es kann der Verkäufer vom Vertrag zurücktreten und die Ware zurückverlangen (§§ 323, 433 BGB). Tötet sich der Patient unter Verletzung des NSV, so scheidet jede sinnvolle Sanktion aus. Die Vereinbarung einer pekuniären Vertragsstrafe (§ 339 BGB) für diesen Fall wird von niemandem angedacht, sie wäre wohl auch sittenwidrig (§ 138 BGB). Gelingt der Suizidversuch dagegen nicht, so käme vielleicht eine fristlose Kündigung (§ 626 BGB) des Behandlungsvertrages in Betracht – dies wird aber gerade nicht im Vordergrund der Bemühungen des Therapeuten stehen. Ist der NSV also juristisch wertlos? Bezieht ein Vertrag im juristischen Sinn seine Qualifikation also allein aus dem Umstand, dass Verletzungen sanktioniert werden?

Diese Sicht ist wohl zu eng. Ein guter Vertrag gewinnt seinen Sinn primär daraus, dass ihn beide Vertragsteile als gewollt anerkennen in dem Bemühen, ihn umzusetzen. Es widerspricht der Lebenserfahrung, von einem Bindungswillen nur dann auszugehen, wenn die mangelnde Einhaltung auch tatsächlich sanktioniert wird. Bei zahllosen Verträgen werden Vertragspflichten erfüllt, obwohl ihre Verletzung kaum eine Sanktion erwarten lässt – etwa mangels Beweisbarkeit. Man denke an den zum Flughafen hastenden Neffen,

der dem Taxifahrer Auftrag und Geld gibt, nach dem Abflug noch einen Blumenstrauß zu besorgen und der Tante aufs Grab zu stellen. Es dürfte empirisch außer Frage stehen, dass die Mehrzahl aller Taxifahrer den Auftrag erfüllen würde, obwohl der Neffe offensichtlich faktisch keine Kontrollmöglichkeit hat.

Welch eine rechtliche Qualifikation hat aber dann der NSV? Er ist als isolierter Vertrag ein einseitig verpflichtender Vertrag (Palandt, BGB-Kommentar, 62. Aufl. 2003, Einf. 4 vor § 320), in welchem sich der Patient gegenüber dem Therapeuten verpflichtet, bis zu einem definierten Zeitpunkt (z.B. nächste Sitzung) die Selbsttötung zu unterlassen, hilfsweise den Therapeuten vorher zu konsultieren. Der Therapeut nimmt diese Verpflichtung an, damit ist dieser Vertrag zustande gekommen (§ 151 BGB). Gegenpflichten des Therapeuten sind damit nicht zwangsläufig verbunden. Je nach Ausgestaltung kann der NSV allerdings auch ein unselbstständiger Bestandteil des Therapievertrages, also eines Dienstvertrages nach § 611 BGB sein. Hier verpflichtet sich der Therapeut einerseits zur Erbringung der Dienstleistung, der Patient andererseits zur Bezahlung – und zur Einhaltung des NSV. Hier handelt es sich um einen gegenseitigen, d.h. zweiseitig verpflichtenden Vertrag (Palandt, aaO, Einf. 5 vor § 320), in dem sich die gegenseitigen Vertragspflichten als Austauschleistungen gegenüberstehen. Verletzt ein Vertragsteil seine Vertragspflichten, so kann dies nicht ohne Rückwirkung auf die Pflichten des anderen Vertragsteils bleiben. Verletzt also der Patient die Verpflichtung aus dem NSV (d.h. aus diesem Vertragsbestandteil), so können die Therapiepflichten entfallen, was eine praktische Bedeutung nur beim fehlgeschlagenen Suizidversuch haben kann. Denkbar sind im Einzelfall auch Rückwirkungen auf den Inhalt der Therapie. Schließt ein Patient mit erkennbar ernsthaftem Bindungswillen den NSV, so kann der Therapeut möglicherweise – je nach den Umständen des Einzelfalles – eine riskantere, im Ergebnis aber vielleicht erfolgversprechendere Therapie verantworten als bei einem Patienten, dessen Labilität nicht zuletzt durch die Verweigerung des Abschlusses des NSV zum Ausdruck kommt. Voraussetzung eines juristisch wirksamen Vertrages ist dabei immer die Geschäftsfähigkeit des Patienten. Fehlt es an ihr, könnte der Vertrag nur von einem gesetzlichen

Vertreter (Vormund, Betreuer) geschlossen werden, was in der Praxis kaum vorkommen wird. Ein NSV mit einem geschäftsunfähigen Patienten ist damit nicht zwangsläufig sinnlos im Hinblick auf den psychologisch-therapeutischen Zweck, er hat aber keinerlei juristische Wirkung.

Rechtlich ohne Bedeutung ist die Frage, ob der Vertrag individuell ausgehandelt oder formularmäßig vereinbart wird. Im Vordergrund wird hier stehen, dass das individuelle Aushandeln ein intensiveres Gespräch erfordert und daher eher geeignet sein wird, den Bindungswillen des Patienten zu verstärken.

Von untergeordneter rechtlicher Bedeutung ist auch die Frage der Form. Da das Gesetz keine bestimmte Form für derartige Verträge vorschreibt (vgl. § 125 BGB), sind mündlicher und schriftlicher Vertrag in gleicher Weise rechtswirksam, allerdings ist die Beweisbarkeit beim schriftlichen Vertrag erleichtert – angesichts der praktischen Sanktionslosigkeit der Verletzung fragt man sich freilich: Beweisbarkeit wozu und wem gegenüber? Auch hier sollten die individuellen Bedürfnisse des Patienten im Vordergrund stehen: Wer - wie bei Nichtjuristen häufig – meint, ein Vertrag käme nur schriftlich zustande, der sollte ruhig in schriftlicher Form verpflichtet werden, wenn er sich dagegen nicht wehrt. Wer dagegen – bewusst oder unbewusst juristisch korrekt – davon ausgeht, dass eine mündliche Bindung in der Regel der schriftlichen entspricht („Ein Mann ein Wort“), der sollte nicht gegen seinen Willen auf eine Schriftform festgenagelt werden.

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass der NSV durchaus auch ein Vertrag im juristischen Sinne ist, dass er sich in die juristische Dogmatik einordnen lässt, wenngleich die juristische Relevanz im Hintergrund stehen dürfte – aus juristischen Gründen allein würde der Vertrag wohl nicht geschlossen werden.

2.2 Die psychologisch-therapeutische Bedeutung des NSV

Der Schwerpunkt der Bedeutung des NSV liegt in seiner psychologisch-therapeutischen Wirkung. Dabei wird das empirische Wissen des Patienten um die juristische Bedeutung eines Vertrages geschickt ausgenutzt: Wer einen Vertrag schließt, geht eine bindende Verpflichtung ein, die keine einseitige Auflösung durch den Patienten mehr zulässt. „Pacta sunt servanda“ – Verträge sind einzuhalten, das Wissen um dieses nicht nur juristische, sondern auch ethische Gebot hat sich jeder Mensch durch seine Erziehung und soziale Einordnung zu eigen gemacht. Interessant erscheint nun, dass ethische Verantwortung und Ordnungsliebe auch beim suizidalen Patienten nicht zwangsläufig untergehen, sondern in der Regel erhalten bleiben. So erscheint es durchaus als erklärbar, wenn ein suizidaler Patient sein Zeitungsabonnement und sein Telefon kündigt, mit der Straßenbahn an einen See fährt und dabei korrekt ein Ticket löst, am See seine Kleidung geordnet ablegt und sich anschließend tötet. Die vorhergehenden gebotskonformen Handlungen haben für den Patienten nie zur Disposition gestanden, obwohl sie bei objektiver Betrachtung nach dem Suizid für den Patienten keine Rolle mehr spielen. Bei einem derart vorgeprägten Patienten ist daher auch die Erwartung berechtigt, er werde den NSV als bindend anerkennen und im Regelfall auch einhalten.

Rechtliche und psychologisch-therapeutische Bedeutung des NSV sind also streng zu unterscheiden, wobei erstere als gering und letztere als entscheidend einzustufen ist, sie stehen aber insofern in einem bemerkenswerten Abhängigkeitsverhältnis zueinander, als auch die psychologisch-therapeutische Wirkung entscheidend von dem Umstand abhängt, dass Menschen aufgrund ihrer Erziehung und sozialen Einordnung Verträge als juristisch und ethisch bindend ansehen.

2.3 Die rechtliche Bedeutung der Anwendung oder Nichtanwendung des NSV

In Gesprächen mit Therapeuten ist mehrfach die Frage aufgetaucht, ob die Anwendung oder auch die Nichtanwendung des NSV rechtliche Bedeutung, vor allem unter Haftungsgesichtspunkten, haben könne.

1. Die Anwendung des NSV hat rechtliche Bedeutung insoweit, als Verpflichtungen sowohl des Patienten wie auch – beim zweiseitig verpflichtenden Vertrag – des Therapeuten begründet werden. Das der Therapeut für die Einhaltung etwa eingegangener Verpflichtungen (Erreichbarkeit zu bestimmten Zeiten, Reaktion auf eine Kontaktaufnahme, angemessen rasche Terminvergabe) haftet, ist selbstverständlich, bei der Formulierung der Verpflichtungen ist daher sorgfältig darauf zu achten, dass der Therapeut nichts verspricht, was sich nicht, oder nur sehr schwer einhalten lässt. Verletzt der Patient seine Verpflichtungen, scheidet Sanktionen weitgehend aus (vgl. oben), allenfalls führt die darin liegende Obliegenheitsverletzung dazu, dass der Patient es dem Therapeuten nicht zum Vorwurf machen kann, wenn dieser sich auf die Pflichterfüllung des Patienten verlassen hat, soweit er sich darauf verlassen durfte. Als Beispiel sei an eine riskantere, aber auch einen besseren Erfolg versprechende Therapie gedacht, die der Therapeut nur dank des NSV anzuwenden gewagt hat. War dieser Weg mit dem Patienten eingehend besprochen und konnte sich der Therapeut angesichts der Persönlichkeit des Patienten und des Krankheitsbildes auch auf die Einhaltung verlassen – immer eine Frage des Einzelfalles - so erscheint ein Vorwurf gegen den Therapeuten als unbegründet, wenn der Patient völlig überraschend und unerwartet seine Verpflichtungen doch nicht einhält.
2. Die Nichtanwendung des NSV begründet insoweit Haftungsgefahren für den Therapeuten, als ihm vorgeworfen werden könnte, ein verfügbares therapeutisches Instrument nicht angewendet zu haben. Insoweit erfolgt

die Prüfung wie bei jeder anderen geeigneten Therapie auch. Entscheidend ist dabei die Eignung je nach Persönlichkeit und Krankheitsbild des Patienten.

3. In der gegenseitigen Abwägung erscheint die Anwendung des NSV als weniger haftungsträchtig als dessen Nichtanwendung. Schliessen Therapeut und Patient einen derartigen Vertrag, so erscheint es als empfehlenswert, dass selbstverständlich der Therapeut etwaige Verpflichtungen exakt erfüllt, dass er sich aber so vorsichtig verhält, als würde der Patient den Vertrag nicht erfüllen. Dann erscheint jegliches Haftungsrisiko des Therapeuten als ausgeschlossen.

3. Untersuchung

3.1 Material und Methoden

3.1.1 Der Fragebogen für das Fachpersonal

Der Fragebogen für Therapeuten besteht aus 64 Fragen.

Hiervon erfassen 4 Fragen allgemeine Daten wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Beruf, wobei beim letztgenannten nur zwischen Psychiater und Psychologe unterschieden wird.

Im weiteren Verlauf wird nach Erfahrungen im Umgang mit suizidalen Patienten und eventuell auch Nicht-Suizid-Verträgen gefragt. In der Auswertung wird dann auch zwischen unerfahrenen und erfahrenen Therapeuten unterschieden werden.

Weitere Fragen ergeben sich aus den in 1.2 beschriebenen NSV. Gefragt wird, ob ein Vertrag eher schriftlich oder mündlich zu bevorzugen sei, ob der Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte und ob dieser Vertrag besser für ambulante oder stationäre Patienten geeignet sei. Es folgen Fragen nach der Vertragsfähigkeit eines suizidalen Patienten und ob bei allen Grundkrankheiten ein Vertrag anwendbar sei oder welche Krankheitsgruppen herausgenommen werden müssten, ferner welche therapeutischen Alternativen zu einem Vertrag vorhanden sind, wenn ein Patient sich weigert zu unterschreiben bzw. man am Versprechen des Patienten Zweifel hat.

Die in 1.2 unterschiedlich beschriebenen Vertragslaufzeiten werden ebenso hinterfragt wie die Möglichkeiten des Vertrages zwischen Patienten und Therapeuten oder des Vertrages des Patienten mit sich selbst und dem Therapeuten als Zeugen und ab welchem Alter man Nicht-Suizid-Verträge anwenden kann.

Als Kontrolle werden die Fragen auch an den Therapeuten als möglichen Patienten gestellt, etwa ob den Therapeuten in der Rolle des Patienten ein

Vertrag vom Suizid abhalten könnte und ob er selbst einen Vertrag unterschreiben würde.

Viele Autoren in 1.2 sehen in einem NSV einen Schutz für den Patienten und möchten durch einen Vertrag die Autonomie des Patienten stärken. Im Fragebogen wird evaluiert, ob es wünschenswert ist, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken und wenn ja wie.

In 1.2 gibt es unterschiedliche Meinungen, wer ein Vertragsexemplar erhalten sollte. Diese Frage wird gestellt und ob es sinnvoll sei, das einzige Exemplar dem Patienten auszuhändigen.

Welche Auswirkungen das ständige Mitsichführen des Vertrages durch den Patienten hat und ob dies ein Schutz vor einer suizidalen Handlung wäre, wird weiter untersucht.

Es wird in 1.2 häufig erwähnt, dass der Vertrag ein Vertrauensbeweis bzw. eine Vertrauensbasis zwischen Patienten und Therapeuten sein kann. Ob diese Theorie stimmt und ob dadurch eine bessere Basis geschaffen werden kann, ist im Fragebogen befasst.

Es gibt verschiedene Arten, dem Patienten zu erklären, warum man einen NSV abschließen möchte. Welche Art für den Patienten angenehmer und in der Wirkungsweise effektiver sein könnte, wird im Fragebogen evaluiert. Verschiedene Arten von Fragebogen und persönliche Präferenzen einiger Autoren in 1.2 lassen die Fragen zu nach formellen Aspekten wie allgemeiner oder individuell gestalteter Vertrag oder das Berücksichtigen von Wünschen und suizidpräventiven Maßnahmen des Patienten (Zich 1984).

Die Möglichkeit, aktuelle psychische Verfassungen und den Verlauf der Therapie in einen Vertrag miteinzubeziehen, wird erfragt. Im Hinblick auf 1.2 gibt es auch die Möglichkeit, die Ziele der Therapie festzuhalten und ob dieses positive Aspekte für das Weiterleben habe.

Wie aktiv auch der Therapeut Versprechen abgeben sollte, ob er Tag und Nacht erreichbar sein sollte (Rotov 1970) und wie weit Kriseninterventionsstrategien sich positiv auswirken könnten bzw. inwiefern der Patient auch eigene kreative Ideen miteinbringen darf, wird nachgefragt.

Die Therapeuten werden zu Themen wie positive und negative Verstärker in der Therapie bzw. Stellen von machbaren Aufgaben an den Patienten (Modestin 1989) um ihre Meinung gebeten.

Der Therapeut hat die Aufgabe, während einer Therapie dem Patienten empathisch zur Seite zu stehen und die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten zu definieren. Auf diesen Punkt bezogen, wird recherchiert, ob der Therapeut dem Patienten erklären sollte, welche Auswirkungen eine suizidale Handlung des Patienten auf den Therapeuten haben könnte.

Gefragt wird, inwieweit man das Bejahen oder Ablehnen eines NSV als Sensor für akute Suizidalität verwenden kann (Rotheram 1987, Simon 1999).

Die grundsätzlichen Fragen nach Recht auf Leben und Recht auf Abhalten von suizidalen Handlungen sollen die grundsätzliche Haltung des Therapeuten zum Leben und zum Tod festhalten.

Am Ende wird dann nach Chancen und Risiken eines NSV gefragt bzw. ob der jeweilige Therapeut einen NSV anwenden würde.

Diese Fragen basieren hauptsächlich auf den Darstellungen der unterschiedlichen Vertragsarten und der sehr weit gestreuten Intentionen der Autoren. In diesem Fragebogen wird die Bewertung der Intentionen der Autoren durch Fachpersonal hinterfragt. Der Fragebogen soll dazu dienen, Erfahrungen oder, falls nicht vorhanden, Meinungen von Fachleuten zu vergleichen, um in der Auswertung eventuell auf gewisse Standards zurückgreifen zu können oder aber auch gewisse Theorien zu widerlegen. Um dieses Ergebnis standardisieren zu können, wurde ein weiterer Fragebogen für suizidale Patienten, psychiatrische Patienten und für die Bevölkerung entwickelt, der dann teilweise im Vergleich zum Fachpersonal ausgewertet wird.

3.1.2 Der Fragebogen für Patienten und Bevölkerung

Der Fragebogen für Bevölkerung, psychiatrische Patienten und suizidale Patienten setzt sich aus 88 Fragen zusammen.

Im allgemeinen Anfangsteil werden Alter, Geschlecht, Schulbildung, Beruf und Familienstand erfragt. Es folgen Fragen nach Problemen, Suchtmitteln und der aktuellen Stimmungslage.

Im Heranführen an das Thema Suizid wird nach dem ersten Kontakt mit dem Thema und den damit verbundenen Gefühlen gefragt.

Dann wird differenziert ermittelt, ob man schon über einen Suizid nachgedacht habe und welche Gefühle damit verknüpft wurden bzw. wie weit diese Gedanken ausgeprägt waren.

In der nächsten Stufe folgen die Fragen nach einem Suizidversuch und genauen Details dieser Handlung. So werden Gründe, Planung, Abschiedsbrief, Reaktionen des Umfeldes, Methoden und persönliche Meinungen zum Thema Tod angesprochen. Wie auch im Therapeuten-Fragebogen kommen nun die Fragen nach dem Recht auf Suizid und dem Recht auf lebensrettende Maßnahmen.

Ganz allgemein folgen Fragen nach Ereignissen, die momentan Suizidgedanken hervorrufen könnten und im Gegensatz dazu nach Gründen, die für das Leben sprechen.

Im speziellen Teil folgen Punkte, die gezielt das Thema NSV ansprechen, etwa ob man einen solchen Vertrag schon unterschrieben habe oder nicht.

Je nach Antwort können dann Erfahrungen von Personen, die einen Vertrag schon einmal unterschrieben haben, mit Meinungen anderer über einen solchen Vertrag verglichen werden.

Es folgen die gleichen Fragen wie bei den Therapeuten zum NSV, in denen auf das Format, auf die Gründe für oder gegen einen Vertragsabschluss und auf die Ziele eingegangen wird.

4. Ergebnisse

4.1 Auswertung aller Fragen bei Psychiatern, Psychologen und Studenten der Medizin und der Psychologie im Vergleich

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragebogen von Fachpersonal miteinander verglichen. Am Anfang stehen jeweils die Fragen und die Abbildungshinweise. Die Ergebnisse werden dann in Form eines Diagramms oder einer Tabelle in Anhang dargestellt und im folgenden Text kurz besprochen.

Die offenen Fragen werden gesondert mit *Kursivschrift* gekennzeichnet. Hierbei werden die häufigsten Antworten kurz tabellarisch aufgeführt und miteinander verglichen.

Die Aufteilung erfolgt in Untergruppen:

- × Psychiater (n=40)
- × Psychologen (n=49)
- × Medizinstudenten (n=50) im folgenden Studmed genannt,
- × Psychologiestudenten (n=23) im folgenden Studpsych genannt.

1. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolversprechender?

Siehe Abbildung 1 Seite 197

Alle Berufsgruppen sind sich überwiegend einig, dass ein schriftlicher Vertrag einem mündlichen Vertrag vorgezogen werden sollte. Diese Antwort bestätigen Psychiater mit 68 %, Psychologen mit 72 %, Medizinstudenten mit 84 % und

Psychologiestudenten mit 87 %. Dagegen sind eine Gruppe von 25 % der Psychiater, 23 % der Psychologen, 12 % der Medizinstudenten und 13 % der Psychologiestudenten der Meinung, dass ein mündlicher Vertrag einem schriftlichen vorzuziehen sei. Zusammenfassend ergibt sich hieraus, dass in allen Gruppen eine Übereinstimmung von über 68 % für einen schriftlichen Vertrag vorliegt.

2. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

Siehe Abbildung 2 Seite 198

Die Praktiker vertreten hier mehrheitlich eine andere Meinung als die Studenten. Psychiater und Psychologen sind mit 53 % von der Wirkung eines Vertrages überzeugt. Die Studentengruppen sind in der Medizin mit 74 % und in der Psychologie mit 57 % der Meinung, dass sich der suizidverhindernde Effekt nicht einstellt.

3. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder für nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

Siehe Abbildung 3 Seite 198

Bei der Anwendung des Vertrages sind sich alle Gruppen mit über 52 % darin einig, dass ein NSV eher für nicht stationäre Patienten geeignet wäre, als für stationäre Patienten.

4. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

Siehe Abbildung 4 Seite 199

Alle Fachleute sind sich mit über 72 % einig, dass ein NSV nicht pauschal bei jedem Patienten geeignet ist.

5. *Bei welchen Patienten ist ein solcher Vertrag anwendbar?*

Siehe Abbildung 5 Seite 199

Da zur vorangegangenen Frage ganz überwiegend angegeben wurde, dass ein NSV nicht bei allen anwendbar ist, sollte das Spektrum der Möglichkeiten durch eine offene Frage und somit eine persönliche Antwort dargestellt werden.

Wenn man diese Gruppen kurz zusammenfasst, dann kommen die großen Krankheitsgruppen der Depressionen, Borderline-Störungen und der Persönlichkeitsstörungen in Frage. Ein weiteres Kriterium sollte die Absprachefähigkeit bzw. Vertragsfähigkeit des Patienten sein. In der Antwort der Psychologiestudenten wird eine sehr interessante Zielgruppe genannt, nämlich Kinder und Jugendliche. Sie sind also der Meinung, dass vor allem die Jugend sich an Absprachen hielte bzw. Sicherheit und Halt in einem NSV finden kann.

6. *Bei welchen Patienten ist ein solcher Vertrag nicht anwendbar?*

Siehe Abbildung 6 Seite 200

Um eine Spanne der Anwendungsgebiete zu finden, ist es wichtig, auch nach dem Ausschlussprinzip zu verfahren. So in dieser Fragestellung. Die Praktiker sind sich einig, dass psychotisch erkrankte, schwer depressive und akut suizidal gefährdete Personen aus dem Bereich der Anwendung

herausgenommen werden sollten. Ein weiteres Kriterium liegt in der Persönlichkeit des Patienten selbst, nämlich die Unzuverlässigkeit.

7. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 7 Seite 200

Dazu findet sich überwiegend die Meinung, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines NSV gewachsen wären.

8. Was würden Sie tun, wenn ein Patient einen solchen Vertrag nicht unterschreibt?

Siehe Abbildung 8 Seite 201

Hier wird von allen Praktikern ganz überwiegend die Klinkeinweisung oder sogar die Einweisung auf eine geschlossene Station als Mittel der Wahl angegeben. Weitere Alternative sind Gespräche mit dem Patienten, warum er einen NSV ablehnt oder mündliche Vereinbarungen.

9. Was würden Sie tun, wenn ein Patient den Vertrag unterschreibt, Sie aber glauben, dass er den Vertrag nicht einhalten kann oder will?

Siehe Abbildung 9 Seite 201

Die Beantwortungsstruktur gestaltet sich ähnlich wie in der vorherigen Frage. Die Möglichkeiten bestehen in der stationären Einweisung oder einem offenen Gespräch mit dem Patienten.

10. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 10 Seite 202

Die Praktiker sind von einer Vertragsfähigkeit suizidaler Menschen mit 55 % überzeugt. Die Studenten stimmen mit mindestens 54 % gegenteilig ab.

11. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

Siehe Abbildung 11 Seite 202

Die Auswertung ergibt, dass die Mehrheit der Befragten einen Vertrag bis zur nächsten Therapiestunde bevorzugt. Es wurden auch weitere Möglichkeiten gewählt, aber prinzipiell geht die Tendenz dahin, dass ein NSV in jeder Sitzung wieder erneuert werden sollte.

12. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 12 Seite 203

Prinzipiell geht die Tendenz mit über 50 % zu einem Vertrag zwischen zwei Partnern. Allerdings sind hier eindeutig Divergenzen zwischen der Studentenseite und den Praktikern zu sehen. Die Praktiker bevorzugen mit über 68 % einen Vertrag. Bei den Studenten halten sich knapp 50 % für einen Vertrag und knapp 40 % für ein Versprechen des Patienten, in dem der Therapeut nur ein Zeuge ist, fast die Waage.

13. Welche Alternativen zu einem solchen Vertrag könnten Sie sich vorstellen?

Siehe Abbildung 13 Seite 203

Als Alternativen zu einem NSV können ein enger persönlicher Kontakt, mündliche Absprachen oder ein Krisenplan zählen, wobei die beiden letztgenannten Punkte auch wieder einem NSV entsprechen. Denn auch ein mündliches Versprechen ist im allgemeinen Geschäftsgebrauch ein Vertrag.

14. Ab welchem Alter würden Sie einen solchen Vertrag bei einem Patienten anwenden?

Siehe Abbildung 14 Seite 204

Praktiker beantworten diese Frage am häufigsten mit 18 Jahren. Die Studenten würden auch einen NSV ab 14 oder 16 Jahren anwenden.

15. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag von einem Suizid abhalten?

Siehe Abbildung 15 Seite 204

Über 50 % der Therapeuten würden dieses Instrument, fiktiv bei sich selbst eingesetzt, als lebenserhaltende Maßnahme sehen. Nur maximal 30 % der Psychologen und Psychiater sind der Meinung, dass es für sie persönlich keine lebenserhaltende Maßnahme sein könnte.

16. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen NSV unterschreiben?

Siehe Abbildung 16 Seite 205

Über 70 % aller Befragten würden einen NSV unterschreiben.

17. Was könnte Sie dazu veranlassen, einen solchen Vertrag zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 17 Seite 205

Das Vertrauen in den Therapeuten und in die Therapie sind hier die wichtigsten Punkte. Damit verbunden sind natürlich auch der Schutz vor der Selbstgefährdung und die Hoffnung auf Hilfe. Eine weitere Antwort aus der Gruppe der Medizinstudenten ist, um Ruhe zu haben.

18. Was könnte Sie dazu veranlassen, einen solchen Vertrag nicht zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 18 Seite 206

Wenn man diese Antworten kurz darstellt, dann würden suizidale Personen einen NSV nicht unterschreiben, weil sie entweder konkrete Suizidabsichten, einen starken Todeswunsch oder Angst vor Nichteinhaltung haben. Des Weiteren sind natürlich auch Punkte wie Misstrauen und schlechtes Therapeuten-Patienten-Verhältnis zu erwähnen.

19. Könnte ein solcher NSV als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 19 Seite 206

Mit über 50 % stimmen hier Psychiater und Psychologen zu. Medizinstudenten sind mit ca. 50 % dagegen. Psychologiestudenten teilen die Meinung der Praktiker mit über 70 %.

20. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

Siehe Abbildung 20 Seite 207

Die Mehrheit der Praktiker ist der Meinung, dass man die Autonomie des Patienten stärken sollte. Bei den Psychiatern stellt sich dies mit 50 % Ja und 50 % Nein im Vergleich zu den anderen Gruppen eher zurückhaltend dar. Alle anderen Gruppen sind mit über 65 % der Meinung, dass dies sinnvoll wäre. Welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, wird in der folgenden Frage diskutiert.

21. *Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Autonomie des Patienten durch einen solchen Vertrag stärken?*

Siehe Abbildung 21 Seite 207

Das Selbstformulieren von Vertragsbestandteilen wird vor allem als Stärkung der Autonomie vorgeschlagen. Die restlichen Antworten umschreiben nur den Begriff der Autonomie.

22. Wer sollte Ihrer Meinung nach ein Exemplar des Vertrages erhalten?

Siehe Abbildung 22 Seite 208

In diesem Punkt sind sich alle Fachgruppen mit über 88 % einig, dass sowohl der Therapeut; als auch der Patient ein Exemplar erhalten sollte.

23. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

Siehe Abbildung 23 Seite 208

Mit überwiegender Meinung, ca. 60-80 %, sind die Praktikergruppen der Ansicht, das einzige Exemplar müsse in der Hand des Therapeuten verbleiben.

24. Warum Sind Sie dieser Meinung?

Siehe Abbildung 24 Seite 209

Ja, weil...

Die Minderheit der Praktikergruppen legt offenbar Wert auf den Charakter der rein internen Selbstverpflichtung, sieht also eine höhere Bindungswirkung gerade dann, wenn keine Außenkontrolle möglich ist.

Siehe Abbildung 25 Seite 209

Nein, weil...

Die überwiegende Mehrheit betont die Notwendigkeit einer Außenkontrolle, verspricht sich also eine Verbesserung der Effizienz, wenn der Vertrag beim Therapeuten liegt und dort auch jederzeit eingesehen werden kann.

25. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

Siehe Abbildung 26 Seite 210

Die Mehrheit der Praktikerguppen mit knapp 60 % bis über 80 % sieht den jederzeit möglichen Zugriff des Patienten auf den Vertrag eher als eine Hilfe als eine Belastung.

26. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?

Siehe Abbildung 27 Seite 210

Das ständige Mitführen wird mit über 60 % in allen Gruppen als zusätzlicher Schutz gesehen.

27. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 28 Seite 211

Die ganz überwiegende Mehrheit mit knapp 80 % sieht im NSV eine Erfolg versprechende Motivverstärkung, die andere Überlebensgründe ergänzt oder zumindest vorübergehend substituiert.

28. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

Siehe Abbildung 29 Seite 211

Die große Mehrheit mit über 70 % bis knapp 90 % der Praktikergruppen sieht durch den NSV und den Vorschlag des Therapeuten zu seinem Abschluss die Bedeutung des Therapeuten und seiner Fürsorge aus der Sicht des Patienten als gestärkt.

29. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

Siehe Abbildung 30 Seite 212

Die Mehrheit der Praktikergruppen sieht mit 50 % - 70 % die Vertrauensbasis zum Patienten durch den NSV als gestärkt.

30. Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten darstellt oder dass man den Vertrag als einen Bestandteil der Therapie darstellt?

Siehe Abbildung 31 Seite 212

Psychiater und Medizinstudenten bevorzugen mit ca. 50 % die Vermittlung des Vertrages als Therapiebestandteil. Psychologen sehen die Darstellung aus Sorge um den Patienten mit knapp 60 % als vorrangig. Psychologiestudenten verhalten sich hier je hälftig.

31. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

Siehe Abbildung 32 Seite 213

Die Praktikerguppen sind mit über 80 % von einem individuellen Vertrag überzeugt.

32. *Wie weit sollten die Wünsche des Patienten in einem solchen Vertrag berücksichtigt werden?*

Siehe Abbildung 33 Seite 213

Die absichtlich etwas unscharf angelegte Frage wird so beantwortet, dass die Bedürfnisse des Patienten zur Stärkung seiner Autonomie berücksichtigt werden sollten, soweit dies möglich ist. Dies gilt gerade auch für die Vertragsdauer.

33. Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

Siehe Abbildung 34 Seite 214

Die Mehrheit der Psychiater und Psychologen findet mit über 60 % eine psychische Statusbeschreibung im Vertrag nicht hilfreich. Die Studenten neigen mit knapp 50 % eher dazu, diesen Punkt im NSV festzuhalten.

34. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

Siehe Abbildung 35 Seite 214

Die Praktiker lehnen dies mit über 70 % ab. Die Studenten würden den Verlauf mit ca. 50 %-60 % in den Vertrag einarbeiten.

35. *Warum sind Sie dieser Meinung?*

Siehe Abbildung 36 Seite 215

Ja, weil...

Die Minderheit der Therapeuten sieht durch einen Therapieverlaufsbericht im NSV die Möglichkeit, dass die Erfolge für den Patienten sichtbar gemacht werden und somit zur Motivation und Orientierung dienen können.

Siehe Abbildung 37 Seite 216

Nein, weil...

Die Mehrheit der Therapeuten ist der Meinung, dass es in einer Therapie nicht nur Fortschritte, sondern auch Rückschritte geben kann. Diese zu notieren, könnte den Patienten im negativen Sinne beeinflussen. Des weiteren sollte der NSV kurz und überschaubar sein.

36. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 38 Seite 217

Psychiater finden dies mit knapp über 50 % nicht notwendig. Psychologen und die Gruppe der befragten Studenten finden, dass dies eine positive Verstärkung für den Patienten sein kann und stimmen mit knapp 60 % bis 80 % dafür.

37. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

Siehe Abbildung 39 Seite 217

Die Mehrheit der Therapeuten findet es sinnvoll, dem Patienten Unterstützung zuzusagen. Während Psychiater dies mit nur 48 % finden, sind die restlichen Gruppen mit über 62 % der Meinung, dass es dem Patienten hilft, wenn man ihn in den gemeinsam festgesetzten Zielen unterstützt.

38. Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 40 Seite 218

Mit überwiegender Mehrheit von mindestens 73 % sind sich alle Gruppen einig, dass auch der Therapeut den NSV unterschreiben sollte.

39. Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten für die Einhaltung des Vertrages?

Siehe Abbildung 41 Seite 218

Diese Frage hat einen sehr weitgehenden Charakter. Die Therapeuten sind sich jedoch alle einig, dass ein Vertrag nur dann eingehalten werden kann, wenn die Therapeuten-Patienten-Beziehung intakt ist. Somit spielt diese eine sehr große und zentrale Rolle.

40. Sollte man die Art der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten im Vertrag beschreiben?

Siehe Abbildung 42 Seite 219

Die Mehrheit mit ca. 70 % ist der Meinung, dass es nicht notwendig erscheint, auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient näher einzugehen und diese zu beschreiben.

41. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

Siehe Abbildung 43 Seite 219

Alle Praktiker sind mit überwiegender Mehrheit von knapp 60 % bis über 80 % der Meinung, dass es sinnvoll sei, dem Patienten Strategien aufzuzeigen, damit er in einer Notfallsituation handlungsfähig bleibt. Die einzelnen Vorschläge werden in der folgenden Frage vorgestellt.

42. Wenn ja, welche Strategien würden Sie vorschlagen und in welcher Reihenfolge sollte der Patient diese wahrnehmen

Siehe Abbildung 44 Seite 220

Bei der Wahl der Strategie empfehlen die Fachgruppen, dass man sich auf die individuellen Vorschläge des Patienten einlassen sollte. Falls diese nicht ausreichend sind, kann man immer noch mit Notfallplan oder anderer Hilfe von außen strategisch weiterhelfen.

43. Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

Siehe Abbildung 45 Seite 220

Wie auch schon in der vorhergehenden Frage vorgeschlagen, sind über 87 % der Befragten sich einig, dass der Patient auch aktiv mitarbeiten sollte, um Strategien zu finden und zu formulieren.

44. Würden Sie ihrem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

Siehe Abbildung 46 Seite 221

Vor allem Psychiater und Psychologen mit über 70 % sowie Psychologiestudenten mit über 50 % sind der Meinung, dass es nicht notwendig ist, dass der Patient seinen Therapeuten immer erreichen kann. Medizinstudenten neigen mit über 60% eher dazu, immer für den Patienten da sein zu wollen. Die Begründungen werden in der nächsten Frage erörtert.

45. Warum sind Sie dieser Meinung?

Siehe Abbildung 47 Seite 221

Ja, weil...

Die Minderheit findet, dass dies eine vertrauensbildende Maßnahme sei und dass Krisen nicht zeitlich begrenzt seien.

Siehe Abbildung 48 Seite 222

Nein, weil...

Die Mehrheit der Praktiker ist jedoch der Meinung, dass es genügend Hilfestellungen gebe, die jederzeit für einen Patienten erreichbar wären, so dass ein Patient nie völlig ohne Hilfe und Unterstützung sein muss. Außerdem würde es den Patienten zu sehr auf einen Therapeuten fixieren. Zusätzlich wäre es eine Überforderung des Therapeuten, immer für alle seine Patienten verfügbar zu sein.

46. Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

Siehe Abbildung 49 Seite 222

Hier empfehlen über 70 % der Befragten, dass Patienten Aufgaben bekommen sollten, um sich selbst aktiv an der Therapie zu beteiligen.

47. Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf positive/negative Konsequenzen bei Erfüllung/Nichterfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich?

Siehe Abbildung 50 Seite 223

Die Mehrheit der Praktiker mit über 60 % findet es sinnvoll, für den Patienten je nach dessen Verhalten positive oder negative Konsequenzen zu ziehen. Psychologiestudenten teilen diese Auffassung nur mit ca. 45 %. Welche Möglichkeiten sich hierzu anbieten, wird in der folgenden Frage näher untersucht.

48. Wenn ja, welche Art von Konsequenzen würden Sie ziehen?

Siehe Abbildung 51 Seite 223

Im positiven Sinne könnte man Lob oder eine individuelle Belohnung in Erwägung ziehen. Bei mangelnder Therapiemotivation ist zu diskutieren, ob man mit Therapieabbruch droht.

49. Sollte man den Patienten auf die Belastung für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

Siehe Abbildung 52 Seite 224

Hier sind die Fachgruppen nicht einig. Psychiater und Medizinstudenten tendieren mit knapp 50 % dazu, dem Patienten dieses mitzuteilen. Psychologen und Psychologiestudenten neigen mit knapp 50 % - 60 % eher dazu, den Patienten nicht darüber aufzuklären. Allerdings werden hier nur Tendenzen beschrieben, da es keine eindeutige Meinungsbildung in eine Richtung gibt.

50. Warum sind Sie dieser Meinung?

Siehe Abbildung 53 Seite 224

Ja, weil...

Ein Teil der Praktiker sieht darin den Vorteil, dass durch das Mitteilen der eventuellen Belastung der Patient auch Verantwortung übernehmen muss und dass diese Offenheit für eine Beziehung wichtig ist.

Siehe Abbildung 54 Seite 225

Nein, weil...

Die andere Gruppe der Befragten sieht darin eher eine Belastung und ein Druckmittel für den Patienten und eine gewisse Unprofessionalität.

51. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein: Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?

Siehe Abbildung 55 Seite 225

Über 85 % der Therapeuten stimmen dieser Theorie nicht zu.

52. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 56 Seite 226

Diese Frage ist bewusst sehr plakativ formuliert. Alle Gruppen sind sich mit über 70 % einig, dass jeder Mensch sich suizidieren darf.

53. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?

Siehe Abbildung 57 Seite 226

Über 96 % der Fachleute stimmen zu, dass jeder Mensch einen anderen Menschen vom Suizid abhalten darf.

54. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

Siehe Abbildung 58 Seite 227

Die Therapie bedarf nicht nur eines NSV, darin sind sich die Praktiker mit über 90 % einig. Dass sie in einer Kombination mit weiteren Therapieverfahren sinnvoll ist und dort ihre Daseinsberechtigung hat dieser Theorie stimmt die Mehrheit zu.

55. Welche Chancen bietet ein NSV Ihrer Meinung nach in der Therapie?

Siehe Abbildung 59 Seite 227

Die Chancen eines NSV bestehen darin, eine lebenserhaltende Hilfe und Unterstützung für den Patienten zu sein. Durch den Vertrag kann auch die Einbindung in die Therapie und die Verantwortung des Patienten gestärkt werden. Im Gegensatz dazu werden in der nächsten Frage die Risiken abgewogen.

56. Welche Risiken sind Ihrer Meinung nach bei der Anwendung eines NSV zu beachten?

Siehe Abbildung 60 Seite 228

Die Risiken des Vertrages bestehen darin, dass der Therapeut sich sicher fühlen und alarmierende Signale des Patienten nicht mehr wahrnehmen könnte. Zusätzlich könnte die Eigenverantwortung, die der Patient mit dem Vertrag übernimmt, eine zu große Belastung darstellen. Diese Risiken gilt es bei jedem Patienten mit den Chancen individuell abzuwägen. Wobei das erstgenannte Risiko der Therapeut selbst beherrschen kann, das anschließend erwähnte Risiko nicht.

57. Würden Sie als Therapeut einen NSV anwenden?

Siehe Abbildung 61 Seite 228

Alle Fachgruppen mit knapp 70 % - 90 % würden einen NSV anwenden.

4.1.1 Auswertung der Fragebogen der Psychiater (n=40)

Die Auswertung erfolgt in den Unterteilungen nach Geschlecht und Berufserfahrung. Die Definition von erfahren bzw. unerfahren richtet sich nach der Dauer der Berufserfahrung. Hierbei wird die erfahrene Gruppe als Personengruppe definiert, die seit 4 oder mehr Jahren im Berufsleben steht oder Facharzt für Psychiatrie ist. Die übrigen Personen sind laut Definition unerfahren.

Offene Fragen werden in diesem Teil nicht mehr diskutiert, da dies schon ausführlich im allgemeinen Teil erfolgt ist. In der fachspezifischen Auswertung werden nur noch für den NSV relevante Fragen ausgewertet.

Die Aufteilung erfolgt in:

- × Weiblich erfahren (n=5)
- × Weiblich unerfahren (n=16)
- × Männlich erfahren (n=7)
- × Männlich unerfahren (n=11)

1. Haben Sie schon suizidale Patienten betreut?

Siehe Abbildung 62 Seite 229

Alle Therapeuten haben schon suizidale Patienten betreut.

2. Wenn ja, haben Sie dabei einen NSV verwendet?

Siehe Abbildung 63 Seite 230

Das Anwenden des NSV ist bei allen Gruppen zu finden. Vor allem die erfahrenen Therapeuten wenden ihn mit über 80 % an. Die unerfahrenen Therapeuten liegen etwas unterhalb bei den männlichen mit knapp 40 % und den weiblichen Therapeuten mit knapp 70 %. Es zeigt sich hier, dass der NSV

einen festen Platz bei vielen und vor allem den erfahrenen Therapeuten gefunden hat.

3. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 64 Seite 230

Die Mehrheit der befragten Personen bevorzugt einen schriftlichen Vertrag, vor allem die erfahrenen weiblichen Therapeuten und die männlichen unerfahrenen mit über 70%. Die männlichen erfahrenen Therapeuten befürworten je hälftig einen schriftlichen bzw. einen mündlichen Vertrag. Eine Kombination aus beiden Versionen, in der ein mündliches Versprechen und ein schriftlicher Vertrag vorhanden sind, kommt nur zu einem geringen Teil bei den weiblich unerfahrenen Therapeuten in Frage.

4. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

Siehe Abbildung 65 Seite 231

Erfahrene Therapeuten stimmen hier mit über 60 % bis 85 % zu. Unerfahrene Therapeuten verhalten sich zurückhaltender, bei den männlich unerfahrenen Therapeuten mit 50 %. Die weiblichen unerfahrenen Therapeuten sehen eher keine Chance, dass ein NSV vom Suizid abhalten könnte, und stimmen mit über 70 % dagegen.

5. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

Siehe Abbildung 66 Seite 231

Die Mehrheit der weiblichen und der erfahrenen männlichen Therapeuten stimmt mit 60 % - 80 % zu, dass der NSV besser für die ambulante Therapie geeignet sei. Lediglich die unerfahrenen männlichen Therapeuten sehen mit über 50 % eher eine Therapiemöglichkeit im stationären Bereich. Signifikant ist auch, dass in fast allen therapeutischen Gruppen eine Chance mit ca. 20 % für beide Bereiche gesehen und somit eine strenge Trennung nicht unbedingt vorgenommen wird.

6. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

Siehe Abbildung 67 Seite 232

Über 70 % aller Befragten sind der Meinung, dass der NSV nicht bei allen suizidalen Patienten angewendet werden kann. Die weiblichen Therapeuten stimmen darin sogar mit über 80% überein.

7. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 68 Seite 232

Die Minderheit der weiblichen Therapeuten findet mit ca. 40 %, dass suizidale Menschen den Vertragsanforderungen nicht gewachsen sind. Die männlichen Therapeuten äußern sich hier genau gegensätzlich und stimmen bei den männlich erfahrenen Therapeuten mit über 50 % und den unerfahrenen mit über 80 % zu.

8. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 69 Seite 233

Die erfahrenen Therapeuten sind mit über 60 % davon überzeugt, dass suizidale Menschen vertragsfähig sind. Ebenso stimmen auch die unerfahrenen männlichen Therapeuten mit knapp 70 % zu. Die weiblichen unerfahrenen Therapeuten stimmen nur mit 30 % für die Vertragsfähigkeit der suizidalen Patienten.

9. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

Siehe Abbildung 70 Seite 233

Alle Therapeutengruppen stimmen mehrheitlich zu, dass der NSV bis zur nächsten Therapiestunde gültig sein sollte, vor allem im Bereich der weiblichen Therapeuten. Bei den männlichen Therapeuten ist eher eine Streuung auf weitere Antwortmöglichkeiten festzustellen.

10. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 71 Seite 234

Signifikant stimmen die Fachleute für die Variante, dass der Vertrag zwischen Patienten und Therapeuten abgeschlossen werden sollte. Bei den weiblichen unerfahrenen Therapeuten mit knapp 60 %, die übrigen sind mit über 70 % dieser Meinung.

11. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten?

Siehe Abbildung 72 Seite 234

80 % der erfahrenen weiblichen Therapeuten sieht im NSV die Chance, dass er sie selbst vom Suizid abhalten könnte. Dieser Meinung sind auch die männlichen Therapeuten mit knapp 60 %. Zurückhaltender in dieser Frage sind die weiblichen unerfahrenen Therapeuten, die nur mit 30 % zustimmen.

12. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen NSV unterschreiben?

Siehe Abbildung 73 Seite 235

Die Mehrheit aller Befragten würde mit über 60 % bis knapp 90 % einen NSV unterschreiben.

13. Könnte ein solcher NSV als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 74 Seite 235

Die weiblichen Therapeuten geben sich in dieser Wertung eher zurückhaltend, so sind nur 40 % der erfahrenen und 50 % der unerfahrenen Therapeuten dieser Überzeugung. Die männlichen Therapeuten sehen mehrheitlich eine Chance im NSV und stimmen mit knapp 60 % zu.

14. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

Siehe Abbildung 75 Seite 236

Während erfahrene weibliche und unerfahrene männliche Therapeuten hier mit über 60 % zustimmen, sind die weiblichen unerfahrenen und männlichen erfahrenen Therapeuten je zur Hälfte dafür und dagegen.

15. Wer sollte Ihrer Meinung nach ein Exemplar des Vertrages erhalten?

Siehe Abbildung 76 Seite 236

In dieser Frage sind sich alle Gruppen mit über 85 % einig, dass es am effektivsten ist, wenn beide Vertragspartner ein Exemplar des Vertrages erhalten.

16. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

Siehe Abbildung 77 Seite 237

Sehr signifikant mit über 70 % stimmen hier die Befragten zu, dass es nicht sinnvoll sei, das einzige Exemplar dem Patienten auszuhändigen. Nur eine geringe Zahl von ca. 20 % der weiblich erfahrenen und der männlich unerfahrenen Therapeuten erachten dies als sinnvoll.

- 17. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?**

Siehe Abbildung 78 Seite 237

Hier gibt es eine klare Trennung zwischen erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten. Während die erfahrenen mit über 70 % dies als Hilfe ansehen, empfinden die unerfahrenen Therapeuten dies häufig als Belastung bzw. als Hilfe.

- 18. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?**

Siehe Abbildung 79 Seite 238

Die erfahrenen Therapeuten und die unerfahrenen männlichen Therapeuten sehen mit über 70 % in dieser Handlung einen zusätzlichen Schutzmechanismus. Die weiblichen unerfahrenen Therapeuten sind eher der Meinung mit knapp 50 %, dass diesem ständigen „Bei-sich-Tragen“ keine Wirkung zuzurechnen sei.

- 19. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?**

Siehe Abbildung 80 Seite 238

Mehrheitlich stimmen alle Befragten mit über 60 % zu, dass der NSV einen Zeitraum überbrücken kann, in dem der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben sucht.

20. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

Siehe Abbildung 81 Seite 239

Sehr eindeutig mit knapp 90 % stimmen alle erfahrenen Therapeuten und die männlichen unerfahrenen Therapeuten zu, dass der Vertrag dem Patienten das Gefühl der Sorge um ihn geben kann. Nur eine Minderheit der weiblichen unerfahrenen Therapeuten stimmt mit knapp 40 % zu.

21. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

Siehe Abbildung 82 Seite 239

Wie auch schon in der vorherigen Frage scheuen die weiblichen unerfahrenen Therapeuten hier geringfügig aus, in dem sie je hälftig dafür und dagegen stimmen. Die übrigen Gruppen stimmen mehrheitlich mit ca. 60 % dafür, dass das Vertrauensverhältnis besser in Kombination mit einem NSV geschaffen werden kann.

22. Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten oder als einen Bestandteil der Therapie darstellt?

Siehe Abbildung 83 Seite 240

Die Befragten sind sich darin einig, dass der NSV weniger als Sorge um den Patienten dargestellt werden sollte. Vielmehr sei es sinnvoll, den NSV als festen Bestandteil der Therapie dem Patienten zu vermitteln, diesem Punkt stimmen zwischen 50 % - 60 % der Therapeuten zu. Bei der Gruppe der erfahrenen

männlichen Therapeuten stimmt ein Prozentsatz von ca. 30 % dafür, dass man diese beiden Darstellungsmöglichkeiten miteinander verknüpfen sollte.

23. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeiner Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

Siehe Abbildung 84 Seite 240

Ein NSV sollte individuell auf jeden Patienten eingestellt werden, so die Meinung der Befragten mit über 85 %.

24. Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

Siehe Abbildung 85 Seite 241

Die weiblichen Therapeuten und die männlichen erfahrenen Therapeuten sind mit ca. 70 % der Meinung, dass dies nicht im NSV festgehalten werden sollte. Die unerfahrenen männlichen Therapeuten zeigen sich hier schwankend.

25. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

Siehe Abbildung 86 Seite 241

Mehrheitlich stimmen die Therapeuten mit ca. 70 % - 80 % dagegen, dass man den Verlauf der Therapie in den NSV einbauen sollte.

26. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 87 Seite 242

Die männlichen unerfahrenen Therapeuten finden es mit einer überwiegenden Mehrheit von 70 % sinnvoll, die Ziele der Therapie im Vertrag festzuhalten. Die übrigen Gruppen sind eher verhalten und stimmen hier mit maximal 40 % zu.

27. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

Siehe Abbildung 88 Seite 242

Die männlichen unerfahrenen Therapeuten finden es mit 60 % wichtig, diese Möglichkeit zu nutzen. Die übrigen Gruppen neigen mit über 40 % - 70 % dazu, dass der Therapeut dies nicht tun sollte.

28. Sollte auch der Therapeut den Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 89 Seite 243

Alle Befragten stimmen mehrheitlich mit über 60 % - 80 % zu, dass auch der Therapeut den Vertrag unterschreiben sollte.

29. Sollte man im Vertrag die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreiben?

Siehe Abbildung 90 Seite 243

Zwischen 70 % und 100 % der Fachleute lehnen es ab, dass die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten im Vertrag beschrieben werden sollte.

30. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

Siehe Abbildung 91 Seite 244

Die Mehrheit aller Gruppen ist der Meinung, dass dies sinnvoll sei. Die unerfahrenen weiblichen Therapeuten halten sich zwar prozentual mit der Zustimmung etwas zurück mit knapp 50 %. Alle anderen Gruppen bejahen dies mit über 70 %.

31. Fänden Sie es sinnvoll den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

Siehe Abbildung 92 Seite 244

Über 80 % bis 100 % aller Beteiligten stimmen zu, dass der Patient seine Strategien möglichst selbst finden sollte.

32. Würden Sie dem Patienten anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

Siehe Abbildung 93 Seite 245

Maximal 30 % der Befragten würden dem Patienten diese Möglichkeit anbieten.

33. Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

Siehe Abbildung 94 Seite 245

Hier stimmen die erfahrenen Therapeuten mit über 85 % zu, dass man dem Patienten Aufgaben geben sollte. Die unerfahrenen Therapeuten halten sich etwas zurück und stimmen mit ca. 65 % dafür.

34. Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf pos/neg Konsequenzen bei (Nicht)-Erfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich?

Siehe Abbildung 95 Seite 246

Die weiblichen erfahrenen und die männlichen Therapeuten sind mit mindestens 55 % überzeugt, dass es sinnvoll sei, positive und negative Konsequenzen bei Nichterfüllung bzw. Erfüllung der Aufgaben zu ziehen. Die weiblichen unerfahrenen Therapeuten lehnen dies tendenziell eher mit ca. 50 % ab.

35. Sollte man den Patienten auf die Belastungen hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

Siehe Abbildung 96 Seite 246

Erfahrene weibliche Therapeuten stimmen mit 60 % dafür. Die übrigen Gruppen teilen diese Meinung nur mit 35 % bis 45 %.

- 36. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein. Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?**

Siehe Abbildung 97 Seite 247

Über 90 % aller Befragten stimmen dieser Theorie nicht zu.

- 37. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?**

Siehe Abbildung 98 Seite 247

Mit mindestens 60 % stimmen alle zu, dass ein Mensch das Recht hat, sich das Leben zu nehmen.

- 38. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?**

Siehe Abbildung 99 Seite 248

Hier herrscht Einigkeit mit 100 % in allen Gruppen, dass man suizidale Patienten vom Suizid abhalten darf.

39. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

Siehe Abbildung 100 Seite 248

Mit über 80 % wird befürwortet, dass ein NSV eher als Kombination mit anderen therapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden sollte.

40. Würden Sie als Therapeut einen NSV anwenden?

Siehe Abbildung 101 Seite 249

Die erfahrenen Therapeuten würden einen NSV mit über 80 % anwenden. Die unerfahrenen Therapeuten liegen mit 50 % bis 70 % etwas darunter.

4.1.2 Auswertung der Fragebogen der Psychologen (n=49)

Die Auswertung wird zum einen nach Geschlecht und nach der Berufserfahrung der Therapeuten unterteilt. Die Definition von erfahren richtet sich nach der Anzahl der Berufsjahre. Hierbei wird die erfahrene Gruppe als Personengruppe definiert, die seit 4 oder mehr Jahren im Berufsleben stehen. Unerfahrene Personen sind somit Fachleute, die eine Berufserfahrung haben, die unter 4 Jahren liegt.

Offene Fragen werden in diesem Teil nicht mehr diskutiert, da dies schon ausführlich im allgemeinen Teil erfolgt ist. In der fachspezifischen Auswertung werden nur noch NSV relevante Fragen ausgewertet.

Die Aufteilung erfolgt in:

- × Weiblich erfahren (n=13)
- × Weiblich unerfahren (n=22)
- × Männlich erfahren (n=6)
- × Männlich unerfahren (n=8)

1. Haben Sie schon suizidale Patienten betreut?

Siehe Abbildung 102 Seite 250

Über 90 % der weiblichen erfahrenen Therapeuten haben schon suizidale Patienten betreut. Die übrigen Gruppen haben darin mit 50 % - 70 % weniger Erfahrungen gesammelt.

2. Wenn ja, haben Sie dabei einen NSV verwendet?

Siehe Abbildung 103 Seite 250

Zwischen 50 % und 60 % haben bei den erfahrenen Psychologen einen NSV verwendet. Bei den unerfahrenen Therapeuten liegt diese Quote bei ca. 30 %.

3. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 104 Seite 251

Die Mehrzahl aller Therapeuten ist der Meinung, dass ein schriftlicher Vertrag geeigneter und effektiver sei. Dies unterstreichen vor allem die weiblichen Befragten mit über 77 % und signifikanterweise die weiblichen Befragten mit Berufserfahrung mit 88 %. Die männlichen Befragten stimmen hier nicht ganz so überzeugt zu; zwar halten 67 % der erfahrenen männlichen Therapeuten die schriftliche Version für geeigneter, im Bereich der unerfahrenen Therapeuten tun dies lediglich 50 %.

4. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

Siehe Abbildung 105 Seite 251

Hier finden sich signifikante Unterschiede bei der Beantwortung der Frage. Die erfahrenen Therapeuten äußern sich mit fast genau 50 % dafür und dagegen, nur bei erfahrenen Therapeutinnen überwiegt mit 54 % die Gegenstimme. Der Bereich der unerfahrenen Therapeuten äußert sich im Vergleich sehr konträr. So sind die weiblichen Therapeuten mit 64 % davon überzeugt, dass dieser Vertrag vom Suizid abhalten könnte, die männlichen Therapeuten sind mit 63 % genau entgegengesetzter Meinung, dass er dies nicht schaffen kann. Bezieht man sich in diesem Bereich eher auf die erfahrenen Therapeuten, so besteht die Hoffnung auf eine Chance von 50 %, dass ein NSV einen Patienten vom Suizid abhalten kann.

5. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

Siehe Abbildung 106 Seite 252

Die Mehrheit in allen Gruppen stimmt zu, dass der NSV eher im Bereich der ambulanten Therapie seinen Platz finden kann. Jedoch liegt bei den weiblichen erfahrenen Therapeuten, die den ambulanten Bereich mit 46 % bevorzugen, der stationäre Bereich bei 31 % und die Möglichkeit, den NSV in beiden Bereichen einzusetzen, bei 23 %. Eine ähnliche Aufteilung zeigt sich bei den unerfahrenen männlichen Therapeuten, die den ambulanten Bereich mit 63 % klar bevorzugen, den stationären Bereich mit 25 % und die Kombination aus beiden Bereichen mit 13 % gewählt haben. Die übrigen Gruppen sind mit mindestens 73 % der Überzeugung, dass der ambulante Bereich besser dafür geeignet ist.

6. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

Siehe Abbildung 107 Seite 252

Die Mehrheit der weiblichen und der männlichen unerfahrenen Therapeuten findet mit knapp 70 % - 90 %, dass dieser Vertrag nicht bei allen anwendbar ist. Die Ausnahme zeigt sich bei den männlichen erfahrenen Therapeuten, die diese Frage teils bejahen und gleichen Teils verneinen.

7. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 108 Seite 253

Hier gibt es keine eindeutige Tendenz. Während im Bereich der erfahrenen Therapeuten die weibliche Gruppe mit 46 % diese Frage verneint, mit 31 %

befürwortet und mit 23 % keine Angabe zu dieser Frage macht, beantworten die männlichen Befragten diese Frage, indem sie mit 67 % davon überzeugt sind, dass suizidale Menschen den Anforderungen standhalten können, während 33 % dieses verneinen. Die Therapeutengruppen ohne Erfahrung sind sich in ähnlicher Weise einig und teilen, wenn auch nur mit 55 % der weiblichen und 50 % der männlichen Gruppe, die Meinung der männlichen erfahrenen Therapeuten.

8. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 109 Seite 253

In dieser Frage wird die allgemeine Fähigkeit zu Vertragsabschlüssen diskutiert. Auffällig verhält sich hier die männliche Gruppe der erfahrenen Therapeuten. Sie ist mit 100 % einstimmig der Meinung, dass suizidale Menschen vertragsfähig seien. Die übrigen Gruppen sind in der Beantwortung dieser Frage eher gemischt. So sind bei den weiblichen Erfahrenen 46 % und bei den gesamten Unerfahrenen 50 % dafür, jedoch spricht sich eine große Anzahl dagegen aus mit 31 % bei den weiblichen Erfahrenen, 45 % der weiblichen Unerfahrenen und 38 % der männlichen Unerfahrenen.

9. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

Siehe Abbildung 110 Seite 254

Die Mehrheit aller Gruppen stimmt überein, es sei sinnvoll, dass ein NSV bis zur nächsten Therapiestunde gültig bleibt. Die weiblichen Gruppen sind der Überzeugung mit über 56 %. Bei den männlichen erfahrenen Therapeuten wird zusätzlich zur nächsten Therapiestunde noch mit 50 % die Angabe „vier Wochen“ bevorzugt.

10. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgsversprechender?

Siehe Abbildung 111 Seite 254

Den größeren Erfolg sieht ein Großteil der Therapeuten im Vertrag zwischen Patienten und Therapeuten. Dieser mehrheitlichen Antwort stimmen mit 63 % bis 77 % alle Fachgruppen zu. Nur bis 25 % würden einen Vertrag des Patienten mit sich selbst vorziehen. Der Rest hat keine Angaben zu dieser Frage gemacht.

11. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten?

Siehe Abbildung 112 Seite 255

Die meisten der Therapeutengruppen stehen dem NSV positiv gegenüber. So geben die weiblichen Therapeuten und die männlichen erfahrenen Therapeuten an, dass sie ein NSV mit über 67 % von einem Suizid abhalten könnten. Die männlichen unerfahrenen Therapeuten sind hier allerdings genau konträrer Meinung und geben mit 63 % an, dass sie der NSV nicht vom Suizid abhalten könnten.

12. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen NSV unterschreiben?

Siehe Abbildung 113 Seite 255

Eine große Mehrheit aller Gruppen würde den NSV unterschreiben. Diese Mehrheit liegt für die weiblichen Therapeuten bei den unerfahrenen sogar bei 95 % und bei den erfahrenen bei 85 %. Die männlichen Therapeuten stimmen hier ein wenig zögerlicher zu mit 67 % der erfahrenen Therapeuten und 63 % der unerfahrenen Therapeuten.

13. Könnte ein solcher NSV als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 114 Seite 256

Die Antworten fallen ein wenig inhomogen aus. So ist zwar in allen Gruppen die Mehrheit der Ansicht, der NSV könne als Schutz dienen, wenn der Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann. Bei den unerfahrenen Befragten sind jeweils 50 % dieser Meinung. Die erfahrenen Therapeuten sind zwar dafür, allerdings die weiblichen Befragten nur mit 54 %. Die männlichen Befragten sind mit 83 % der Meinung, dass der NSV als Schutz gesehen werden kann.

14. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

Siehe Abbildung 115 Seite 256

Alle befragten Gruppen sind sich einig, dass die Autonomie eines suizidalen Patienten gestärkt werden sollte. Dieser Meinung sind vor allem die weiblichen erfahrenen Therapeuten mit 92 % und die männlichen unerfahrenen mit 88 %. Die übrigen Gruppen liegen mit ihrer Zustimmung bei 67 % bis 73 %.

15. Wer sollte Ihrer Meinung nach ein Exemplar des Vertrages erhalten?

Siehe Abbildung 116 Seite 257

Über 88 % aller Gruppen sind der Meinung, dass sowohl der Therapeut als auch der Patient ein Vertragsexemplar erhalten sollten. Die weiblichen unerfahrenen und die männlichen erfahrenen Therapeuten befürworten dies sogar mit 100 %. Während bei den weiblichen erfahrenen Therapeuten eine geringe Prozentzahl von 8 % auch dafür plädiert, dass der Patient alleine das

Exemplar erhalten sollte, findet sich in den übrigen Gruppen keine weitere Stimme dafür.

16. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

Siehe Abbildung 117 Seite 257

Während die weiblichen Gruppen auf diese Frage eher mit Nein antworten mit 62 % bis 68 % reagieren die männlichen Therapeuten unterschiedlich. Die männlich erfahrenen Therapeuten würden dem Patienten mit 83 % das einzige Exemplar aushändigen, die unerfahrenen Therapeuten würden das einzige Exemplar mit 75 % nicht aushändigen.

17. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

Siehe Abbildung 118 Seite 258

In der Gruppe der unerfahrenen Therapeuten empfinden 82 % bis 88 % das ständige Mitführen als Hilfe. Im Bereich der erfahrenen Therapeuten bewerten die weiblichen dies als Hilfe mit 62 %, die männlichen Therapeuten sind unentschieden, sie sehen dies mit 50 % als Hilfe und mit 50 % als Belastung an.

18. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?

Siehe Abbildung 119 Seite 258

Das ständige Mitführen kann als zusätzlicher Schutz vor einer suizidalen Handlung gesehen werden, so die Zustimmung aller Fachleute mit über 60 % - 90 %.

19. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 120 Seite 259

Die unerfahrenen Therapeuten stimmen dieser Frage mit 86 bis 88 % zu. Die männlichen erfahrenen Therapeuten sind sogar mit 100 % dieser Meinung, dagegen fällt die positive Aussage bei den weiblichen Therapeuten auf 69 % ab.

20. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

Siehe Abbildung 121 Seite 259

Dass der NSV ein Gefühl der Sorge für den Patienten vermitteln kann, bestätigen die Therapeutengruppen mit einer sehr großen Mehrheit von 75 % bis 100 %.

21. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

Siehe Abbildung 122 Seite 260

Alle Gruppen stimmen zu, dass eine bessere Vertrauensbasis mit einem NSV geschaffen werden kann. Diese Antwort befürworten die weiblichen erfahrenen Therapeuten mit 54 %, die weiblichen unerfahrenen mit 77 %, die männlichen erfahrenen mit 83 % und die männlichen unerfahrenen Therapeuten mit 63 %. Dass eine bessere Vertrauensbasis ohne Vertrag geschaffen werden kann, finden immerhin 31 % der weiblichen erfahrenen und 38 % der männlichen unerfahrenen Therapeuten. Dass eine Vertrauensbasis unabhängig von einem NSV ist, glauben nur noch zwischen 5 und 8 % der weiblichen Befragten.

22. Wäre es sinnvoller, den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten oder als einen Bestandteil der Therapie darzustellen?

Siehe Abbildung 123 Seite 260

Bevorzugt würden Therapeuten ihn als Sorge um das Wohl ihres Patienten darstellen. dem stimmen bei den weiblichen Therapeuten 59 % bis 62 % zu, bei den männlichen Therapeuten 33 % bis 50 %. Die Möglichkeit, ihn als einen festen Bestandteil einer Therapie dem Patienten zu erläutern, befürworten zwischen 15 % und 33 % der Befragten. Eine Kombination aus den vorher genannten Möglichkeiten finden 15 % bis 33 % sinnvoll.

23. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

Siehe Abbildung 124 Seite 261

In dieser Frage sind sich alle Fachgruppen mit 86% bis 100 % einig, dass ein individueller Vertrag geeigneter erscheint als eine allgemeine standardisierte Vertragsvorlage. Nur 9 % der weiblichen unerfahrenen Therapeuten würden eine allgemeine Vorlage bevorzugen, diese Antwortmöglichkeit haben die anderen Gruppen nicht ausgewählt.

24. Sollten Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag festgehalten werden?

Siehe Abbildung 125 Seite 261

50 % bis 88 % der Befragten finden es nicht sinnvoll, die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem NSV festzuhalten.

25. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag schriftlich festzuhalten?

Siehe Abbildung 126 Seite 262

Die Mehrheit aller Befragten findet es nicht sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem NSV festzuhalten. Dieser Meinung sind bei den weiblichen Befragten 92 % der erfahrenen und 55 % der unerfahrenen Therapeuten. Bei den männlichen Therapeuten spiegelt sich die prozentuale Überzeugung genau umgekehrt wider, hier sind 67 % der erfahrenen und 100 % der unerfahrenen Therapeuten dieser Meinung.

26. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 127 Seite 262

Prinzipiell geht die Tendenz dahin, die Ziele der Therapie zu fixieren. Die weiblichen Befragten stimmen hier mit 50 - 62% zu, die männlichen Befragten mit 63 - 83%.

27. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

Siehe Abbildung 128 Seite 263

Die Mehrheit der Therapeuten findet es wichtig, dem Patienten zu versprechen, ihn in seiner Therapie zu unterstützen. Die Zustimmung der Therapeuten liegt zwischen 59 % und 69 %.

28. Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 129 Seite 263

Die Mehrheit in allen Gruppen mit 63 % bis 100 % ist überzeugt, dass auch der Therapeut den Vertrag unterschreiben sollte.

29. Sollte man im Vertrag die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreiben?

Siehe Abbildung 130 Seite 264

Bei dieser Frage stimmen über 73 % bis 92 % aller Befragten dagegen.

30. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

Siehe Abbildung 131 Seite 264

Die erfahrenen Therapeuten sind mit 83 % bis 92 % der Meinung, dass es sinnvoll sei, Strategien festzulegen. Im Bereich der unerfahrenen Therapeuten stimmen die weiblichen Befragten mit 86 % dieser Meinung zu, während die männlichen Therapeuten sie zu je 50 % befürworten und ablehnen.

31. Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

Siehe Abbildung 132 Seite 265

In diesem Punkt sind sich über 88 % aller Befragten, zum Teil sogar 100 % einig, dass es sinnvoll sei, die Patienten sich aktiv daran beteiligen und eigene Strategien suchen zu lassen.

32. Würden Sie dem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

Siehe Abbildung 133 Seite 265

Die weiblichen Befragten stimmen mit 68 % dagegen, dem Patienten solche Möglichkeiten anzubieten. Die männlichen Befragten sind sich uneinig, im Bereich der erfahrenen Therapeuten lehnen es 67 % der Befragten ab. Die unerfahrenen männlichen Therapeuten sprechen sich mit 50 % dafür und mit 50 % dagegen aus.

33. Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

Siehe Abbildung 134 Seite 266

Erfahrene Therapeuten sehen mit 62 % der weiblichen und 83 % der männlichen Befragten darin eine sinnvolle Option. 50 % der männlichen Unerfahrenen finden dies nicht, jedoch 82 % der unerfahrenen weiblichen Befragten sprechen sich wiederum dafür aus.

34. Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf pos/neg Konsequenzen bei (Nicht)-Erfüllung von vorgegebenen Aufgaben sinnvoll?

Siehe Abbildung 135 Seite 266

Vor allem im Bereich der erfahrenen Therapeuten stimmen die weiblichen mit 85 % und die männlichen mit 67 % zu. Die unerfahrenen Therapeuten erscheinen in dieser Frage ein wenig zögerlich, so finden nur 50 % der männlichen und 59 % der weiblichen Befragten dies sinnvoll.

35. Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen NSV durch eine suizidale Handlung brechen würde?

Siehe Abbildung 136 Seite 267

Die männlichen Therapeuten neigen mit 83 % der erfahrenen und 50 % der unerfahrenen dazu, dies nicht zu tun. Die weiblichen Therapeuten tendieren eher dazu, den Patienten darauf hinzuweisen, die erfahrenen mit 46 % und die unerfahrenen mit 50 %.

- 36. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein: Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?**

Siehe Abbildung 137 Seite 267

63 % bis 100 % stimmen mit dieser Theorie nicht überein.

- 37. Hat ihrer Meinung ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?**

Siehe Abbildung 138 Seite 268

Die weiblichen Therapeuten sind mit 91 % bzw. 92 % der Meinung, dass ein Mensch sich das Leben nehmen darf. Die männlichen Therapeuten gehen nicht ganz so weit, dort finden die erfahrenen mit nur 67 % und die unerfahrenen mit 88 %, dass dies zulässig sei. Interessant ist, dass die männlichen erfahrenen Therapeuten mit 33 % dagegen stimmen.

- 38. Hat ihrer Meinung ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?**

Siehe Abbildung 139 Seite 268

Zwischen 88 % und 100 % der Therapeuten stimmen überein, dass man suizidale Menschen vom Suizid abhalten darf.

39. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

Siehe Abbildung 140 Seite 269

Über 88 % stimmen zu, dass dies alleine keine Therapiemethode sein kann.

40. Würden Sie als Therapeut einen NSV anwenden?

Siehe Abbildung 141 Seite 269

85 % bis 100 % aller Befragten würden einen NSV anwenden.

4.1.3 Auswertung der Fragebogen von Medizinstudenten und Psychologiestudenten

Die Auswertung bei den Studenten erfolgt nach Geschlecht und wird fachübergreifend dargestellt.

Die Aufteilung erfolgt in:

- × Psychologiestudent weiblich (n=17)
- × Psychologiestudent männlich (n=6)
- × Medizinstudent weiblich (n=20)
- × Medizinstudent männlich (n=30)

1. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 142 Seite 270

Die Studenten beider Fachrichtungen sind sich mit über 67 % darin einig, dass der Vertrag schriftlich fixiert sein sollte. Wobei festzuhalten ist, dass in beiden männlichen Gruppen ein Anteil von mindestens 17 % auch für einen mündlichen Vertrag plädiert.

2. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

Siehe Abbildung 143 Seite 271

Dass der NSV einen Patienten nicht vom Suizid abhalten kann, wird von Seiten der Medizinstudenten mit über 70 % angenommen. Die Psychologiestudenten sind zwischen 50 % und 60 % ebenfalls dieser Meinung.

3. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

Siehe Abbildung 144 Seite 271

Hier lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der weiblichen Studenten der Meinung ist, dass der NSV hauptsächlich im ambulanten Bereich anwendbar sei. Männliche Studenten teilen diese Meinung nicht ganz, da sie nur mit ca. 50 – 60 % den ambulanten Bereich als Einsatzmöglichkeit sehen, jedoch zum großen Teil auch einen Einsatz im stationären Bereich befürworten.

4. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

Siehe Abbildung 145 Seite 272

Über 80 % der Medizinstudenten und über 65 % der Psychologiestudenten sind der Meinung, dass der NSV nicht bei allen Patientengruppen anwendbar sei. Ein Drittel der männlichen Psychologiestudenten ist der Meinung, dies sei möglich.

5. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 146 Seite 272

Über 55 % der Psychologiestudenten sowie 70 % der männlichen Medizinstudenten stimmen zu, dass suizidale Menschen den Anforderungen dieses Vertrages gewachsen wären. Bei den weiblichen Medizinstudenten findet sich eine geteilte Meinung, da genauso viele dafür wie dagegen sind.

6. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 147 Seite 273

Die Psychologiestudenten sowie die weiblichen Medizinstudenten sind mehrheitlich mit 50 % - 60 % der Meinung, dass suizidale Personen nicht vertragsfähig wären. Dieser Meinung setzen sich die männlichen Medizinstudenten jedoch mit ca. 60 % entgegen.

7. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

Siehe Abbildung 148 Seite 273

Die Mehrheit aller Studenten ist davon überzeugt, dass die optimale Dauer eines NSV bis zur nächsten Stunde reichen sollte. Über 50 % der Psychologiestudenten sind dieser Meinung. Bei den Medizinstudenten gibt es eine breitere Verteilung, wobei auffällig ist, dass bei den männlichen Medizinstudenten sehr häufig auch die Dauer von sechs Monaten gewählt worden ist.

8. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 149 Seite 274

Die bevorzugte Version der weiblichen Studenten mit über 50 % ist, dass der Patient den Vertrag mit sich selbst abschließt und der Therapeut dabei nur als Zeuge fungiert. Männliche Studenten bevorzugen jedoch die andere Version mit über 65 %, in der der Patient mit dem Therapeuten einen Vertrag abschließt.

9. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten?

Siehe Abbildung 150 Seite 274

Die Mehrheit aller befragten Studentengruppen ist sich einig, dass sie ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten könnte. Diese Mehrheit liegt bei den weiblichen Psychologiestudenten mit über 60 % am höchsten, bei den restlichen Gruppen liegt diese Mehrheit näher an der 50 %-Grenze.

10. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen NSV unterschreiben?

Siehe Abbildung 151 Seite 275

Es würden in allen Gruppen zwischen 60 % und 90 % einen NSV unterschreiben.

11. Könnte ein solcher NSV als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 152 Seite 275

Psychologiestudenten sind sich mit über 50 % darin einig, dass der NSV dem Patienten Schutz verleihen kann, wenn er seine Gefühle nicht mehr zu kontrollieren vermag. Anderer Meinung sind hier jedoch die Medizinstudenten, die einen NSV mit über 50 % eher nicht als Schutz ansehen.

12. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

Siehe Abbildung 153 Seite 276

Hier sind sich wiederum alle befragten Gruppen einig, dass die Autonomie eines suizidalen Patienten gestärkt werden sollte. Die weiblichen Gruppen bejahen dies mit über 80 %, während die männlichen Befragten bei ca. 60 % liegen.

13. Wer sollte Ihrer Meinung nach, ein Exemplar des Vertrages erhalten?

Siehe Abbildung 154 Seite 276

Über 85 % der Befragten sind der Meinung, dass beide Vertragspartner einen Vertrag erhalten sollten.

14. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

Siehe Abbildung 155 Seite 277

Im Anschluss an die vorhergehende Frage stimmen hier über 53 % der Befragten überein, dass es nicht sinnvoll sei, dem Patienten das einzige Exemplar des Vertrages auszuhändigen.

- 15. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?**

Siehe Abbildung 156 Seite 277

Über 63 % der Befragten finden, dass es für den Patienten eine Hilfe sein könnte, wenn er den NSV immer bei sich tragen würde. Mit nur ca. 33 % sehen es die Befragten als Belastung an.

- 16. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?**

Siehe Abbildung 157 Seite 278

Die Mehrheit ist sich mit knapp 70 % - 90 % einig, dass das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz anzusehen ist. Nur eine Minderheit ist der Überzeugung, dass dies keine antisuizidale Wirkung habe.

- 17. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?**

Siehe Abbildung 158 Seite 278

Über 67 % sind der Meinung, dass ein NSV lebenserhaltende Effekte in einer suizidalen Krise haben kann, bis der Patient wieder einen eigenen Lebenswillen gefunden hat. Maximal 27 % sind jedoch der Meinung, dass dieser Nutzen einem NSV nicht zugeschrieben werden kann.

- 18. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?**

Siehe Abbildung 159 Seite 279

Mindestens 83 % aller befragten Gruppen sind der Meinung, dass durch einen NSV dem Patienten vermittelt werden kann, dass der Therapeut sich um ihn sorgt.

- 19. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?**

Siehe Abbildung 160 Seite 279

Hier sind sich die Befragten nicht ganz einig. So sind über 70 % der weiblichen Psychologiestudenten der Meinung, dass die Beziehung mit Vertrag besser sei. Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch bei den Medizinstudenten, allerdings nur mit ca. 50 %. Die männlichen Psychologiestudenten zeigen sich je zu einem Drittel mit den Angaben mit, ohne und unabhängig vom Vertrag inhomogen.

- 20. Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten darstellt oder dass man den Vertrag als einen Bestandteil der Therapie darstellt?**

Siehe Abbildung 161 Seite 280

Während die Medizinstudenten und die weiblichen Psychologiestudenten den NSV mit ca. 40 % - 50 % eher als festen Bestandteil der Therapie dem Patienten näher bringen wollen, plädieren die männlichen Psychologiestudenten eher mit 50 % dafür, dem Patienten den NSV als Sorge um das Wohl des Patienten zu erklären. In einigen Fällen wurde sogar beides

als taktisches Instrument gewählt. Diese Antworten fallen jedoch prozentual so gering aus, dass sie eher als bloße Tendenzen gewertet werden sollten.

21. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

Siehe Abbildung 162 Seite 280

Über 87 % sind sich einig, bei den männlichen Psychologiestudenten sogar 100 %, dass eine individuelle Vertragsformulierung für den Patienten die bessere Lösung ist als ein Formular.

22. Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

Siehe Abbildung 163 Seite 281

Bei dieser Frage spalten sich die Geschlechter auf, die weiblichen Befragten sind mit über 70 % der Meinung, dass man dies tun sollte. Die männlichen Befragten lehnen dies mit einer Mehrheit von über 63 % ab.

23. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

Siehe Abbildung 164 Seite 281

Die Gruppe der Psychologiestudenten ist sich mit über 59 % einig, dass es sinnvoll sei, den Verlauf der Therapie in den Vertrag einzuarbeiten. Diese Einigkeit findet sich bei den Medizinstudenten nicht, hier sind die männlichen Medizinstudenten mehrheitlich mit ca. 60 % der Auffassung, dass dies nicht zu

tun sei, während die weiblichen Medizinstudenten der Meinung der Psychologiestudenten mit knapp 60 % folgen.

24. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 165 Seite 282

Die Therapieziele sollten im NSV festgehalten werden. Darin sind sich alle Gruppen einig, weibliche Psychologiestudenten und die Medizinstudenten sogar mit über 80 %, die Gruppe der männlichen Psychologiestudenten stellt sich hier etwas schwankend dar, stimmt aber noch mit 50 % zu.

25. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

Siehe Abbildung 166 Seite 282

Dass die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten im Vertrag schriftlich fixiert werden sollte, unterstützen alle Gruppen mit mindestens 70 %.

26. Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 167 Seite 283

Über 76 % aller Gruppen stimmen zu, dass auch der Therapeut den Vertrag unterschreiben sollte.

27. Sollte man im Vertrag die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreiben?

Siehe Abbildung 168 Seite 283

Hier sind sich alle Gruppen mehrheitlich mit mindestens 65 % einig, dass die Art der Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Vertrag nicht beschrieben werden sollte.

28. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

Siehe Abbildung 169 Seite 284

Die Gruppen der weiblichen Studenten finden es mit über 80 % sinnvoll, dass der Patient sich Strategien erarbeitet, die ihm in einer Krisensituation helfen sollen. Die männlichen Studenten sind eher zurückhaltend, bei ihnen stimmen 67 % der Psychologiestudenten zu, während nur 43 % der Medizinstudenten diese therapeutische Maßnahme sinnvoll finden.

29. Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

Siehe Abbildung 170 Seite 284

Über 97 % der Medizinstudenten sowie über 80 % der Psychologiestudenten sind der Meinung, dass es sinnvoll sei, den Patienten eigene Strategien finden zu lassen.

30. Würden Sie dem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

Siehe Abbildung 171 Seite 285

Die Gruppe der Psychologiestudenten tendiert mit ca. 50 % - 55 % dazu, dies nicht zu tun. Im Gegensatz dazu würden die Medizinstudenten mit 55 % der Frauen und 70 % der Männer den Patienten anbieten, dass sie Tag und Nacht erreichbar wären.

31. Fänden Sie es sinnvoll, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

Siehe Abbildung 172 Seite 285

Über 67 % aller Befragten befürworten es, dem Patienten Aufgaben zu stellen, die er zu bewältigen hat.

32. Fänden Sie für den Therapieverlauf pos/neg Konsequenzen bei (Nicht)-Erfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich?

Siehe Abbildung 173 Seite 286

Medizinstudenten tendieren mit 55 % - 65 % dazu, Konsequenzen anzukündigen. Psychologiestudenten verhalten sich hier zurückhaltender und würden dies nur mit 35 % bis knapp 50 % unterstützen.

- 33. Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?**

Siehe Abbildung 174 Seite 286

Weibliche Psychologiestudenten sind mit knapp 70 % der Meinung, dass dies nicht sinnvoll sei. Mit ca. 60 – 70 % sind die Medizinstudenten und die männlichen Psychologiestudenten der Meinung, dass dies durchaus seine Berechtigung hätte.

- 34. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein: Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?**

Siehe Abbildung 175 Seite 287

Dieser Theorie stimmen über 80 % aller Gruppen nicht zu.

- 35. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht , sich das Leben zu nehmen?**

Siehe Abbildung 176 Seite 287

Über 65 % aller Befragten stimmen darin überein, dass ein Mensch das Recht hat, Suizid zu begehen.

36. Hat ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?

Siehe Abbildung 177 Seite 288

Hier stimmen über 90 % zu, dass man einen suizidalen Menschen vom Suizid abhalten darf.

37. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

Siehe Abbildung 178 Seite 288

Über 90 % aller Befragten stimmen überein, dass der NSV nicht als eigenständige und alleinstehende Therapiemaßnahme gesehen werden kann. Vielmehr liegt bei der Therapie eines suizidalen Patienten der Erfolg darin, eine möglichst patientenspezifische Kombination von Therapieoptionen zusammenzustellen.

38. Würden Sie als Therapeut einen NSV anwenden?

Siehe Abbildung 179 Seite 289

Über 80 % der Psychologiestudenten und über 65 % der Medizinstudenten würden einen NSV anwenden.

4.2 Auswertung von Bevölkerung sowie psychiatrischen und suizidalen Patienten im Vergleich

Die Auswertung der „Nicht-Spezialistengruppe“ folgt zuerst in einer groben Aufteilung zwischen Bevölkerung, psychiatrischen Patienten und suizidalen Patienten allgemein. In der weiteren Auswertung wird in den einzelnen Gruppen noch unterdifferenziert.

Die Aufteilung erfolgt in folgenden Gruppen:

- × Suizidale Patienten (n=28)
- × Psychiatrische Patienten (n=68)
- × Bevölkerung (n=57)

1. Welchen Schulabschluss haben Sie?

Siehe Abbildung 180 Seite 290

Es stellt sich eine gleichmäßige Verteilung zwischen den Gruppen der Arbeiter, Angestellten und Akademiker dar.

2. Sind Sie berufstätig?

Siehe Abbildung 181 Seite 290

Im Bereich der suizidalen Patienten sind über 60 % der Befragten ohne Arbeit. Die psychiatrischen Patienten sind je zur Hälfte mit und ohne Arbeit. Im Bereich der Bevölkerung findet sich eine Beschäftigung der Befragten mit ca. 70 %.

3. Ihr Familienstand?

Siehe Abbildung 182 Seite 291

Bei den Patienten ist die Mehrzahl ledig. Die Bevölkerung enthält jeweils einen hohen Anteil von ledigen sowie verheirateten Personen.

4. Wie leben Sie?

Siehe Abbildung 183 Seite 291

Die Mehrheit aller Befragten lebt mit ca. 50 % - 70 % in einer Familie.

5. Leben Sie in einer Partnerschaft?

Siehe Abbildung 184 Seite 292

Nur ca. 30 % der suizidalen Patienten leben in einer Beziehung, bei den psychiatrischen Patienten ist dies die Hälfte. Über 90 % der Bevölkerung haben eine Beziehung.

6. Wenn ja, in welcher Art von Partnerschaft?

Siehe Abbildung 185 Seite 292

Die Personen mit Bindung – wie nicht anders erwartet - leben ganz überwiegend in einer heterosexuellen Beziehung. Ein geringer Anteil der Bevölkerung lebt mit ca. 10 % in einer homosexuellen Partnerschaft.

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Siehe Abbildung 186 Seite 293

Alle Patientengruppen nehmen mit über 60 % regelmäßig Medikamente ein. Bei der Bevölkerung trifft dies auf nur ca. 35 % zu.

8. Hatten Sie schon einmal ein Problem mit Drogen?

Siehe Abbildung 187 Seite 293

Suizidale Patienten und psychiatrische Patienten hatten schon Probleme mit Drogen in 10 % bis 30 % der erfassten Fälle. Bei der Bevölkerung wird dies völlig verneint.

9. Haben Sie zur Zeit ernsthafte berufliche Probleme?

Siehe Abbildung 188 Seite 294

Ca. 25 % der befragten Patienten haben derzeit ernsthafte berufliche Probleme. Bei der Bevölkerung trifft dies auf knapp 10 % zu.

10. Haben Sie zur Zeit ernsthafte finanzielle Probleme?

Siehe Abbildung 189 Seite 294

Mehr als 20 % aller Patienten haben zu diesem Zeitpunkt ernsthafte finanzielle Probleme. Bei der Bevölkerung wird dies vollständig verneint.

11. Haben Sie zur Zeit ernsthafte gesundheitliche Probleme?

Siehe Abbildung 190 Seite 295

Vor allem psychiatrische Patienten geben mit ca. 40 % an, gesundheitliche Probleme zu haben. Suizidale Patienten bejahen dies mit einer Quote von ca. 30 %. Ernsthafte gesundheitliche Probleme haben bei der Bevölkerung unter 10 %.

**12. Wie fühlen Sie sich momentan?
(ausgedrückt in einer Skala von 0 bis 10)**

Siehe Abbildung 191 Seite 295

Anhand der Auswertung ergibt sich eine Grundstimmung von 7 - 9 bei der Bevölkerung. Die Stimmungsbreite der psychiatrischen Patienten liegt bei 5 - 8 und bei den suizidalen Patienten bei 4 - 6 und damit am tiefsten.

13. Gibt es Menschen außerhalb Ihrer Familie, mit denen Sie offen über Ihre Probleme reden können?

Siehe Abbildung 192 Seite 296

In allen Personengruppen gibt es mit über 70 % ein stabiles Versorgungsnetz, falls die befragten Personen Probleme haben sollten. Interessant ist zu sehen, dass diese Quote bei der Bevölkerung unterhalb der Quote der Patienten liegt.

14. Gibt es familiäre Probleme, die Sie sehr belasten?

Siehe Abbildung 193 Seite 296

Unabhängig vom sozialen Netz haben die suizidalen Patienten mit 60 % die meisten familiären Probleme. Psychiatrische Patienten und Bevölkerung können dies nur mit einer Prozentzahl von 20 % bis 30 % bestätigen.

15. Fühlen Sie sich zur Zeit in Ihrer Partnerschaft wohl?

Siehe Abbildung 194 Seite 297

Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass sie sich in der Partnerschaft aktuell wohl fühlt. Dies bejahen suizidale Patienten und die Bevölkerung mit über 80 %. Psychiatrische Patienten stimmen mit 60 % zu.

16. Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung?

Siehe Abbildung 195 Seite 297

Die Mehrheit der Patientengruppen mit 60 % - 80 % war schon in psychiatrischer Behandlung. Bei der Bevölkerung können dies ca. 10 % bestätigen.

17. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Siehe Abbildung 196 Seite 298

Wie in der vorhergehenden Frage bestätigt sich in etwa die Quote, dass die Mehrheit der Patienten nicht nur in psychiatrischer, sondern auch schon in

psychotherapeutischer Behandlung gewesen ist. Bei der Bevölkerung hat sich im Vergleich zur obigen Frage die Quote von 10 % auf 20 % verdoppelt.

18. Glauben Sie an Gott oder ein höheres Wesen?

Siehe Abbildung 197 Seite 298

Eine klare Mehrheit der Befragten mit über 60 % glaubt an Gott oder ein höheres Wesen, vor allem bei den psychiatrischen Patienten.

19. Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Siehe Abbildung 198 Seite 299

In allen Gruppen findet sich für den Glauben an ein Leben nach dem Tod eine Mehrheit von ca. 60 %.

20. Wie wurden Sie zum ersten Mal in Ihrem Leben mit dem Thema „Selbsttötung“ konfrontiert?

Siehe Abbildung 199 Seite 299

Die Mehrheit aller Befragten wurde mit ca. 40 % - 50 % durch die Medien mit dem Suizid konfrontiert. In allen Gruppen findet sich eine deutliche Häufung im Bekanntenkreis. Die Verwandtschaft spielt eine eher als gering einzuschätzende Rolle. Auffallend ist, dass bei den suizidalen Patienten auch vermehrt Suizide in der engen Familie auftreten, während dies bei den psychiatrischen Patienten weniger häufig der Fall ist und bei der Bevölkerung nahezu nicht vorkommt.

**21. Welche Gefühle hatten Sie dabei?
(Mehrfachantworten möglich)**

Siehe Abbildung 200 Seite 300

In allen Gruppen finden sich vier mehr oder weniger ausgeprägte Reaktionen wie Angst, Trauer, Unverständnis und die Frage nach dem Motiv. Zustimmung oder Gleichgültigkeit herrschen bei den Befragten nicht vor. Dies zeigt, dass alle sich mit dem Thema beschäftigen und es nicht einfach verdrängen.

22. Hatten Sie selbst schon einmal darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 201 Seite 300

Die Quote von 100 % bei den suizidalen Patienten versteht sich von selbst. Die Quote liegt für psychiatrische Patienten bei 50 % und für die Bevölkerung bei 30 %. Ca. jeder Dritte hat schon über einen Suizid nachgedacht.

23. Wann traten solche Gedanken auf?

Siehe Abbildung 202 Seite 301

Bei den Patienten finden sich eher Alkoholeinfluss oder Depressionen. Bei der Bevölkerung sind Auslöser meist Ehekrise oder ein Burnout-Syndrom.

24. Hatten sich Ihnen diese Gedanken aufgedrängt?

Siehe Abbildung 203 Seite 301

Der Mehrheit der Befragten mit knapp 50 % - 70 % haben sich diese Ideen im Unterbewusstsein aufgedrängt.

25. Wie weit waren Sie in Ihren Gedanken gegangen?

Siehe Abbildung 204 Seite 302

Die verschiedenen Antwortmöglichkeiten spiegeln die unterschiedlichen Phasen der suizidalen Ideen wider. Bei den suizidalen Patienten findet sich verständlicherweise die höchste Quote der Handlungsvorbereitung im Vergleich zu den anderen befragten Gruppen. Bei den anderen Befragten finden sich vermehrte Antworten im Bereich des „Wunsches nach Ruhe“ oder der Gedanke zum Suizid.

26. Wie sind Sie damals mit solchen Gedanken umgegangen?

Siehe Abbildung 205 Seite 302

Jede Gruppe hat hier bevorzugte Verarbeitungsstrategien. So stehen für suizidale Patienten eher die Hilflosigkeit, das Verfestigen und die Angst im Vordergrund. In ähnlicher Weise reagieren die psychiatrischen Patienten, indem sie nach Hilfe suchen, hilflos sind und Angst haben. Die Bevölkerung tendiert eher dazu, es zu verdrängen, sich zu ängstigen und hilflos zu reagieren.

27. Denken Sie momentan daran, sich das Leben zu nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 206 Seite 303

Psychiatrische Patienten und die Bevölkerung verneinen dies mit 100 %.
Ca. 10 % der suizidalen Patienten haben zu diesem Zeitpunkt suizidale Ideen.

28. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 207 Seite 303

Diese Auswertung grenzt die suizidalen Patienten von den psychiatrischen ab. Das Auswahlkriterium für psychiatrische Patienten war, dass sie bisher noch keinen Suizidversuch unternommen haben. In der befragten Bevölkerung haben schon ca. 5 % versucht, sich das Leben zu nehmen.

29. Was hatte Sie dazu veranlasst, sich das Leben nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 208 Seite 304

Bei den suizidalen Patienten gibt es drei große Kategorien, das „Nicht-mehr-leben-wollen“, private Probleme und Schuldgefühle. Bei der Bevölkerung liegen die Schwerpunkte bei beruflichen und finanziellen Problemen, erst dann folgen die Antworten, die suizidale Patienten in erster Linie zum Suizidversuch motiviert haben.

30. War die Handlung eher kurzfristig geplant oder war es eher eine Kurzschlussreaktion?

Siehe Abbildung 209 Seite 304

Bei der Bevölkerung war es in jedem Fall eine Kurzschlussreaktion. Die suizidalen Patienten haben in 35 % der Fälle die suizidale Handlung langfristig geplant.

31. Haben Sie einen Abschiedsbrief verfasst?

Siehe Abbildung 210 Seite 305

In beiden Gruppen wurden in 35 % bis 45 % der Fälle Abschiedsbriefe verfasst, die Mehrheit hat dies nicht getan.

32. Welche Methode hatten Sie gewählt?

Siehe Abbildung 211 Seite 305

Bei beiden Gruppen finden sich Suizidversuche in Kombination aus mehreren Methoden.

33. Warum hatten Sie diese Methode gewählt?

Siehe Abbildung 212 Seite 306

Wichtige Auswahlkriterien für die Suizidmethode waren bei den suizidalen Patienten, dass diese todsicher, schmerzfrei und schnell sein müsste. Bei der betroffenen Bevölkerung wurde mit ca. 60 % vor allem unter dem Gesichtspunkt ausgewählt, dass keine andere Person dabei beteiligt sein sollte.

34. Wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

Siehe Abbildung 213 Seite 307

Bei den suizidalen Patienten überwiegt in den Reaktionen der Angehörigen Trauer, Angst und vor allem Überforderung. Bei der Bevölkerung hat es das Umfeld nicht gewusst, es kamen keine Reaktionen, und wenn welche kamen, dann war es bevorzugt Trauer.

35. Wie kamen Sie mit diesen Reaktionen zurecht?

Siehe Abbildung 214 Seite 307

Es zeigt sich in dieser Frage eine sehr große Spannweite. Ein großer Teil kam mit den Reaktionen gut zurecht, ein großer Teil hat es niemandem erzählt und der letzte große Teil kam mit den Reaktionen nicht zurecht.

36. Wollten Sie etwas in Ihrem Umfeld bewirken dadurch, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

Siehe Abbildung 215 Seite 308

30 % der suizidalen Patienten wollten damit in ihrem Umfeld etwas bewirken. Bei der betroffenen Bevölkerung wollte dies niemand.

37. Hat sich Ihr Umfeld so verändert, wie Sie es beabsichtigt hatten?

Siehe Abbildung 216 Seite 308

Das Umfeld hat in den meisten Fällen mit über 80 % nicht so reagiert, wie sich die suizidalen Personen es durch ihre Handlung erhofft hatten.

38. Was hatten Sie sich dadurch erhofft, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

Siehe Abbildung 217 Seite 309

Vor allem Ruhe und Frieden mit ca. 30 % - 40 % hatten sich die Befragten erhofft. Zusätzlich sollten alle Probleme verschwinden oder der Betroffene einfach tot sein. Bei den suizidalen Patienten gibt es auch eine geringe Prozentzahl, die diese Möglichkeit als Hilferuf benutzt hat.

39. Wie denken Sie heute über Ihre damaligen Absichten, sich das Leben nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 218 Seite 309

Überwiegend trifft man auf Äußerungen der Reue und der Freude darüber, dass man noch am Leben ist. Bei den suizidalen Patienten gibt es aber auch einen geringen Anteil von Personen, die keine Reue haben, sondern eher unglücklich darüber sind, noch am Leben zu sein.

40. Würden Sie es wieder tun?

Siehe Abbildung 219 Seite 310

25 % der suizidalen Patienten würden eine suizidale Handlung wiederholen. Die Mehrheit mit über 80 % nimmt davon Abstand.

41. Wenn ja, warum würden Sie es wieder tun?

In Abhängigkeit der vorhergehenden Frage betrifft diese Frage nur suizidale Patienten. So werden folgende Punkte bevorzugt genannt:

- × Kurzschlussreaktion
- × Leben nicht lebenswert
- × Kontrollverlust
- × Keine Probleme mehr, kein Kampf gegen mich
- × Leben ist zu viel, kein Ausweg mehr da

42. Welchen Begriff bringen Sie mit dem Tod in Verbindung?

Siehe Abbildung 220 Seite 311

Alle Gruppen bringen mit dem Tod bevorzugt positive Begriffe in Verbindung. Ruhe/Frieden mit ca. 30 % und „keine Probleme“ mehr wurden am häufigsten ausgewählt. Die Begriffe wie Ende, Erlösung und Übergang, die eher aus dem religiösen Sprachwortschatz stammen, finden sich je nach Gruppe unterschiedlich verteilt.

43. Haben Sie Angst vor dem eigenen Tod?

Siehe Abbildung 221 Seite 311

Die Mehrheit in allen Gruppen hat keine Angst vor dem Tod. Es fällt hierbei auf, dass die stärkste Gruppe mit über 65 % die suizidalen Patienten sind.

Die anderen Gruppen bestätigen dies mit ca. 50 %.

44. Haben Sie Angst vor dem Tod nahestehender Menschen?

Siehe Abbildung 222 Seite 312

Über 80 % aller Befragten haben Angst vor dem Tode von nahestehenden Menschen.

45. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 223 Seite 312

Über 60 % der suizidalen Patienten und der Bevölkerung stimmen überein, dass ein Mensch sich suizidieren darf. Die Mehrheit der psychiatrischen Patienten stimmt mit ca. 60 % dagegen.

46. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen Menschen davon abzuhalten, der sich das Leben nehmen will?

Siehe Abbildung 224 Seite 313

Über 80 % der Befragten sind der Meinung, dass man Menschen vom Suizid abhalten darf.

47. Welche Lebensereignisse könnten Sie momentan dazu veranlassen, dass Sie daran denken würden, sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 225 Seite 314

Bei den Gruppen stehen unterschiedliche Motive im Vordergrund, so bei den suizidalen Patienten Schuldgefühle und „Nicht-mehr-leben-wollen“, bei den psychiatrischen Patienten „Nicht-mehr-leben-wollen“ und gesundheitliche

Probleme. Die Bevölkerung könnten vor allem gesundheitliche Probleme oder private Schwierigkeiten zu einer suizidalen Handlung verleiten.

48. Was könnte Sie dazu veranlassen, eine Handlung zu tun, um sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 226 Seite 314

Bei den psychiatrischen Patienten und der Bevölkerung steht an oberster Stelle, dass es nichts geben könnte, was sie zu solchen Handlungen bringen könnte. Bei allen Gruppen finden sich dann in den weiteren Antworten Perspektivlosigkeit, unheilbare Krankheit und Tod von Nahestehenden am häufigsten.

49. Wofür lohnt es sich zu leben?

Siehe Abbildung 227 Seite 315

Bei allen Gruppen steht an erster Stelle die Familie. Weitere wichtige Punkte sind Freunde, „für sich“, für das Leben und für die Liebe.

50. Haben Sie schon einmal einen solchen Vertrag unterschrieben?

Siehe Abbildung 228 Seite 315

Ca. 15 % der suizidalen Patienten haben schon einmal einen NSV unterschrieben, bei den übrigen Gruppen sind es nur ca. 2 – 3 %.

51. Wenn ja, könnte Sie kurz zusammenfassen, wie Ihr Vertrag ausgesehen hat?

Siehe Abbildung 229 Seite 316

Hier kann man sehen, dass verschiedene Therapeuten unterschiedliche Schwerpunkte festlegen. Ein Therapeut möchte angerufen werden. Andere Therapeuten verweisen auf die positiven Aspekte, wie gebraucht zu werden. Ein weiterer Vertrag beinhaltet, dass man keine Dinge tun darf, die den Tod hervorrufen könnten. Der letzte Vertrag gilt als prophylaktisches Mittel während eines REHA-Aufenthaltes. Man kann hier eine Vielfalt von Gestaltungen erkennen.

52. Haben Sie sich an den Vertrag gebunden gefühlt?

Siehe Abbildung 230 Seite 316

Je häufiger fühlen sich die suizidalen Patienten gebunden. Die psychiatrischen Patienten verneinen dies zur Hälfte und machen dazu keine weiteren Angaben. Bei der Bevölkerung gibt es eine vollständige Zustimmung.

53. Hat Ihr Vertrag Sie zum Weiterleben bewogen?

Siehe Abbildung 231 Seite 317

Wie in der vorhergehenden Frage findet sich eine hälftige Zustimmung der suizidalen Patienten sowie eine vollständige Zustimmung der Bevölkerung. Bei den psychiatrischen Patienten ergibt sich zu 50 % eine Ablehnung und zu 50 % keine Angabe.

54. Welche Rolle hat Ihr Vertrag damals in Ihrer Therapie eingenommen?

Siehe Abbildung 232 Seite 317

Die Antworten zeigen eine große Spannbreite. Von „keiner Rolle“ über „Absicherung der Klinik“ und „hilfreiche Bindung“ findet sich alles.

55. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 233 Seite 318

Bei allen Gruppen würden zwischen 50 % und 65 % der Befragten einen NSV unterschreiben.

56. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 234 Seite 318

Zwischen 50 % und 60 % der Befragten sind der Meinung, dass der NSV als Schutz in einer akuten Situation dienen kann, in der ein Patient seine Emotionen nicht mehr zu kontrollieren vermag.

57. Welche Art des Vertrages finden Sie Erfolg versprechender?

Siehe Abbildung 235 Seite 319

Suizidale Patienten bevorzugen eher ein Versprechen mit sich. Bei den psychiatrischen Patienten fällt diese Antwort je hälftig aus. Die Bevölkerung favorisiert mit über 55 % einen Vertrag zwischen Patient und Therapeut.

58. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

Siehe Abbildung 236 Seite 319

Bei allen Gruppen würden zwischen 40 % und 65 % sich an einen NSV gebunden fühlen.

59. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

Siehe Abbildung 237 Seite 320

Ein ähnliches Ergebnis wie bei der vorhergehenden Frage ergibt, dass zwischen 40 % und 60 % aller Befragter darin übereinstimmen, dass der NSV sie von einer suizidalen Handlung abhalten könnte.

60. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 238 Seite 320

Die Mehrheit der psychiatrischen Patienten und der Bevölkerung sehen das Vertrauen in die Zukunft mit ca. 20 % - 40 % als wichtigsten Punkt. Bei den suizidalen Patienten bilden das „Vertrauen in die Zukunft“ und „den Therapeuten zufrieden stellen“ die Mehrheit.

61. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 239 Seite 321

Wenn Menschen sich weigern, den NSV zu unterschreiben, dann liegt es in allen Gruppen mehrheitlich daran, dass sie mit ca. 40 % - 50 % Zweifel am Vertrag haben. In zweiter Linie folgt der Zweifel am Sinn des Lebens.

62. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

Siehe Abbildung 240 Seite 321

In allen Gruppen wird ein schriftlicher Vertrag mit einer Mehrheit von 55 % bis 75 % bevorzugt. Bei den suizidalen Patienten findet sich eine Minderheit von 30 %, die einen mündlichen Vertrag vorziehen würde.

63. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

Siehe Abbildung 241 Seite 322

Eine überwiegende Mehrheit bevorzugt einen individuellen Vertrag. Weniger als 20 % finden einen allgemeinen Vertrag wirksamer.

64. Sollte man Ihrer Meinung nach einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

Siehe Abbildung 242 Seite 322

Alle Befragten würden eher einen handschriftlichen Vertrag mit einer Mehrheit von 55 % bis 60 % anwenden. Zwischen 20 % und 40 % stimmen einer Vertragsvorlage zu.

65. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurz gefassten Vertrag?

Siehe Abbildung 243 Seite 323

Zwischen 25 % und 40 % finden einen ausführlichen Vertrag sinnvoll. 50 % bis 75 % würden eher einen kurzen Vertrag vorziehen.

66. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 244 Seite 323

Psychiatrische Patienten würden mit 60 % den Verlauf der Therapie im NSV schriftlich festhalten. Suizidale Patienten und die Bevölkerung stimmen mit ca. 50 % bis 55 % dagegen.

67. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 245 Seite 324

Suizidale Patienten sind mit ca. 50 % der Meinung, dass die Ziele der Therapie im NSV stehen sollten. Psychiatrische Patienten und Bevölkerung sind sogar mit ca. 70 % davon überzeugt, dass dies wichtig ist.

68. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

Siehe Abbildung 246 Seite 324

Über 65 % aller Befragten finden es wichtig, im NSV Verhaltensregeln festzuhalten, damit der Patient in schwierigen Situationen Vorgaben hat, an die er sich halten kann.

69. Wenn ja, welche Verhaltensweise könnte Ihnen am besten helfen?

Siehe Abbildung 247 Seite 325

Die Verhaltensweisen lassen sich in zwei Gruppen aufteilen. Die eine große Gruppe besteht aus Gesprächen und dem Bewältigen der akuten Krisensituation. Die zweite Gruppe dient eher als Ablenkungsmanöver, in dem man etwas unternimmt, Musik hört oder ins Fitnessstudio geht.

70. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

Siehe Abbildung 248 Seite 325

Suizidale finden es im Gegensatz zu den psychiatrischen Patienten und der Bevölkerung nicht für notwendig, dass diese Punkte im Vertrag stehen. Psychiatrische Patienten und Bevölkerung befürworten mit über 65 %, Notfallregeln und auch die Unterstützung des Therapeuten im Vertrag festzuhalten.

71. Wenn ja, welche wären bei Ihnen hilfreich?

Siehe Abbildung 249 Seite 326

Hier findet sich bevorzugt, dass die Telefonnummer des Therapeuten bekannt sein sollte, damit man einen Gesprächspartner hat, oder dass man einfach eine Nacht darüber schläft. Die suizidalen Patienten gehen sogar so weit, dass man eine Bedarfsmedikation verfügbar haben sollte.

72. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftliche festgehalten werden?

Siehe Abbildung 250 Seite 326

Alle Gruppen beantworten diese Frage fast hälftig mit Pro und Contra.

73. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

Siehe Abbildung 251 Seite 327

Die Mehrheit der befragten Personen wünscht sich mit 60 % - 70 %, dass der Therapeut immer erreichbar sein sollte.

74. Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 252 Seite 327

Nur zwischen 35 % und knapp 45 % der Befragten sind der Meinung, dass suizidale Menschen diesen Anforderungen gewachsen sein können. Im Bereich der suizidalen Patienten findet sich hier die geringste Zustimmung.

75. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 253 Seite 328

Dass suizidale Menschen in der Krise allgemein vertragsfähig wären, befürworten 20 % bis 35 %.

76. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 254 Seite 328

Suizidale Patienten sehen den NSV als lebenserhaltende Maßnahme eher kritisch und stimmen nur mit ca. 45 % zu. Die übrigen Befragten können sich den NSV als temporären Ersatz für eine eigene Lebensmotivation eher vorstellen und befürworten dies mit über 65 %.

77. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

Siehe Abbildung 255 Seite 329

Die Mehrheit der Befragten sieht mit 50 % bis 70 % im NSV eher eine Sicherheit als eine Belastung.

78. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

Siehe Abbildung 256 Seite 329

Suizidale Patienten sehen darin je zur Hälfte Belastung und Sicherheit. Psychiatrische Patienten und die Bevölkerung sind mit 50 % - 60 % der Überzeugung, dass diese Handlung eher einen Sicherheitsaspekt vermitteln könnte.

79. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 257 Seite 330

Den meisten Befragten wäre diese Tatsache mit 30 % - 50 % egal oder mit 40 % - 50 % ein weiteres Hindernis. Nur bei den suizidalen und den psychiatrischen Patienten wird es in bis zu 20 % als Aufforderung für eine suizidale Handlung gesehen.

80. Wie könnte man Sie in einer Krise auf jeden Fall vom Leben überzeugen?

Siehe Abbildung 258 Seite 330

Zusammenfassend sind in einer Krise Gespräche, Bezugspersonen und positive Gefühle wie Liebe nötig, um suizidale Personen wieder vom Leben und den schönen Dingen des Lebens zu überzeugen.

4.2.1 Auswertung von suizidalen Patienten im Vergleich

Die Auswertung der suizidalen Patienten wird in mehreren Gruppierungen vorgenommen. Hierzu wird in männlich und weiblich unterteilt. Zusätzlich kommt noch eine Unterdifferenzierung in verschiedene Altersklassifikationen vor wie <25, 25-40 und >40 Jahre.

Die Aufteilung erfolgt in folgenden Gruppierungen:

- × Männlich <25 (n=2)
- × Männlich 25-40 (n=5)
- × Männlich > 40 (n=3)
- × Weiblich <25 (n=8)
- × Weiblich 25-40 (n=5)
- × Weiblich > 40 (n=5)

1. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 259 Seite 331

Die Gruppen der <25- und der >40-Jährigen würden mit signifikanter Mehrheit von über 60 % bis 100 % den Vertrag unterschreiben. Die Altersgruppe der 25-40-jährigen stimmt im Bereich der Männer völlig dagegen, während die Frauen noch mit 40 % zustimmen. Es fällt auf, dass in der mittleren Altersklasse eher eine Vertragsablehnung vorherrscht.

2. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 260 Seite 332

>40-jährige Patienten und weibliche <25-jährige Patienten sehen einen Schutz im NSV mit über 60 %. Männliche <25-jährige Patienten lehnen diese

Möglichkeit zu 100 % ab. Die Gruppen mittleren Alters verhalten sich geteilt und stimmen mit 20 % bis 40 % für einen Schutzmechanismus des NSV.

3. Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 261 Seite 332

Die Mehrheit der männlichen Befragten sieht eine Chance eher in dem Vertrag, den der Patient mit sich selbst abschließt. Dass ein Vertrag zwischen Therapeut und Patient sinnvoll sei, wird von allen männlichen Patienten zu 100% abgelehnt. Die Mehrheit der weiblichen Patienten bevorzugt einen Vertrag zwischen Patient und Therapeut oder zeigt sich ohne eine Meinung. Nur ca. 20 % jeder weiblichen Gruppe würden einen Vertrag, den der Patient mit sich selbst abschließt, bevorzugen.

4. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

Siehe Abbildung 262 Seite 333

Die Bindung an den NSV spiegelt indirekt die Effektivität des NSV wider. So wird in der Gruppe der >40-jährigen Patienten eine Effektivität von über 60 % bis 100 % bejaht. Die Gruppen der <25- und der 25-40-jährigen Patienten sind mit 20 % bis 50 % von einer Vertragsbindung überzeugt. Zusammenfassend kann man sagen, dass im Bereich der älteren Befragten sich mehr als zwei von drei Personen an einen Vertrag halten würden, und dass bei den jüngeren Patienten sich jeder fünfte bis maximal jeder zweite an einen Vertrag gebunden fühlt.

5. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, sich das Leben zu nehmen?

Siehe Abbildung 263 Seite 333

Wie auch schon in der vorherigen Frage zu beobachten war, würden sich vor allem die Befragten > 40 mit über 80 % von einem NSV an einem Suizid hindern lassen. Die Befragten mittleren Alters stimmen hier nur mit etwa 20 % zu. Die junge Generation könnte man mit 25 % bis 50 % durch einen NSV vom Suizid abhalten.

6. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 264 Seite 334

Hier finden sich alle Antwortmöglichkeiten in unterschiedlicher Konstellation gemischt. Die Tendenz geht bei den männlichen Befragten zu Vertrauen in die Zukunft. Bei den weiblichen Befragten spielt eher das Vertrauen in den Vertrag und das Zufriedenstellen des Therapeuten eine wichtige Rolle.

7. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 265 Seite 334

Bedeutung haben vor allem die Antwortmöglichkeiten wie Zweifel am Leben oder Zweifel am Vertrag. Nur bei den männlichen <25-Jährigen gibt es eine Prozentzahl von über 30 %, die einen Vertragsabschluss wegen des Verdachtes einer bloßen Absicherung des Therapeuten nicht vornehmen würde.

8. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

Siehe Abbildung 266

Seite 335

Vor allem die weiblichen Patienten und die männlichen <25-jährigen Patienten bevorzugen eine schriftliche Vertragsform. Die übrigen männlichen Befragten stimmen eher für eine mündliche Vereinbarung und halten nur mit maximal 30 % an einer schriftlichen Vertragsform fest.

9. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

Siehe Abbildung 267

Seite 335

Mit einer Mehrheit von über 60% stimmen die suizidalen Patienten darin überein, dass der NSV individuell auf jeden einzelnen Patienten abgestimmt werden sollte. Ein kleiner Anteil der weiblichen Befragten könnte sich auch eine allgemeine Vertragsformulierung vorstellen.

10. Sollte man Ihrer Meinung einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

Siehe Abbildung 268

Seite 336

Die weiblichen Patienten >40 könnten sich mit ca. 60 % eher eine Vertragsvorlage vorstellen. Die übrigen Befragten bevorzugen mit großer Mehrheit eine handschriftliche Version eines NSV.

11. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurzgefassten Vertrag?

Siehe Abbildung 269 Seite 336

Es ist eine klare Tendenz zu einem kurzen NSV bei allen Gruppen festzustellen. Bei den weiblichen <25 und >40 und den männlichen <25 gibt es auch einige Befürworter eines ausführlichen Vertrages.

12. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 270 Seite 337

Die weiblichen Befragten > 25 neigen mit über 60 % dazu, den Verlauf der Therapie im NSV darzustellen. Die übrigen Befragten lehnen dies mit großer Mehrheit ab.

13. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 271 Seite 337

Während sich die männlichen Patienten eher dagegen aussprechen, finden die Frauen es mit überwiegender Mehrheit von 40 % - 80 % sinnvoll, die Ziele der Therapie im NSV festzuhalten.

14. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

Siehe Abbildung 272 Seite 338

Die weiblichen Personen stimmen mit mehr als 60 % darin überein, dass Verhaltensweisen im NSV vorgegeben sein sollten. Etwas inhomogener präsentiert sich die Gruppe der Männer, bei der die Personen unter 40 Jahren dies eher ablehnen. Männer über 40 schließen sich der Meinung der Frauen an.

15. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

Siehe Abbildung 273 Seite 338

Die männlichen Befragten lehnen dies mehrheitlich mit 50 % bis 100 % ab. Die weiblichen Befragten stimmen mit 50 % bis 60 % zu.

16. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festgehalten werden?

Siehe Abbildung 274 Seite 339

Männer lehnen dies bevorzugt mit 50 % - 80 % ab, während Frauen mit 50 % - 60 % eher zustimmen.

17. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

Siehe Abbildung 275 Seite 339

Die männlichen Befragten <25 sowie alle Frauen würden eine ständige Erreichbarkeit des Therapeuten bevorzugen. Männer >25 lehnen dies mit über 60 % ab.

18. Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 276 Seite 340

Die weiblichen Befragten über 40 sind mit 80 % der Meinung, dass suizidale Menschen den Anforderungen gewachsen sind. Die übrigen Personen stimmen dieser Meinung signifikant mehrheitlich nicht zu.

19. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 277 Seite 340

Die Mehrheit aller Befragten ist mit über 50 % - 100 % der Meinung, dass suizidale Menschen nicht vertragsfähig wären.

20. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 278 Seite 341

Die Personen mittleren Alters sehen im NSV mit über 60 % keine lebenserhaltende Maßnahme. Alle anderen befragten Gruppen sehen mit deutlicher Mehrheit von über 50 % - 80 % eine Chance im NSV, dass er als temporäre Möglichkeit eingesetzt werden kann, bis der Patient wieder eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat.

21. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

Siehe Abbildung 279 Seite 341

Die Gruppen mittleren Alters sehen im NSV mit ca. 60 % eher eine Belastung. Alle anderen Gruppen sind mit überwiegender Mehrheit von 50 % - 100 % der Überzeugung, dass der NSV dem Patienten eine gewisse Sicherheit bieten kann.

22. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

Siehe Abbildung 280 Seite 342

Die Gruppen, die den NSV in der vorhergehenden Frage per se als Belastung sehen, sind hier auch wieder mit über 60 % der Meinung, dass dieses Mitführen eher belastenden Charakter habe. Die übrigen Personen können sich in dieser Methode durchaus mit ca. 50 % - 80 % eine zusätzliche Sicherheit vorstellen.

23. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihm gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 281 Seite 342

Die Mehrheit aller Gruppen tendiert dazu, diese Möglichkeit eher als weiteres Hindernis oder als wertlos anzusehen. Keine Gruppe würde diese Möglichkeit als Aufforderung zu einer suizidalen Handlung sehen.

4.2.2 Auswertung der Bevölkerung im Vergleich

Die Studie der „Bevölkerung“ wird nun grob unterteilt in männlich und weiblich. In dieser Gruppierung erfolgt eine Unterdifferenzierung in Alterskategorien von unter 25, 25-40 und über 40. In dieser Auswertung werden nur noch die NSV-relevanten Fragen bewertet. Die offenen Fragen und die allgemeinen Fragen wurden schon im Anfangsteil untersucht.

Die Aufteilung erfolgt in folgenden Gruppierungen:

- × Männlich unter 25 (n=4)
- × Männlich 25-40 (n=10)
- × Männlich über 40 (n=18)
- × Weiblich unter 25 (n=9)
- × Weiblich 25-40 (n=9)
- × Weiblich über 40 (n=9)

1. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 282 Seite 343

Die Gruppen der männlichen <25 und 25-40 sowie die weiblichen 25-40 und >40 stimmen mit 50 % bis knapp über 60 % zu, dass sie einen NSV unterschreiben würden. Die Gruppen der männlichen >40 und der weiblichen <25 lehnen eine Unterschrift mit gut 50 % ab.

2. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 283 Seite 344

Wie schon in der obigen Frage zu beobachten war, sehen die männlichen >40 und die weiblichen <25 Befragten im NSV mit über 55 % keinen Schutz. Die

übrigen Gruppen stimmen mit 50 % bis 80 % zu, dass der NSV eine temporäre Schutzrolle übernehmen kann, wenn der Patient seine Gefühle nicht kontrollieren kann.

3. Welche Art des Vertrages finden Sie Erfolg versprechender?

Siehe Abbildung 284 Seite 344

Hier lassen sich altersmäßige Parallelen in der Bewertung finden. So meinen die Gruppen der <25-jährigen mit über 50 %, dass der Patient einen Vertrag eher mit sich selbst schließen und der Therapeut nur als Zeuge fungieren sollte. Die Gruppe der 25-40-jährigen bevorzugt mit über 70 % einen Vertrag zwischen Therapeut und Patient. Im Bereich der >40-jährigen teilt sich die Meinung auf. Die Frauen bevorzugen einen Vertrag mit zwei Vertragspartnern, während die Männer eher einen Vertrag mit sich selbst vorziehen.

4. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

Siehe Abbildung 285 Seite 345

Die Gruppen der <25-jährigen und der männlichen >40-jährigen würden sich mehrheitlich mit über 50 % bis 80 % nicht an den Vertrag gebunden fühlen. Die übrigen Gruppen stellen sich mit über 50 % bis 80 % eher mit Bindungswillen dar.

5. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

Siehe Abbildung 286 Seite 345

Eine suizidverhindernde Bedeutung erhält der NSV vor allem in den Gruppen der männlichen <25 und 25-40 sowie der weiblichen >40 Befragten. Dort kann der NSV mindestens jeden zweiten Suizid verhindern. In den übrigen Bereichen

liegt die suizidpräventive Quote bei 10 % bis knapp 40 %. Das bedeutet immer noch für den NSV, dass jeder 10. bis jeder 3. Suizid verhindert werden könnte.

6. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 287 Seite 346

Einen großen Anteil nimmt das Vertrauen in die Zukunft bei allen Befragten ein, vor allem im Bereich der männlichen 25-40-Jährigen und der weiblichen >25-Jährigen. Bei den männlichen <25-Jährigen ergibt sich eine große Mehrheit, die den Vertrag unterschreiben würde, um den Therapeuten zufrieden zu stellen.

7. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 288 Seite 346

Die beiden Hauptgruppen sind zum einen der Zweifel am Sinn des Lebens und der Zweifel am Sinn des Vertrages. Diese Antwortmöglichkeiten stellen in fast alle befragten Gruppen 80 % - 100 % dar. Bei den männlichen 25-40 und den weiblichen >40 kommt noch mit maximal 20 % die Absicherung des Therapeuten hinzu.

8. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

Siehe Abbildung 289 Seite 347

Alle befragten Gruppen bevorzugen einen schriftlichen Vertrag mit über 55 %. Vor allem die weiblichen Befragten stimmen hier mit knapp 60 % bis 100 % zu.

9. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

Siehe Abbildung 290 Seite 347

Bei der Gestaltung des Vertrages sind sich alle Gruppen einig, dass ein Vertrag individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt werden sollte. Diese Meinung teilen die jüngeren Befragten mit 100 %. Die >40-jährigen stimmen mit über 60 % bis 90 % zu.

10. Sollte man Ihrer Meinung einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

Siehe Abbildung 291 Seite 348

Über 50 % aller Befragten bevorzugen eine handschriftliche Version. Bei den männlichen <25 und den weiblichen 25-40 teilt sich die Meinung je hälftig auf beide Varianten.

11. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurzgefassten Vertrag?

Siehe Abbildung 292 Seite 348

Mit signifikanter Mehrheit von mindestens 50 % bis über 90 % stimmen alle Befragten zu, dass der NSV kurz sein sollte. Nur 50 % der <25 -jährigen würden eine ausführliche Version bevorzugen.

12. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 293 Seite 349

Die >40-jährigen und die weiblichen <25-jährigen sind mit 50 % - 60 % der Meinung, dass der Verlauf der Therapie im Vertrag schriftlich fixiert werden sollte. Die übrigen Gruppen sind mit über 60 % eher gegenteiliger Meinung.

13. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 294 Seite 349

Alle Gruppen befürworten es, die Ziele der Therapie im Vertrag zu erwähnen. Diese Bandbreite der Zustimmung geht von mindestens 50 % bis zu 100 %.

14. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

Siehe Abbildung 295 Seite 350

Die Mehrheit aller Gruppen ist mit mindestens 50 % - 100 % der Überzeugung, dass Verhaltensweisen für Notfallsituationen im Vertrag beschrieben werden sollten.

15. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

Siehe Abbildung 296 Seite 350

Alle befragten Gruppen befürworteten mehrheitlich mit 50 % - 90 %, die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten sowie Notfallregeln im Vertrag zu fixieren.

16. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftliche festgehalten werden?

Siehe Abbildung 297 Seite 351

Die Gruppe der 25-40-Jährigen ist mit 60 % - 90 % der Meinung, dass die psychische Verfassung nicht im Vertrag beschrieben werden sollte. Die übrigen Gruppen würden dies mit einer Mehrheit von über 50 % - 60 % begrüßen.

17. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

Siehe Abbildung 298 Seite 351

Mindestens 50 % aller Befragten und bis zu 100 % einiger Gruppen sind für die ständige Erreichbarkeit des Therapeuten.

18. Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 299 Seite 352

Die Gruppen der <25-jährigen und der 25-40-jährigen sehen kein Problem darin und stimmen mit 50 % - 70 % zu, dass der Patient einem NSV gewachsen sei. Die >40-jährigen Befragten glauben mit über 75 %, dass die Patienten die Anforderungen eines NSV nicht erfüllen könnten.

19. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, verträglich wären?

Siehe Abbildung 300 Seite 352

Hier sehen die Gruppen mittleren Alters die Verträglichkeit von suizidalen Patienten mit 60 % - 70 % durchaus als gegeben. Diese Fähigkeit wird bei den weiblichen Befragten in den übrigen Alterklassen mit 90 % bis 100 % abgelehnt. Die übrigen männlichen Befragten sehen die Möglichkeit auch sehr eingeschränkt und lehnen dies entweder mit fast 80 % ab oder machen keine Angabe zu dieser Frage.

20. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 301 Seite 353

Der NSV kann als lebenserhaltende Maßnahme mit über 60 % Zustimmung aller Befragten gesehen werden. Das deutet darauf hin, dass die Effektivität bei mindestens zwei von drei NSV anzunehmen ist.

21. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

Siehe Abbildung 302 Seite 353

Mehrheitlich stimmen die Befragten mit über 50 % - 100 % zu, dass der NSV eher als Hilfe in der Suizidtherapie angesehen werden kann.

22. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

Siehe Abbildung 303 Seite 354

Das ständige Mitführen des Vertrages wird nicht in allen Gruppen als Hilfe gesehen. So empfinden die männlich >40 und die <25-jährigen weiblichen Befragten dies mit ca. 50 % eher als eine Belastung. Die übrigen männlichen Befragten sehen mit über 70 % eine Sicherheit für sich. Die übrigen weiblichen Befragten sehen darin je hälftig Sicherheit und Belastung.

23. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihm gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 304 Seite 354

Der Mehrheit der männlichen <25 und >40-Jährigen sowie der weiblichen 25-40-Jährigen wäre dies mit über 60 %-100 % gleichgültig. Den übrigen Befragten wäre diese Erklärung des Therapeuten eher ein Hindernis, einen Suizid zu begehen. Jedoch ist interessant zu sehen, dass diese Möglichkeit keine Person zu einer suizidalen Handlung animieren würde.

4.2.3 Auswertung von psychiatrischen Patienten im Vergleich

Die Auswertung der psychiatrischen Patienten erfolgt nach Geschlecht unterteilt. Zusätzlich findet eine weitere Unterdifferenzierung in verschiedene Altersklassen statt mit <25, 25-40 und >40 Jahren. In dieser Bewertung werden nur noch die Fragen diskutiert, die für den NSV relevant sind. Die übrigen Fragen wurden schon in der allgemeinen Untersuchung der Patienten ausgewertet.

Die Unterteilung findet in folgenden Gruppen statt:

- × Männlich <25 (n=2)
- × Männlich 25-40 (n=16)
- × Männlich >40 (n=16)
- × Weiblich <25 (n=7)
- × Weiblich 25-40 (n=15)
- × Weiblich >40 (n=14)

1. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

Siehe Abbildung 305 Seite 355

Der NSV hat bei den Befragten eine sehr große Akzeptanz. Die Zustimmung liegt im Bereich von 50 % bis 100 %, vor allem in den Gruppen der <25-jährigen.

2. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 306 Seite 356

Männliche >40-jährige Patienten sehen im NSV keine Schutzfunktion und stimmen mit nur 30 % dafür. Die übrigen Gruppen sehen darin eine große Möglichkeit des Einsatzes eines NSV und stimmen mit 55 % bis 100 % dafür.

3. Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 307 Seite 356

Die männlichen Befragten stimmen mit über 40 % - 100 % eher für einen Vertragsabschluss des Patienten mit sich selbst. Je älter die männlichen Befragten, desto mehr Akzeptanz findet der Vertragsabschluss zwischen Patient und Therapeut, jedoch überwiegt die erstgenannte Variante. Sehr gleichmäßig stimmen die weiblichen Befragten mit über 55 % für einen Vertrag zwischen Patient und Therapeut.

4. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

Siehe Abbildung 308 Seite 357

Die Bindung an den Vertrag ist in allen befragten Gruppen mit über 50 % - 100 % sehr hoch. Signifikant stellt sich die Zustimmung mit über 85 % bei den Befragten unter 25 Jahren dar. Man kann erkennen, dass die Zustimmung mit zunehmendem Alter der Befragten etwas nachlässt, vor allem bei beiden Geschlechtern parallel.

5. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

Siehe Abbildung 309 Seite 357

Die Antworten lassen erkennen, dass die suizidpräventive Wirkung bei diesen Gruppen sehr hoch ist. Vor allem die jüngeren Befragten stimmen mit über 70% zu. Im Bereich der >40-Jährigen fällt diese Zustimmung auf ca. 50 % ab. Wenn man das Ergebnis auf die Frage der Effektivität des NSV projiziert, dann hat mehr als jeder zweite NSV eine suizidpräventive Wirkung.

6. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 310 Seite 358

Deutliche Mehrheiten fallen auf die Möglichkeiten „Vertrauen in den Vertrag“ und „Vertrauen in die Zukunft“ mit über 50 %. Eine Rücksichtnahme auf den Therapeuten spielt in diesem Fall eine geringere Rolle mit maximal 30 %.

7. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

Siehe Abbildung 311 Seite 358

Hier sind die am meisten genannten Antworten „Zweifel am Sinn des Lebens“ und „Zweifel am Vertrag“ mit über 60 % - 100 %. Die Absicherung des Therapeuten als Anlass, den Vertrag nicht zu unterschreiben, spielt keine große Rolle mit 10 % - 20 %.

8. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

Siehe Abbildung 312 Seite 359

Die befragten Personen stimmen mit mindestens 50 % bis 100 % zu, dass eine schriftliche Form besser geeignet sei.

9. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

Siehe Abbildung 313 Seite 359

Die überwiegende Mehrheit der Befragten findet mit über 60 % eine individuelle Fassung, die auf jeden Patienten einzeln abgestimmt wird, geeigneter als eine allgemeine Vertragsformulierung.

10. Sollte man Ihrer Meinung nach einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

Siehe Abbildung 314 Seite 360

Alle weiblichen Befragten würden eher eine handschriftliche Form mit über 70 % bevorzugen. Die männlichen Befragten verhalten sich hier ein wenig inhomogener. Die <25 und 25-40-jährigen stimmen mit 50 % bis knapp 70 % einer handschriftlichen Lösung zu. Die männlichen >40-jährigen sind die einzige Gruppe, die dieser Vertragsform mit nur knapp 30 % zustimmt.

11. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurz gefassten Vertrag?

Siehe Abbildung 315 Seite 360

Die Mehrheit der Befragten >25 bevorzugt mit ca. 50 % - 60 % eine kurze Vertragsfassung. Die Befragten <25 stellen sich mit fast je hälftiger Meinung zu den Antwortmöglichkeiten ausführlich und kurz.

12. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 316 Seite 361

Über 55 % der Befragten findet es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem NSV festzuhalten, vor allem die Befragten <25.

13. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 317 Seite 361

Die Mehrheit der psychiatrischen Patienten sind mit über 70 % der Meinung, dass die Ziele der Therapie schriftlich im NSV fixiert werden sollten.

14. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

Siehe Abbildung 318 Seite 362

Über 70 % der befragten Patienten ist der Überzeugung, dass im NSV Verhaltensregeln festgehalten werden sollten, auf die der Patient im Notfall zurückgreifen kann, vor allem die Befragten <25 mit 100 %.

15. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

Siehe Abbildung 319 Seite 362

Die weiblichen Befragten stimmen mit überwiegender Mehrheit von 80 % dieser Überlegung zu. Während bei den männlichen Befragten die <25-jährigen sich der Meinung der weiblichen Patienten anschließen, stimmen die übrigen männlichen Befragten nur mit ca. 45 % bis 50 % zu.

16. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festgehalten werden?

Siehe Abbildung 320 Seite 363

Zwischen 55 % und 60 % der männlichen und weiblichen >40 sowie die weiblichen 25-40-jährigen Befragten finden es sinnvoll, die momentane psychische Situation im NSV zu beschreiben. Die männlichen 25-40-Jährigen und die weiblichen <25-Jährigen stehen dieser Möglichkeit eher kritisch gegenüber und halten dies mit knapp 60 % nicht für sinnvoll.

17. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

Siehe Abbildung 321 Seite 363

Die Mehrheit der weiblichen Befragten würde die ständige Erreichbarkeit des Therapeuten mit 55 % bis knapp 90 % bevorzugen. Die männlichen Befragten sehen diese Möglichkeit etwas kritischer und stimmen dem mit 45 % bis knapp 70 % zu.

18. Glauben Sie, dass Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 322 Seite 364

Die Befragten <25 und 25-40 stimmen mit mindestens 50 % bis knapp 70 % zu. Zurückhaltender in der Prognose sind die >40 Befragten. Diese sind mehrheitlich der Meinung, dass suizidale Personen dem NSV nicht gewachsen wären.

19. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 323 Seite 364

Die <25- und die männlichen 25-40-Jährigen stimmen mit knapper Mehrheit von ca. 50 % der Vertragsfähigkeit von suizidalen Menschen zu. Die übrigen Gruppen sind mehrheitlich der Meinung mit ca. 60 %, dass suizidale Menschen nicht vertragsfähig sind.

20. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 324 Seite 365

Über 55 % bis 100 % stimmen zu, dass der NSV als temporäre Maßnahme eingesetzt werden könnte, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat. Diese Überzeugung wertet den NSV in der akuten Therapie von suizidalen Patienten erheblich auf. Der Auswertung nach würde diese Maßnahme bei mehr als jedem zweiten suizidalen Patienten effektiv greifen.

21. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

Siehe Abbildung 325 Seite 365

Alle Befragten sehen mit 55 % bis 100 % in einem NSV eher eine zusätzliche Sicherheit als eine weitere Belastung für den suizidalen Patienten.

22. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

Siehe Abbildung 326 Seite 366

In dieser Frage wird auch das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz bei der Mehrheit der Befragten mit ca. 50 % bis knapp 90 % empfunden. Ein geringerer Teil sieht dies als Belastung an.

23. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihm gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

Siehe Abbildung 327 Seite 366

Bei den männlichen Befragten sehen es zwischen 50 % und 100 % als weiteres Hindernis an. Bei den Frauen zeigt sich diese Mehrheit in den Antwortmöglichkeiten „egal“ und „weiteres Hindernis“ gespalten, wobei die Tendenz zu einem weiteren Hindernis geht. Wichtig ist in dieser Frage, dass es bei den befragten 25-40-Jährigen auch als eine Aufforderung zu einer suizidalen Handlung gesehen wird.

5. Diskussion

5.1 Ergebnisse der Studie

5.1.1 Vergleich der Studien von Fachpersonal, Patienten und Bevölkerung

In dieser Auswertung werden Fragen miteinander verglichen, die in beiden Varianten des Fragebogens erschienen sind. In einigen Fragen die Formulierung variiert, um sich an das zu befragende Potential anzupassen. Deshalb werden immer beide Fragen an Anfang erwähnt.

1.

Pat: Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

Ther: Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen NSV unterschreiben?

Siehe Abbildung 328 Seite 367

In allen befragten Gruppen besteht eine mehr oder weniger ausgeprägte Akzeptanz des NSV. Dies lässt bereits hier den Rückschluss zu, dass eine Eignung des NSV zur Suizidprävention gegeben ist. Weiter fällt auf, dass die Fachleute einen derartigen Vertrag signifikant eher anzuwenden bereit sind als suizidale und psychiatrische Patienten sowie Bevölkerung. Daraus folgt – was nicht überrascht -, dass sich der therapeutische Sinn und Zweck eines NSV Fachleuten eher erschliesst als Laien. Zur Erhöhung der Akzeptanz ist daher bei der Anwendung eines NSV ein erhöhter Erklärungsbedarf gegenüber dem Patienten gegeben.

2.

Pat: Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Ther: Könnte ein solcher NSV als Schutz dienen, wenn der Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Siehe Abbildung 329 Seite 368

Im Vergleich zur vorhergehenden Frage fällt auf, dass sich bei den Patientengruppen die Quote derer, die einen NSV unterschreiben, in etwa deckt mit der Quote derer, die ihn für effizient halten. Dagegen liegt bei den Therapeutengruppen die letztere Quote signifikant niedriger. Dies lässt den Rückschluss zu, dass eine größere Zahl von Therapeuten den NSV unterschreiben würde, ohne von seiner Effizienz überzeugt zu sein. Offen bleibt, ob die Skeptiker bereits daran zweifeln, dass sie selbst als Patienten einen NSV einhalten würden oder ob der Zweifel sich nur darauf bezieht, ob der von ihnen zu betreuende Patient dies tun wird.

3.

Pat: Welche Art des Vertrages finden Sie Erfolg versprechender?

Ther: Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie Erfolg versprechender?

Siehe Abbildung 330 Seite 369

Fachleute und Bevölkerung bevorzugen einen Vertrag zwischen zwei Vertragspartnern und sehen diesen als wirkungsvoller an. Suizidale und psychiatrische Patienten bevorzugen eher eine Selbstverpflichtung. Obwohl bei den Patienten ein leichtes Übergewicht derer vorliegt, die die Selbstverpflichtung bevorzugen, empfiehlt sich angesichts der klaren Bevorzugung - insbesondere durch die Praktiker - eines Vertrages zwischen Patient und Therapeut dessen Anwendung; ihm dürfte aus der subjektiven Sicht

der Betroffenen die höhere Verbindlichkeit zukommen als einer bloßen Selbstverpflichtung.

4.

Pat: Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

Ther: Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag von einem Suizid abhalten?

Siehe Abbildung 331 Seite 370

Die höchste Bindungsquote wird bei psychiatrischen Patienten, Psychologiestudenten und Psychologen erreicht. Die niedrigste Bindungsquote liegt bei der Bevölkerung, bei der sich aber immerhin noch 42 % an den Vertrag gebunden fühlen würden. Bei suizidalen Patienten liegt die Bindungsquote sogar bei 46 %, was das Gewicht eines NSV bestätigt. Das Ergebnis lässt eine Effektivität erhoffen, bei der jeder zweite Patient durch einen NSV am Leben bleibt. Nicht gesichert ist freilich, ob jeder, der sich an den Vertrag gebunden fühlt, ihn in concreto auch tatsächlich einhalten wird. Dies können erst spätere empirische Studien untersuchen. Hält ihn aber nur z.B. jeder zweite ein, der sich an ihn gebunden fühlt, so bliebe zumindest jeder vierte Patient am Leben.

5.

Pat: Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

Ther: Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

Siehe Abbildung 332 Seite 371

Im Vergleich zur vorherigen Frage fällt auf, dass sich die Skepsis der Anwender hinsichtlich der Akzeptanz eines Vertrages durch den Patienten als deutlich höher erweist als die tatsächliche Akzeptanz durch Betroffene. Das Ergebnis deckt sich mit der Auswertung des Vergleiches der Fragen 1. und 2.

6.

Pat: Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

Ther: Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

Siehe Abbildung 333 Seite 372

In allen befragten Gruppen erhält die schriftliche Variante den größten Zuspruch, wobei unter den suizidalen Patienten ein nicht unerheblicher Teil eine mündliche Version bevorzugen würde. Dies spricht für die Anwendung eines schriftlichen Vertrages, doch sollte als Ersatzlösung auf einen mündlichen Vertrag ausgewichen werden, wenn der Patient die schriftliche Festlegung nicht akzeptiert.

7.

Pat: Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

Ther: Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeiner Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

Siehe Abbildung 334 Seite 373

Hier sind sich alle Gruppen mit signifikanter Mehrheit einig, dass ein NSV individuell auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten abgestimmt werden sollte. Dies überrascht nicht, weil sich ein Patient in einer derart vitalen Frage als besser wahrgenommen und intensiver betreut fühlen muss, wenn die konkrete Vertragsformulierung auf die Besonderheiten seiner Situation abgestimmt wird.

8.

Pat: Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

Ther: Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

Siehe Abbildung 335 Seite 374

Psychologiestudenten und psychiatrische Patienten halten dies für sinnvoll. Die anderen Gruppen, vor allem die Psychiater und Psychologen, sind gegenteiliger Meinung. Dies erklärt sich wohl daraus, dass jeder Therapieverlauf durch Fortschritte wie auch Rückschritte gekennzeichnet ist und dass die Benennung letzterer einen negativen Therapieeffekt haben könnte. Anders wäre es sicher, wenn ausnahmsweise der Therapieverlauf nur positive Aspekte aufweisen würde.

9.

Pat: Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Ther: Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Siehe Abbildung 336 Seite 375

Während Psychiater, Psychologen und suizidale Patienten nur zur Hälfte zustimmen, sind die übrigen Gruppen mit deutlicher Mehrheit dafür. Die Skepsis der Praktiker wie der suizidalen Patienten erklärt sich wohl dadurch, dass ein zu formulierendes Endziel den Patienten zu überfordern droht und dass etwa darzustellende Zwischenziele als wenig befriedigend erscheinen müssen. Allenfalls auch dem Patienten positiv erscheinende und unschwer erreichbare Kurzziele eignen sich möglicherweise für eine Niederlegung im NSV.

10.

Pat: Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

Ther: Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

Siehe Abbildung 337 Seite 376

Ein solches Festhalten wird mit mehr als 60 % überwiegend für sinnvoll gehalten. Der Grund liegt wohl vorwiegend darin, dass der Vertrag Übergangshilfen anbieten sollte für den Fall, dass der Therapeut in der akuten Situation nicht erreichbar ist. Zudem ist das Aufzeigen solcher Strategien ein erster Schritt für den Patienten zu dessen Selbstständigkeit bei der Umsetzung eigener Problemlösungen.

11.

Pat: Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

Ther: Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

Siehe Abbildung 338 Seite 377

Psychiater und suizidale Patienten sehen dafür keine Notwendigkeit. Die restlichen Gruppen stimmen mit über 60 % zu, so dass das Festhalten dieser Punkte als durchaus möglich, wenngleich nicht zwingend erscheint.

12.

Pat: Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festgehalten werden?

Ther: Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

Siehe Abbildung 339 Seite 378

Psychiater und Psychologen bejahen dies nur zu etwa einem Drittel, die übrigen Gruppen halten es etwa zur Hälfte für sinnvoll. Die Skepsis der Fachleute beruht vermutlich darauf, dass eine derartige Niederlegung vorwiegend negative Umstände beschreibt und daher eher einen negativen Impuls für den Patienten bedeutet.

13.

Pat: Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

Ther: Würden Sie Ihrem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

Siehe Abbildung 340 Seite 379

Signifikant dagegen sind Psychiater mit einer Ablehnung von über 80 %, aber auch Psychologen mit über 60 %. In den übrigen Gruppen findet sich zur Hälfte oder mehr eine Zustimmung. Hier bedarf es eines realistischen Blicks auf das Machbare. So wünschenswert die ständige Erreichbarkeit auch für den Patienten sein mag, kann sie doch rein praktisch – von Ausnahmefällen abgesehen – nicht sichergestellt werden. Die Rücksicht auf den Therapeuten und seine Gesundheit verbietet eine lückenlose Erreichbarkeit. Würde sie zugesagt und wäre die Erreichbarkeit faktisch im Einzelfall doch einmal nicht gegeben (plötzliche Erkrankung des Therapeuten, überraschender

Notfalleinsatz in einem analogen Fall, Funkloch fürs Handy etc.), so wäre das Vertrauen des Patienten – zumindest vorübergehend – massiv beschädigt und die Gefahr eines Spontansuizids erhöht. Zudem würde die ständige Erreichbarkeit in manchen Fällen die Erziehung des Patienten zur Eigenverantwortlichkeit eher behindern als fördern.

14.

Pat: Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Ther: Sind Sie überzeugt, dass suizidale Menschen den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Siehe Abbildung 341 Seite 380

Dies nimmt etwas mehr als die Hälfte der Fachleute an, am kritischsten sind suizidale Patienten, die dies nur zu 35 % bejahen, denen aber auch die zur Beurteilung erforderlichen Fachkenntnisse fehlen.

15.

Pat: Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

Ther: Sind Sie überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

Siehe Abbildung 342 Seite 381

Zweifel an der Vertragsfähigkeit haben insbesondere suizidale Patienten, psychiatrische Patienten und Bevölkerung. Optimistischer sind Studenten mit ca. 40 % Zustimmung. Interessant ist die deutliche Zustimmung der Psychiater und Psychologen mit ca. 60 %, was als wegweisend erscheint, da nur sie über die erforderlichen Fachkenntnisse und praktischen Erfahrungen verfügen.

16.

Pat: Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Ther: Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Siehe Abbildung 343 Seite 382

Diese These findet überwiegend eine deutliche Zustimmung, am höchsten bei Psychologiestudenten mit fast 90 %, aber auch bei Psychiatern und Psychologen mit fast 80 %. Unentschieden sind die suizidalen Patienten selbst, denen aber jegliche Erfahrung diesbezüglich fehlt. Die positive Beurteilung durch die Fachleute eröffnet einen zusätzlichen Aspekt für den Einsatz des NSV, nämlich als Übergangslösung und zur Schaffung eines Zeitgewinns.

17.

Pat: Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

Ther: Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

Siehe Abbildung 344 Seite 383

Die Beurteilung als Sicherheit überwiegt bei den Fachleuten am höchsten mit ca. 85 % bei den Psychologiestudenten und knapp 80 % bei den Psychologen. Suizidale Patienten empfinden den Vertrag je hälftig als Sicherheit und Belastung. Die Beurteilung durch die einzelnen Gruppen korrespondiert mit der Antwort auf die vorangehende Frage: Wird der NSV als positiv angesehen, so verstärkt sein Mitführen die Effizienz.

18.

Bei den folgenden Fragen wurden zwei Grafiken gegenübergestellt, da sich die Antwortmöglichkeiten erheblich unterscheiden:

- a. Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?**

Siehe Abbildung 345 Seite 384

- b. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihm gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?**

Siehe Abbildung 346 Seite 385

Die Fachleute halten es mit ca. 40 %, die Medizinstudenten sogar mit 60 % für sinnvoll, den Patienten auf die Belastungen hinzuweisen. Die Mehrheit lehnt dies ab. Bei den Patienten und der Bevölkerung teilen sich die Mehrheiten in „egal“ und „weiteres Hindernis“. Nur bei den psychiatrischen Patienten wird es in einer ganz geringen Minderheit als Aufforderung zu einer suizidalen Handlung gesehen. Da allerdings psychiatrische Patienten mit mehr als 50 % und suizidale Patienten mit immerhin knapp 40 % in einem solchen Hinweis ein weiteres Hindernis für einen möglichen Suizid sehen, sollte dieses Instrument je nach Einzelfall mit Bedacht eingesetzt werden.

5.1.2 Interessante Ergebnisse in der weiteren Auswertung

Auswertung von Psychiatern, Psychologen und Studenten der Medizin und der Psychologie (siehe Abbildung 8 Seite 201 & Abbildung 51 Seite 223 und siehe Abbildung 15 Seite 204 & Abbildung 16 Seite 205)

1. Beim Vergleich der Antworten auf die Fragen 8 und 51 findet sich eine große Diskrepanz. Die Fachleute sind sich bei Frage 8 einig, dass sie einen Patienten, der einen NSV nicht unterschreiben will, in eine Klinik einweisen werden. Erst als zweite Option kommt das Gespräch mit dem Patienten. In Frage 51 geht es um die Theorie, ob man anhand der Reaktion auf den Vorschlag eines NSV die Suizidalität des Patienten einschätzen kann. Nach dieser Theorie ist ein Patient akut suizidal, wenn er den NSV ablehnt, im anderen Fall dagegen eher nicht. Nach der eindeutigen Tendenz der Beantwortung von Frage 8 hätten die Fachleute dieser Theorie zustimmen müssen. Es findet sich jedoch in Frage 51 eine 90 %-ige Ablehnung dieser Theorie.
2. Beim Vergleich der Antworten auf die Fragen 15 und 16 stellt sich heraus, dass die Mehrheit der Therapeuten einen NSV unterschreiben würde, dass jedoch eine Diskrepanz hinsichtlich des Einhaltens des Vertrages festzustellen ist.

5.2 Gibt es einen optimalen NSV?

Die Basis für einen effektiven NSV, der vom Patienten angenommen und auch eingehalten wird, besteht darin, dass der Therapeut auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten eingeht. Die Grundsätze und Bausteine, die im folgenden als Ergebnis aus der Studie herausgearbeitet werden, sind Richtlinien und Regeln, die dem Therapeuten helfen sollen, mit dem Patienten gemeinsam einen geeigneten Vertrag zu entwickeln. So werden als Grundsätze zunächst die Punkte definiert, die in allen befragten Gruppen einheitlich oder mit deutlicher Mehrheit beantwortet worden sind. Die Bausteine ergeben sich als Resümee aus den Fragen, zu denen sich unterschiedliche Meinungen ohne signifikante Mehrheiten gebildet haben. Deren Anwendung ist flexibel.

Sowohl bei den Grundsätzen als auch bei den Bausteinen wird nochmals auf Stimmen aus der Literatur hingewiesen, die zu analogen Ergebnissen kommen.

1. Grundsätze:

1. Ein schriftlicher Vertrag ist geeigneter als ein mündlicher Vertrag.

Dormann (2002), O`Farrell (1981) und Rosenthal (1986) wenden einen schriftlichen Vertrag an (siehe 1.4.1, 1.4.4, 1.4.5), wobei Rosenthal einen mündlichen immer noch für besser als gar keinen Vertrag ansieht.

2. Der NSV sollte individuell formuliert werden und keine schlichte formularmäßige Vertragsvorlage sein.

Dormann (2002) wendet bevorzugt einen handschriftlichen Vertrag an, da er der Meinung ist, dass eine allgemeine Vertragsvorlage einen eher gegenteiligen Effekt haben könnte (siehe 1.4.1). Im Gegensatz zu den übrigen Autoren verwendet Bongar (1991) eine allgemeine Vertragsformulierung (siehe 7.1.8).

3. In diesem Vertrag sollten Strategien festgehalten werden, die der Patient in schwierigen Situationen anwenden kann; solche Strategien sollte der Patient unter Anleitung des Therapeuten möglichst selbst entwickeln.

Dies ist ein wichtiger Aspekt bei Dormann (2002) und bei Egan (1997) (siehe 1.4.2, 1.4.7).

4. Die Ziele der Therapie, bevorzugt kurzfristig erreichbare Ziele, sollten im NSV notiert werden.

Dies bestätigt Range (2002) als einen großen Vorteil des NSV (siehe 1.6.1 unter 2.e), auch Bongar (1991) findet dies einen wichtigen Aspekt in seinem NSV (siehe im Vertragstext unter 7.1.8).

5. Der Vertrag sollte dennoch möglichst kurz gehalten werden.

Einige Therapeuten bevorzugen einen sehr ausführlichen NSV so Dormann (2002), Schuldt (1980), Egan (1997) und Bongar (1991) (siehe 7.1.2, 7.1.3, 7.1.6, 7.1.8).

6. Der Vertrag sollte eine Laufzeit bis zur nächsten Therapiestunde haben.

Cox (1979) bevorzugt eine Gültigkeitsdauer bis zur nächsten Therapiestunde (siehe 1.4.6). Daraus ergebe sich eine Stütze für den Patienten, und seine Eigenständigkeit würde damit auch besser gewahrt. Dormann (2002) sieht eine mögliche Vertragsdauer bis zu sechs Monaten vor. Dies unterscheidet sich sehr stark vom Ergebnis dieser Studie (siehe 1.4.1). Diese Meinung teilt Schuldt (1980) mit Dormann, wobei der Vertrag so lange weiter gilt, bis die Suizidalität aufgearbeitet worden ist (siehe 1.4.3). Stanford (1994) und Bongar (1991) erklären, dass ein klar begrenzter Zeitraum sehr wichtig sei (siehe 1.4.8, 1.4.9).

7. Patient und Therapeut sollten je ein Vertragsexemplar erhalten.

Dormann (2002) händigt dem Patienten das einzige Exemplar mit der Begründung aus, dass dies ein Vertrauensbeweis des Therapeuten an den Patienten sein soll (siehe 1.4.1). Im Gegensatz dazu steht Rosenthal (1986), bei dem beide Vertragspartner jeweils ein Exemplar erhalten (siehe 1.4.5).

8. Auch der Therapeut sollte den Vertrag unterzeichnen (als Vertragspartner oder als Zeuge).

Nach Rosenthal (1986) unterschreiben beide Vertragspartner den NSV (siehe 1.4.5).

Diese Grundsätze wurden in der Vergleichsstudie von allen Gruppen mehrheitlich befürwortet.

2. Bausteine:

Diejenigen Fragen, die von den Gruppen unterschiedlich beantwortet sind, werden je nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten als Bausteine in den Vertrag eingearbeitet:

1. Der NSV wird als echter Vertrag zwischen Patient und Therapeut abgeschlossen. Falls der Patient diesem Vertrag nicht zustimmen möchte, kann der Patient die Verpflichtungen aus dem NSV sich selbst versprechen, und der Therapeut fungiert dabei nur als Zeuge, der den NSV aber mit unterzeichnet.

Dormann (2002) wendet in seinem NSV bevorzugt das Verfahren an, dass der Patient den NSV sich selbst verspricht und der Therapeut nur als Zeuge fungiert. Sollte es zu weiteren Vertragsvereinbarungen kommen, besteht die Möglichkeit, dass der Therapeut auch Vertragspartner wird (Siehe 1.4.1). Schuldt (1980) bevorzugt ebenso wie Dormann ein Versprechen des Patienten mit sich selbst, da er der Meinung ist, dass damit die Autonomie des Patienten besser gefördert werden könne (siehe 1.4.3). Bongar (1991) und Simon (1999) sehen den NSV als eine Vereinbarung zwischen Patienten und Therapeuten (siehe 1.4.9, 1.4.10).

2. Der Verlauf der Therapie kann im Vertrag schriftlich festgehalten werden, falls er positiv ist.

3. Der Therapeut kann dem Patienten anbieten, sich seinerseits im Vertrag zu verpflichten, den Patienten bei der Verfolgung der festgelegten Ziele zu unterstützen.

Diesen Punkt unterstützt Bongar (1991) in seinem NSV.

4. Die aktuelle psychische Verfassung des Patienten kann im Vertrag beschrieben werden.

5. Das ständige Mitführen des Vertrages kann als zusätzlicher Schutz gesehen und deshalb dem Patienten als Aufgabe auferlegt werden.

Dormmann (2002) und Rosenthal (1986) sehen das ständige Mitführen des NSV als eine weitere Barrierefunktion an (siehe 1.4.1, 1.4.5).

6. Der Therapeut kann mit der gebotenen Vorsicht den Patienten darauf aufmerksam machen, welche Belastung ein Suizid auch für den Therapeuten bedeuten würde.

7. Der NSV kann eher als Ausdruck der Sorge um den Patienten dargestellt werden oder eher als Bestandteil der Therapie, aber auch als beides.

Stanford (1994) ist der Überzeugung, dass ein stärkerer Bindungseffekt erzeugt werden kann, wenn der NSV als Ausdruck der Sorge um den Patienten erklärt wird (siehe 1.4.8).

8. Dem Patienten können Aufgaben auferlegt werden. Deren Erfüllung kann mit positiven, die Nichterfüllung aber auch mit negativen Konsequenzen bedacht werden.

Dormmann (2002) trägt den Patienten Aufgaben auf, die er täglich zu erledigen hat, ohne dabei auf Konsequenzen bei Erfüllung oder Nichterfüllung näher einzugehen (siehe 1.4.1). O`Farrell (1980) sieht als NSV einen Vertrag vor, in dem es bestimmte Aufgaben gibt, die bei Erfüllung oder Nichterfüllung positive wie negative Konsequenzen haben können (siehe 1.4.4).

5.3 Verschiedene Ansätze für effektive Nicht-Suizid-Verträge

Vertragsvorschlag:

Ich, (Vor- und Nachname des Patienten), verspreche hiermit Herrn/Frau (Vor- und Nachname des Therapeuten), dass ich mich bis zur nächsten Therapiestunde am (Datum) um (Uhrzeit) nicht umbringen werde.

Sollte ich während dieser Zeit suizidale Gedanken haben, dann werde ich folgende Verhaltensweisen der Reihe nach anwenden:

1. Ich werde Entspannungsübungen ausführen.
2. Ich werde Musik hören.
3. Ich werde in die Stadt gehen und mich mit Freunden treffen.
4. Ich werde mit einer vertrauten Person (evtl. Name? Telefonnummer?) ein Gespräch führen.
5. Ich werde Gegenstände, mit denen ich mich verletzen könnte, aus der Wohnung bzw. dem Gefahrenbereich entfernen.
6. Ich werde mich bei (Name des Therapeuten) melden unter der folgenden Telefonnummer: Falls der Therapeut nicht erreichbar sein sollte, bei (Name einer Ersatzperson) unter folgender Telefonnummer:
7. Ich werde die Telefonseelsorge anrufen unter der Telefonnummer:
8. Ich werde in die Notfallaufnahme der psychiatrischen Klinik ... gehen.

Als kurzfristige Ziele der Therapie legen wir folgendes fest:

1. Ich werde mich morgen mit Freunden treffen.
2. Ich werde meine Wohnung aufräumen.

Würzburg, den (Datum)

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Therapeuten

Folgende alternative Formulierungen und Zusatzbausteine können verwendet werden:

1. Ich, (Name des Patienten), verspreche mir persönlich, dass ich mich bis zur nächsten Therapiestunde am ...um...nicht umbringen werde. Dieses Versprechen bezeugt der Therapeut (Name).
2. Wir, (Name des Patienten) und der Therapeut (Name) schließen einen NSV ab, in dem ich (Name) dem Therapeuten (Name) verspreche, dass ich bis zur nächsten Therapiestunde am ...um... am Leben bleiben werde.
3. In dem Zeitraum vom Anfang der Therapie bis heute stellten sich bei (Name des Patienten) signifikante Fortschritte ein, so dass (Name des Patienten) nicht mehr täglich suizidale Ideen hat bzw. keine suizidalen Handlungen unternommen hat. (Name des Patienten) hat sich in seiner psychischen Verfassung so weit stabilisiert, dass die Therapiesitzungen von einem wöchentlichen Rhythmus auf einen vierzehntätigen Rhythmus erweitert werden können.
4. Seit Anfang der Therapie haben sich bei (Name des Patienten) keine maßgeblichen Fortschritte und Erfolge bezüglich der suizidalen Handlungen und Ideen gezeigt. (Name des Patienten) gibt an, mehrmals täglich suizidale Ideen zu haben sowie suizidale Handlungen vorzubereiten. Seit Beginn der Therapie kam es zu weiteren suizidalen Handlungen, so dass (Name des Patienten) wieder in stationäre Behandlung gekommen ist. Seit dieser Zeit und einer medikamentösen Zusatzbehandlung gibt es Fortschritte.
5. Der Therapeut verspricht im Gegenzug zum Versprechen des Patienten, ihn in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen. Der Therapeut verspricht, dass der (Name des Patienten) bei Einhaltung des Vertrages täglich einen Telefonkontakt ermöglicht, wenn (Name des Patienten) suizidale Ideen haben sollte. Falls sich die suizidale Problematik verschlechtern sollte, so verspricht der Therapeut, dass er (Name des Patienten) innerhalb von 2 Tagen eine Gesprächstherapie ermöglichen wird.

6. Die aktuelle psychische Verfassung von (Name des Patienten) lässt sich wie folgt beschreiben: (Name des Patienten) ist leichtgradig suizidal und neigt zu depressiven Verstimmungen. Eine hochgradige suizidale Gefährdung besteht nicht.
7. Wir vereinbaren, dass (Name des Patienten) bis zur nächsten Therapiestunde folgende Aufgaben zu erfüllen hat:
 - a. Ich gehe täglich eine halbe Stunde spazieren.
 - b. Ich führe jeden Tag Tagebuch.
 - c. Ich verfasse eine Liste mit meinen Argumenten für mein Weiterleben.
 - d. Ich verfasse eine Liste mit den persönlichen Gründen, warum ich einen Suizidversuch unternommen habe, und eine weitere Liste mit den Argumenten, warum ich am Leben bleiben möchte.
 - e. Ich melde mich täglich beim Therapeuten.

Sollte (Name des Patienten) diese Aufgaben erfüllen, so ergibt sich für den Patienten Folgendes:

1. Ich muss mich nur noch jeden zweiten Tag beim Therapeuten melden.
2. Die zeitlichen Abstände zwischen den Therapiestunden werden verlängert.

Sollte (Name des Patienten) diese Aufgaben nicht oder nur unvollständig erfüllen, so hat dies folgende Konsequenzen für die weitere Zusammenarbeit:

1. Ich (Name des Patienten) werde aufgrund des Vertragsbruches und somit auch Vertrauensbruches in eine psychiatrische Klinik eingewiesen.
2. Der Therapeut kann die weitere Zusammenarbeit mit mir (Name des Patienten) verweigern und mich an einen Kollegen weitervermitteln, da der Vertragsbruch auch einen Vertrauensbruch darstellt und somit eine gute Zusammenarbeit nicht mehr möglich ist.

Der Therapeut kann von den dargestellten Folgen absehen, wenn ich (Name des Patienten) gute und überzeugende Gründe aufführen kann, warum ich diese Aufgaben nicht erfüllen konnte.

5.4 Grundregeln für die Anwendung eines NSV im Therapeuten-Patienten-Gespräch

Wenn ein suizidaler Patient zu einem Therapeuten kommt, dann gibt es wichtige Regeln, die zu beachten sind:

1. Zuerst muss eine Vertrauensbasis im Gespräch geschaffen werden. Ein Vertrag ohne eine Vertrauensbasis ist wertlos. Laut Studie wird ein besseres Vertrauensverhältnis mit einem NSV geschaffen (siehe 4.1 Frage 29).
2. Der Therapeut sollte während des Gespräches die aktuelle Suizidgefährdung des Patienten einstufen. Nach Drye (1973) ist dies mit Hilfe eines NSV möglich (siehe 1.4.11). In der vorliegenden Studie wurde dieses Ergebnis nicht bestätigt, allerdings verhalten sich die Praktiker unbewußt nach diesem Schema (siehe 4.1 Frage 8, 9 & 51).
3. Der Therapeut kann während des Gespräches mit dem Patienten über einen NSV sprechen, wenn er der Meinung ist, dass der Patient dafür geeignet ist. Als ungeeignet erscheinen Psychotiker laut Egan (1997). Dieser Aspekt wurde in dieser Studie bestätigt (siehe 4.1 Frage 6). Anwendungsmöglichkeiten findet der NSV laut Studie bei Depressionen, Borderline-Störungen, Persönlichkeitsstörungen und akut suizidalen Patienten (siehe 4.1 Frage 5).
4. Es ist wichtig, dem Patienten den NSV als einen festen Bestandteil der Suizidtherapie zu vermitteln, wobei der Therapeut von dessen Sinn und Zweck überzeugt sein muss. Allerdings besteht auch ja nach Patient die Möglichkeit, den NSV als Sorge um das Wohl des Patienten zu beschreiben (siehe 4.1 Frage 30 & Stanford (1994) unter 1.4.8).
5. Dann erfolgt die gemeinsame Erarbeitung des Vertrages, wobei vor allem der Patient Vorschläge und Texte beisteuern sollte. Der Therapeut ist eher dazu gehalten, die Rahmenbedingungen zu stellen und gegebenenfalls die Formulierungen des Patienten zu präzisieren. Der

Patient sollte dabei maßgeblich an der Suche von Strategien beteiligt werden (siehe 4.1 Frage 43).

6. Es ist wichtig, dass der Therapeut dem Patienten erklärt, welche Intentionen er mit dem NSV verbindet. Es sollte mit dem Patienten darüber gesprochen werden, welche Fragen und Bedenken der Patient hat.
7. Falls der Patient einen NSV nicht eingehen möchte, sollte der Therapeut mit dem Patienten ausführlich darüber sprechen, welche Gründe ihn dazu bewegen. (Siehe 4.1 Fragen 8 & 18) Es besteht zum einen die Gefahr, dass der Therapeut den Patienten als hoch suizidal einstuft, obwohl dieser den NSV nur als „unsinnig“ empfindet. Zum anderen könnte das stille Akzeptieren den Therapeuten eine hochgradige suizidale Gefährdung übersehen lassen. Zudem besteht immer noch die Möglichkeit, dann dem Patienten ein mündliches Versprechen anstelle eines schriftlichen Vertrages anzubieten. Letzteres wird durch Rosenthal (1986) im Punkt 1.4.5 bekräftigt.
8. Es ist wichtig, dass der Therapeut mit dem Patienten darüber spricht, welche Punkte im Vertrag schriftlich festgehalten werden sollen. Dies ermöglicht zum einen eine individuelle Form des Vertrages, und zum anderen sind diese Punkte auch sehr wichtig, um in dem Therapiesprach einen Leitfaden zu haben und gleichzeitig die Anamnese zu erfahren. In der Studie wird mehrheitlich eine individuelle Form bevorzugt (siehe 4.1 Frage 31).
9. Es besteht auch die Möglichkeit, den NSV nicht nur bei suizidalen Patienten, sondern als prophylaktische Maßnahme auch bei psychiatrischen Patienten anzuwenden, um die Barriere zur Beschäftigung mit dem Thema „Suizid“ zu senken.
10. Je nach den Bedürfnissen des Patienten besteht die Möglichkeit, auch Freunde oder die Familie des Patienten in den NSV mit einzubeziehen, die dann als Gesprächspartner den Therapeuten entlasten können und natürlich auch Tag und Nacht einfacher für den Patienten erreichbar

sind. Allerdings sollte man darauf achten, dass die Angehörigen dadurch nicht überfordert werden.

5.5 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ergibt, dass es wichtig und sinnvoll ist, den NSV anzuwenden. Die Suizidquote bzw. Wiederholungsquote kann durch den NSV maßgeblich gesenkt werden. Der NSV stellt sich als ein vielfältiges diagnostisches und therapeutisches Mittel dar. Als diagnostisches Mittel kann er in der Kombination mit weiteren Anwendung finden. Als therapeutisches Mittel kann er sehr individuell auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten zugeschnitten werden. Der NSV dient wie schon in der Literatur beschrieben auch hervorragend als Dokumentationsmittel. Wie in den Punkten 5.2, 5.3 & 5.4 herausgearbeitet, stellt sich der NSV als ein sehr individuell anzupassendes Mittel dar, das seinen festen Platz in der Suizidtherapie bekommen sollte. Es gibt natürlich auch Risiken (siehe 1.6.2) bei der Anwendung eines NSV, die darin bestehen, dass man die Suizidgefährdung des Patienten unterschätzt und sich zu sehr auf den Vertrag verlässt. Um diesen Risiken vorzubeugen, empfiehlt es sich, einen NSV nicht anzuwenden, so lange man sich mit dieser therapeutischen Methode noch nicht vertraut gemacht hat. Letztendlich zeigt das Ergebnis aber, dass die Vorteile überwiegen und dass eine effektive Therapie suizidaler Patienten durch Kombination eines NSV mit anderen Maßnahmen durchgeführt werden kann.

6 Literaturverzeichnis

1. Beck A.T.(1981): Kognitive Therapie der Depression. München, Urban und Schwarzenberg, 1981.
2. Berman A. & Jobes D. (1994): Treatment of suicidal adolescent: In A. Leenaars, J. Maltzberger & R. Neimeyer (Eds.), Treatment of suicidal people (pp. 89-100). Washington, DC: Taylor & Francis.
3. Bongar B. (1991): The suicidal patient: Clinical and legal standards of care: Washington, DC: American Psychological Association.
4. Brent D.A. (1997): Practitioner review: The aftercare of adolescents with deliberate self-harm: Journal of Child Psychology and Psychiatry 1997; 38; 277-286.
5. Bron (1986): Ethische und juristische Aspekte des Suizidproblems. Fortschr. Neurol. Psychiat.; 54; 23-239.
6. Callahan J. (1996): A specific therapeutic approach to suicide risk in borderline clients. Clinical Social Work Journal 1996; 24; 443-459.
7. Clark D.C. (1998): The evaluation and management of the suicidal patient. In P.M: Kleespies (Ed.), Emergencies in mental health practice (pp: 75-94). New York: Guilford.
8. Cox J.-G. (1979): Rehabilitation and the suicidal client. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 1979 Spr; Vol 10(19: 20-22.
9. Davidson M. & Range L. (1997): Practice teacher`s response to a suicidal student. Journal of Social Psychology 1997; 137; 530-532.
10. Davidson M. & Range L. (2000): Age appropriate no-suicide agreements: Professionals` ratings of appropriateness and effectiveness. Education and Treatment of Children 2000; 23; 143-155.
11. Davis S.E., Williams I.S. & Hays L.W. (2002): psychiatric Inpatients`Perceptions of written No-Suicide Agreements: An Exploratory Study . Suicide and Life-Threatening Behavior 2002; 32(1).
12. Dorrman Wolfram (2002), Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2002,

13. Dorrman Wolfram (2005): Pro und Contra von Verträgen bei Patienten in akuten suizidalen Krisen. *Verhaltenstherapie* 2005; 15.
14. Drye R.C., Goulding R.L. & Goulding M.E. (1973): No-suicide decisions: Patient monitoring of suicidal risk. *American Journal of Psychiatry* 1973; 130; 171-174
15. Egan M.P. (1997): Contracting for safety: A concept analysis. *Crisis* 1997; 18; 17-23.
16. Farrow T.L., "No suicide contracts" in community crisis situations: a conceptual analysis, *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 2003, 10 Seiten 199-202
17. Fremouw W.J., Perczel M. & Ellis T.E. (1990): *Suicide risk: Assessment and response guidelines*. New York. Pergamon
18. Goin M. (2003): The "Suicide-Prevention Contract": A dangerous myth. *Psychiatr News* 2003; 38;3.
19. Hipple J. & Cimboric P. (1979): *The counsellor and suicidal crisis*. Springfield, IL: Thomas.
20. Jacobs D.G. (1993): The no-suicide contract. *Forum* 1993; 14:9.
21. Jones R.N. & O'Brien P. (1990): Unique interventions for child inpatient psychiatry. *Journal of Psychosocial Nursing* 1990; 28; 29-31.
22. Jones R.N., O'Brien P. & McMahon W.M. (1993): Contracting to lower precaution status for child psychiatric inpatients: *Journal of Psychosocial Nursing* 1993; 31; 6-10.
23. Kelly K.T. & Knudson M.P. (2000): Are no-suicide contracts effective in preventing suicide in suicidal patients seen by primary care physicians?, *Arch Fam Med*, 2000;9; 1119-1121.
24. Kroll J. (2000): Use of no-suicide contract by psychiatrists in Minnesota. *Am J Psychiatry* 2000; 157; 1684-1686.
25. Mahrer J., Bongar B. (1993): Assessment of suicide risk and the use of no-suicide contract. Chapter from: *Innovations in clinical practice: A source book*, Vol 12 (277-293).

26. Mahrer J.B. & Bongar B. (1993): Assessment and management of suicide risk and the use of no-suicide contracts. *Innovations in Clinical Practice: A source Book*; 12; 277-293.
27. Mahrer J.B. (1993): The use of "no-suicide" contracts and agreements with suicidal patients. *Pacific Graduate School of Psychology* 1993.
28. McLean P. & Taylor S. (1994): Family therapy for suicidal people. *Death Studies* 1994; 18; 409-426.
29. Metzger R. & Wolfersdorf M.G. (1988): Suicides among patients treated in a ward specializing in affective disorders; in Möller H.J., Schmidtke A., Welz R. (eds): *Current Issues of Suicidology*. Berlin, Springer, 1988.
30. Miller L.J. (1990): The formal treatment contract in the inpatient management of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41; 985-987.
31. Miller M.C. (1999): Suicide-prevention contracts: Advantages, disadvantages and an alternative approach. In D.G. Jacobs (ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 463-481). San Francisco: Jossey-Bass.
32. Miller M.C., Jacobs D.G. & Gutheil T. (1998): talisman or taboo: The controversy of the suicide-prevention contract 1998. *Harvard Review of psychiatry*; 6; 78-87.
33. Mishara B.L. & Daigle M.S. (1997): Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology* 1997; 25; 861-885.
34. Nedopil N. (1996): *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. München, Beck, 1996.
35. O'Farrell T.-J., Goodenough D.-S., Cutter H.-S. (1981): Behavioral contracting for repeated suicide attempts: Issues in the treatment of a hospitalized schizophrenic male. *Behavior Modification*. 1981 Apr; Vol 5(2): 255-272.

36. Range L.M., Campbell C., Kovac S.H., Marion-Jones M., Aldridge H., Kogos S., Crump Y. (2002): No-suicide contract: An overview and recommendations. *Death Studies* 2002; 26; 51-74.
37. Reimer C. (Hrsg) (1986): *Psychiatrie der Gegenwart. 2. Krisenintervention – Suizid – Konsiliarpsychiatrie.* Heidelberg, Springer 1986.
38. Rosenthal, H.-G. (1986): The learned helplessness syndrome: Specific strategies for crisis intervention with the suicidal sufferer. *Emotional first Aid: A Journal of Crisis Intervention*, 1986 Sum; Vol 3(2): 5-8.
39. Rotherm M.J. (1987): Evaluation of imminent danger for suicide among youth. *Am. J. Orthopsychiat.*; 57; 102-110.
40. Rotov M. (1970): Death by suicide in the hospital: *Am. J. Psychother.*; 24; 216-227.
41. Rudestan K. (1986): Suicide and the selfless patient. *Psychotherapy Patient* 1986; 2(2); 83-95.
42. Schuldt K.-H. (1980): „Ich werde mich nicht töten...“ Der Einsatz des NSV innerhalb von Beratung und Behandlung; in *Arbeitskreis Leben (AKL) e.V., Schuldt K.-H. (Hrsg): Lebenskrisen: Möglichkeiten der Bewältigung.* Tübingen, Selbstverlag, 1980, Seiten 107-120.
43. Shea S.C. (1999): *The practical art of suicide assessment.* New York 1999, Wiley.
44. Shea S.C. (2002): *The Practical Art of Suicide Assessment, ed. 2.* New York, Wiley, 2002.
45. Simon, Robert I. (1999): The suicide prevention contract: Clinical, legal and risk management issues, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* (1999); 27 (3); 445-450.
46. Stanford E.J., Goetz R.R. & Bloom J.D. (1994): The no harm contract in the emergency assessment of suicidal risk: *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55; 344-348.
47. Szasz T.S. (2003): *Psychiatric Slavery?* *Psychiatr News* 2003; 38:28.
48. Zich J.M. (1984): A reciprocal control approach to the treatment of repeated parasuicide: *Suicide Life-Threat. Behav.*; 14; 36-51.

7. Anhang

7.1. Die verschiedenen Nicht-Suizid-Verträge

7.1.1 Dorrman Wolfram (2002)

Text:

Ich werde bis zur nächsten Sitzung am am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal, was passiert, und egal, wie ich mich fühle.

Erweiterungsmöglichkeit:

In dieser Zeit werde ich die Möglichkeit nutzen, die mir helfen, bei einer Entscheidung für oder gegen mein Leben weiterzukommen.

Wenn ich sicher bin, dass ich alle Möglichkeiten, am Leben zu bleiben und mich vor einer Selbsttötung abzuhalten, ausgeschöpft habe, dann habe ich das Recht, meinen Therapeuten..... anzurufen und um einen Termin zu bitten.

Der Therapeut verpflichtet sich, diesen Termin spätestens am darauf folgenden Werktag einzurichten.

7.1.2 Dorrman Wolfram (2002)

Notfallplan:

Ich bin zu Hause und beschäftige mich nachhaltig mit dem Gedanken, mir etwas anzutun.

Ich schütze mich selbst, indem ich ...

- × mich hinlege und entspanne,
- × 3mal tief einatme,
- × meine Lieblingsmusik auflege,

- × eine Entspannungskassette höre,
- × mich für fünf Minuten vor den Spiegel setze,
- × ein Glas kühles Wasser trinke.

Ich merke, dass ich länger als 10 Minuten über die Methoden nachdenke, mit denen ich mich umbringen könnte.

Ich schütze mich selbst, indem ich...

- × in die Natur oder in die Stadt gehe,
- × einen Dauerlauf mache,
- × ein warmes Bad nehme,
- × in ein Kissen hineinschreie,
- × ins Kino oder in die Sauna oder zum Schwimmen gehe,
- × mit dem Auto fahre, ganz laut Musik höre und mitsinge,
- × einen Friseurtermin für den gleichen Tag vereinbare,
- × einen Massagetermin vereinbare,
- × mich für einige Zeit unter die Dusche stelle.

Ich merke, dass sich meine Gedanken, mich umzubringen, nicht mehr bekämpfe.

Ich schütze mich, indem ich

N.N. anrufe oder zu ihr/ihm gehe

- × die Telefonseelsorge anrufe,
- × meinen Therapeuten oder einen Kollegen in der Praxis anrufe und mir einen Termin geben lasse,
- × zum Arzt gehe und mir Medikamente verschreiben lasse.

7.1.3 Schuldt K.-H. (1980)

Text:

Ich werde mich nicht töten – weder absichtlich noch unabsichtlich.

Ich werde mich nicht absichtlich verletzen und mich vor unabsichtlichen Verletzungen schützen.

Ich werde niemand anderen töten – weder absichtlich noch unabsichtlich.

Ich werde niemand anderen körperlich verletzen.

Ich werde nicht verrückt werden oder verrückt reagieren.

Ich werde mich nicht von Drogen, Tabletten oder Alkohol abhängig machen.

Dieser Vertrag gilt, egal, was passiert oder wie es mir geht, auch wenn ...

Dieser Vertrag gilt bis zum ...

Ich bin verantwortlich für die Einhaltung dieses Vertrages, die Verlängerung oder die Beendigung. Vor Ablauf des Vertrages vereinbare ich einen Termin mit ... oder mit ..., um über die Beendigung oder die Verlängerung des Vertrages zu entscheiden.

7.1.4 Rosenthal H. (1986)

Text:

Ich werde meinen Therapeuten anrufen, wenn ich wieder suizidale Absichten habe.

7.1.5 Cox J.-G. (1979)

Text:

Ich werde mich nicht zufällig oder absichtlich umbringen, bevor ich nicht meinen Therapeuten am ... um... aufgesucht habe.

7.1.6 Egan M. P. (1997)

Text:

Ich verstehe, dass das Erkennen und Artikulieren meiner Gefühle, wenn ich von meinen Gefühlen überfordert bin, dem Personal gegenüber ein wichtiges Ziel meiner stationären Behandlung ist. Damit ich wieder die Kontrolle über meine Gefühle erlangen kann, informiere ich das Personal und befolge die folgenden Strategien:

- × Ich werde mit einem Therapeuten 5 – 15 Minuten über meine Gefühle sprechen.

- × Ich werde 15 - 30 Minuten ruhig in meinem Zimmer verbringen.
- × Ich werde ruhige Musik hören.
- × Ich akzeptiere eine PRN- Medikation.
- × Ich werde eine sichere Bewegungsübung oder eine ähnliche Tätigkeit ausüben.
- × Ich werde 15 Minuten meine Gefühle aufschreiben.
- × Ich werde mit einem Bekannten reden oder einen Freund anrufen.
- × Andere Aktivitäten.

7.1.7 Stanford E. J., Goetz R. R. & Bloom J. D. (1994)

Text:

Egal, was passiert, ich werde mich weder absichtlich noch zufällig umbringen zu irgendeiner Zeit.

7.1.8 Bongar B. (1991)

Text:

Als Teil meines Therapieprogrammes stimme ich, ..., folgenden Vereinbarungen zu:

Ich stimme zu, dass eines meiner Therapieziele ein langes Leben mit mehr Freude und weniger Traurigkeit, als ich jetzt habe, ist.

Ich verstehe, dass suizidal werden, wenn man depressiv oder durcheinander ist, auf dem Weg zu meinen Zielen vorkommen wird. Ich will diese Phasen überwinden. Ich stimme zu, dass der Nutzen der Therapie ist, dass ich bessere Lösungsmöglichkeiten erlerne, um meinen emotionalen Stress zu reduzieren.

Nachdem ich verstehe, dass dies Zeit brauchen wird, stimme ich in der Zwischenzeit zu, dass ich mich nicht umbringen werde zwischen dem heutigen Tag und.....

Wenn ich zu irgendeiner Zeit mich nicht im Stande fühle, suizidalen Impulsen zu widerstehen, rufe ich an.

Mein Therapeut, ..., ist bereit, mir in den geplanten Sitzungen beim Erlernen von konstruktiven Alternativen behilflich zu sein und ist so oft wie nötig in meinen Krisenzeiten für mich da.

Ich stimme zu, dass ich an dem Vertrag festhalte, entweder bis er endet oder bis er mit meinem Therapeuten zusammen beendet wird. Ich verstehe, dass dieser Vertrag verlängerungsmöglich ist oder zum erlischt.

7.1.9 Simon R. I. (1999)

Text:

Wir (Patient und Therapeut) stimmen überein, dass mich anruft, wenn suizidale Gefühle oder Gedanken auftreten. Wenn der Patient unbedingt Hilfe benötigt und seinen Therapeuten nicht erreichen kann, dann verspricht er, in das Krankenhaus zu gehen. Wenn der Patient den Therapeuten zwischen zwei festgelegten Terminen sprechen möchte, dann erklärt sich der Therapeut bereit, diesen Wunsch zu erfüllen.

7.2 Die verschiedenen Fragebogen

7.2.1 Der Fragebogen für Therapeuten

- (01) Ihr Alter? _____ Jahre
- (02) Sind Sie?
 männlich
 weiblich
- (03) Welchen Beruf üben Sie aus?
 Psychologe
 Psychiater
 in der
Weiterbildung
zum Psychiater
- (04) Seit wann? _____
- (05) Welche therapeutische Orientierung haben Sie?
 Verhaltensther.
 tiefenpsycholog.
Orientierung
 humanistische
Orientierung
 Sonstige: _____

Der NSV ist ein Vertrag, in dem der Patient verspricht, dass er in einem festgesetzten Zeitraum keine suizidale Handlung begeht.

- (06) Haben Sie schon suizidale Patienten betreut?
 ja
 nein

- (07) Wenn ja, haben Sie dabei einen solchen Vertrag verwendet? ja
 nein
- (08) Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender? schriftlich
 mündlich
- (09) Sind Sie überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte? ja
 nein
- (10) Wäre ein solcher Vertrag besser für stationär oder für nicht stationär behandelte Patienten geeignet? für stationär behandelte Pat.
 für nicht stationär behandelte Pat.
- (11) Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar? ja
 nein
- (12) Bei welchen Patienten würden Sie einen solchen Vertrag anwenden? _____
- (13) Bei welchen Patienten würden Sie einen solchen Vertrag nicht anwenden? _____

- (14) Sind Sie überzeugt, dass suizidale Menschen den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären? ja
 nein
- (15) Was würden Sie tun, wenn ein Patient einen solchen Vertrag nicht unterschreibt? _____
- (16) Was würden Sie tun, wenn ein Patient den Vertrag unterschreibt, Sie aber glauben, dass er den Vertrag nicht einhalten kann oder will? _____
- (17) Sind Sie überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären? ja
 nein
- (18) Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein? bis zur folgenden Ther.-stunde
 bis zu 1 Woche
 bis zu 2 Wochen
 bis zu 4 Wochen
 bis zu 2 Monate
 bis zu 6 Monate

- (19) Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie
erfolgversprechender?
 Vertrag zw.
Pat und Ther
 Patient schließt
selbst; Ther.
nur als Zeuge
- (20) Welche Alternativen zu einem solchen Vertrag
könnten Sie sich vorstellen? _____
- (21) Ab welchem Alter würden Sie einen solchen Vertrag
bei einem Patienten anwenden? _____ Jahre
- (22) Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag
von einem Suizid abhalten?
 ja
 nein
- (23) Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen
solchen NSV unterschreiben?
 ja
 nein
- (24) Was könnte Sie dazu veranlassen, einen solchen
Vertrag zu unterschreiben? _____
- (25) Was könnte Sie dazu veranlassen, einen solchen
Vertrag nicht zu unterschreiben? _____
- (26) Könnte ein solcher NSV als Schutz
dienen, wenn der Patient seine Gefühle nicht mehr
kontrollieren kann?
 ja
 nein

- (27) Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?
- ja
 nein
- (28) Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Autonomie des Patienten durch einen solchen Vertrag stärken?
- _____
- (29) Wer sollte Ihrer Meinung nach, ein Exemplar des Vertrages erhalten?
- nur der Ther.
 nur der Patient
 beide
- (30) Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?
- ja
 nein
- (31) Warum sind Sie dieser Meinung?
- _____
- (32) Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?
- Hilfe
 Belastung
- (33) Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?
- zusätzl. Schutz
 keine antisuizidale Wirkung

- (34) Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat? ja
 nein
- (35) Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt? ja
 nein
- (36) Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Patient geschaffen werden mit oder ohne einen solchen Vertrag? mit Vertrag
 ohne Vertrag
- (37) Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten darstellt oder dass man den Vertrag als einen Bestandteil der Therapie darstellt? als Sorge um das Wohl des Patienten
 als Bestandteil der Therapie
- (38) Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeiner Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag? allgem. Vertrag
 individ. Vertrag
- (39) Wie weit sollten Wünsche des Patienten in einem solchen Vertrag berücksichtigt werden? _____

- (40) Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten? ja
 nein
- (41) Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten? ja
 nein
- (42) Warum sind Sie dieser Meinung? _____
- (43) Sollten Ihrer Meinung nach, die Ziele der Therapie festgehalten werden? ja
 nein
- (44) Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen? ja
 nein
- (45) Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben? ja
 nein
- (46) Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Therapeut und Patient für die Einhaltung des Vertrages? _____
- (47) Sollte man die Art der Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Vertrag beschreiben? ja
 nein

- (48) Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte? ja
 nein
- (49) Wenn ja, welche Strategien würden Sie vorschlagen und in welcher Reihenfolge sollte der Patient diese wahrnehmen? _____
- (50) Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen? ja
 nein
- (51) Würden Sie Ihrem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann? ja
 nein
- (52) Warum sind Sie dieser Meinung? _____
- (53) Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat? ja
 nein
- (54) Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf positive/negative Konsequenzen bei Erfüllung/ Nichterfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich? ja
 nein
- (55) Wenn ja, welche Art von Konsequenzen würden Sie ziehen? _____

- (56) Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde? ja
 nein
- (57) Warum sind Sie dieser Meinung? _____
- (58) Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein. Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen? ja
 nein
- (59) Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen? ja
 nein
- (60) Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten? ja
 nein
- (61) Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapien sehen? eigenständig
 nur in Kombin.
- (62) Welche Chancen bietet ein NSV Ihrer Meinung nach in der Therapie? _____

(63) Welche Risiken sind Ihrer Meinung nach bei der Anwendung eines NSVes zu beachten? _____

(64) Würden Sie als Therapeut einen NSV anwenden?
 ja
 nein

7.2.2 Der Fragebogen für Patienten und Bevölkerung

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich. Bearbeiten Sie alle Fragen, vor allem die Fragen, bei denen Sie Ihre Antwort in eigene Worte fassen. Wenn Ihnen die vorgegebenen Antworten nicht zusagen, haben Sie in manchen Fällen die Möglichkeit, eine eigene Antwort zu geben. Sonst wählen Sie bitte die Antwort aus, die Ihnen am ehesten zusagt. Falls keine Vorgabe in der Frage gemacht wird, kreuzen Sie bitte nur eine Antwortmöglichkeit an. Bitte überdenken Sie jede Ihrer Antworten kurz und antworten dann spontan.

Geben Sie bitte Ihre Anfangsbuchstaben vom Namen und Ihr Geburtsjahr als Code an.

z.B. Elise Mayer 11.9.1957 : EM1957 Ihre Codenummer: _____

(01) Ihr Alter? _____ Jahre

(02) Sind Sie?
 männlich
 weiblich

(03) Welchen Schulabschluss haben Sie?
(Bitte höchsten Abschluss angeben)
 Hauptschule
 Realschule
 Fachabitur
 Abitur
 Sonstiges: _____

- (04) Sind Sie berufstätig? ja
 nein
- (05) Wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus? _____
- (06) Ihr Familienstand? ledig
 verheiratet
 geschieden
 wieder verheir.
 verwitwet
- (07) Seit wann? _____
- (08) Wie leben Sie? alleine
 Familie/
Lebensgemein.
 Institution/
Einrichtung
- (09) Seit wann? _____
- (10) Leben Sie in einer Partnerschaft? ja
 nein
- (11) Wenn ja, in welcher Art von Partnerschaft? anderes Geschl.
(heterosexuell)
 gleiches Geschl.
(homosexuell)
- (12) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja
 nein
- (13) Wenn ja, welche? _____

- (14) Hatten Sie schon einmal ein Problem mit Drogen? ja
 nein
- (15) Wie viel Alkohol trinken Sie
ungefähr täglich? _____
- (16) Wie viele Zigaretten rauchen Sie in etwa
in einer Woche? _____
- (17) Haben Sie zur Zeit ernsthafte berufliche Probleme? ja
 nein
- (18) Haben Sie zur Zeit ernsthafte finanzielle Probleme? ja
 nein
- (19) Haben Sie zur Zeit ernsthafte gesundheitliche
Probleme? ja
 nein
- (20) Wie fühlen Sie sich momentan? [ausgedrückt in einer
Skala von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)] _____
- (21) Gibt es Menschen außerhalb Ihrer Familie, mit
denen Sie offen über Ihre Probleme reden können? ja
 nein
- (22) Gibt es familiäre Probleme, die Sie sehr belasten? ja
 nein

- (23) Fühlen Sie sich zur Zeit in Ihrer Partnerschaft wohl? ja
 nein
 kein Partner
- (24) Waren sie schon einmal in psychiatrischer
Behandlung? ja
 nein
- (25) Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer
Behandlung? ja
 nein
- (26) Glauben Sie an Gott oder an ein höheres Wesen? ja
 nein
- (27) Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod? ja
 nein
- (28) Wie wurden Sie zum ersten Mal in Ihrem Leben
mit dem Thema „Selbsttötung“ konfrontiert? Presse, Film,
Fernsehen
 Bekanntenkreis
 Verwandtschaft
 Familie

- (29) Welche Gefühle hatten Sie dabei?
(mehrere Antworten möglich) Angst
 Trauer
 Frage nach Motiv
 Unverständnis
 Gleichgültigkeit
 Zustimmung

- Motiv zur Nachahmung
- _____

- (30) Hatten Sie selbst schon einmal darüber nachgedacht, sich selbst das Leben zu nehmen?
- ja
 - nein

Wenn Sie die Frage (30) mit NEIN beantwortet haben, fahren Sie bitte mit der Frage (50) fort.

- (31) Wann traten solche Gedanken auf? _____

- (32) Hatten sich Ihnen solche Gedanken aufgedrängt?
- ja
 - nein

- (33) Wie weit waren Sie in Ihren Gedanken gegangen?
- Wunsch nach Ruhe/Pause
 - Sehnsucht nach dem Tod
 - Gedanken, sich das Leben zu nehmen
 - Absicht, sich das Leben zu nehmen
 - Vorbereiten der Handlung
 - _____

(34) Wie sind Sie damals mit solchen Gedanken umgegangen?

- ich hatte Angst
- ich war entsetzt
- ich war hilflos
- diese Gedanken haben mich überfordert
- ich habe Sie verdrängt
- sie haben sich in mir festgesetzt
- diese Gedanken waren mir gleichgültig
- ich habe Hilfe gesucht
- _____

(35) Denken Sie momentan daran, sich das Leben nehmen zu wollen?

- ja
- nein

(36) Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?

- ja
- nein

Wenn Sie die Frage (36) mit NEIN beantwortet haben, fahren Sie bitte mit der Frage (50) fort.

- (37) Was hatte Sie dazu veranlasst, sich das Leben nehmen zu wollen?
- „nicht mehr leben wollen“
 - Tod eines nahe-
stehenden
Menschen
 - berufl. Probleme
 - finanz. Probleme
 - private Probleme
 - gesund. Probl.
 - Alter
 - Schuldgefühle
 - _____
- (38) War die Handlung eher langfristig geplant oder war es eher eine Kurzschlussreaktion?
- langfrist. Planung
 - Kurzschlussrkt.
- (39) Hatten Sie einen Abschiedsbrief verfasst?
- ja
 - nein
- (40) Welche Methode hatten Sie gewählt?
- _____
- (41) Warum hatten Sie diese Methode gewählt?
- ich dachte, Sie
Sei todsicher
 - ich dachte, Sie
sei schmerzfrei
 - ich dachte, es
wäre keine
andere Person
beteiligt

- ich dachte, Sie sei schnell
- ich dachte, Sie errege Aufmerksamkeit
- _____

(42) Wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

- Angst
- Trauer
- Überforderung
- Bevormundung
- Ablehnung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- Achtung
- Bewunderung
- Hilfe gesucht
- _____

(43) Wie kamen Sie mit diesen Reaktionen zurecht? _____

(44) Wollten Sie etwas in Ihrem Umfeld bewirken, dadurch dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

- ja
- nein

(45) Hatte sich Ihr Umfeld so verändert, wie Sie es beabsichtigt hatten?

- ja
- nein

- 46) Was hatten Sie sich dadurch erhofft, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?
- Frieden/Ruhe
 - Hilferuf
 - keine Probleme mehr
 - Tod
 - mehr Zuwendung
 - _____
- (47) Wie denken Sie heute über Ihre damaligen Absichten, sich das Leben nehmen zu wollen?
- _____
- (48) Würden Sie es wieder tun?
- ja
 - nein
- (49) Wenn ja, warum würden Sie es wieder tun?
- _____
- (50) Welchen Begriff bringen Sie mit dem Tod in Verbindung?
- Ruhe/Frieden
 - keine Probl. mehr
 - Erlösung
 - Ende
 - Übergang
 - _____
- (51) Haben Sie Angst vor dem eigenen Tod ?
- ja
 - nein
- (52) Haben Sie Angst vor dem Tod nahestehender Menschen?
- ja
 - nein

- (53) Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht sich das Leben zu nehmen? ja
 nein
- (54) Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen Menschen, der sich das Leben nehmen will, davon abzuhalten? ja
 nein
- (55) Welche Lebensereignisse könnten Sie momentan dazu veranlassen, dass Sie daran denken würden, sich das Leben nehmen zu wollen? „nicht mehr leben wollen“
 Tod eines nahestehenden Menschen
 berufl Probleme
 finanz. Probleme
 private Probleme
 gesundh. Probl.
 Alter
 Schuldgefühle

- (56) Was könnte Sie dazu veranlassen, dass Sie eine Handlung tun würden, um sich das Leben zu nehmen? _____
- (57) Wofür lohnt es sich zu leben? _____

Stellen Sie sich vor, dass Sie sich das Leben nehmen wollten. Sie befinden sich gerade in therapeutischer Behandlung. Ihr Therapeut möchte mit Ihnen einen Vertrag abschließen, in dem Sie ihm versprechen, sich bis zur nächsten Therapiestunde nicht das Leben zu nehmen.

- (58) Haben Sie schon einmal einen solchen Vertrag unterschrieben? ja
 nein

Wenn Sie die Frage (58) mit NEIN beantwortet haben, fahren Sie bitte mit der Frage (63) fort.

- (59) Wenn ja, könnten Sie kurz zusammenfassen, wie Ihr Vertrag ausgesehen hat? _____

- (60) Haben Sie sich an den Vertrag gebunden gefühlt? ja
 nein

- (61) Hat Ihr Vertrag Sie zum Weiterleben bewogen? ja
 nein

- (62) Welche Rolle hat Ihr Vertrag damals in Ihrer Therapie eingenommen? _____

- (63) Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben? ja
 nein

- (64) Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann? ja
 nein

- (65) Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?
- Vertrag zw. Pat und TH
 - Patient schließt Vertrag mit sich selbst; Therapeut nur als Zeuge
- (66) Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?
- ja
 - nein
- (67) Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?
- ja
 - nein
- (68) Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?
- Rücksicht TH
 - Zufriedenstellung des TH
 - Vertrauen in die Zukunft
 - Vertrauen in den Vertrag
 - _____
- (69) Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?
- Zweifel am Sinn des Vertrages
 - Absich. des TH
 - Zweifel am Sinn des Lebens
 - _____

- (70) Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?
 schriftlich
 mündlich
- (71) Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?
 allgemein
 individuell
- (72) Sollte man Ihrer Meinung einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?
 handschriftlich
 Vertragsvorlage
- (73) Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurzgefassten Vertrag?
 ausführlich
 kurz
- (74) Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?
 ja
 nein
- (75) Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?
 ja
 nein
- (76) Sollte in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?
 ja
 nein

- (77) Wenn ja, welche Verhaltensweise könnte Ihnen am besten helfen? _____
- (78) Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden? ja
 nein
- (79) Wenn ja, welche wären bei Ihnen hilfreich? _____
- (80) Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festhalten werden? ja
 nein
- (81) Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein? ja
 nein
- (82) Glauben Sie, dass Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären? ja
 nein
- (83) Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären? ja
 nein
- (84) Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat? ja
 nein

- (85) Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?
 Sicherheit
 Belastung
- (86) Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?
 Sicherheit
 Belastung
- (87) Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?
 weiter. Hindernis
 egal
 Anregung, sich das Leben zu nehmen
- (88) Wie könnte man Sie in einer Krise auf jeden Fall vom Leben überzeugen?

7.3 Abbildungen

7.3.1 Abbildung aller Fragen bei Psychiatern, Psychologen und Studenten der Medizin und Psychologie im Vergleich

Die Aufteilung erfolgt in Untergruppen:

- × Psychiater (n=40)
- × Psychologen (n=49)
- × Medizinstudenten (n=50)
- × Psychologiestudenten (n=23)

1. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

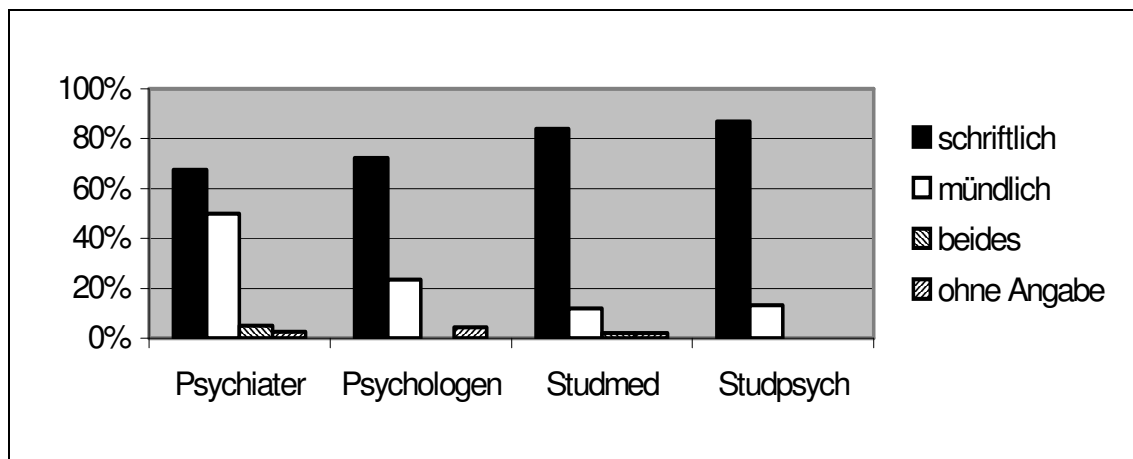


Abbildung 1

2. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

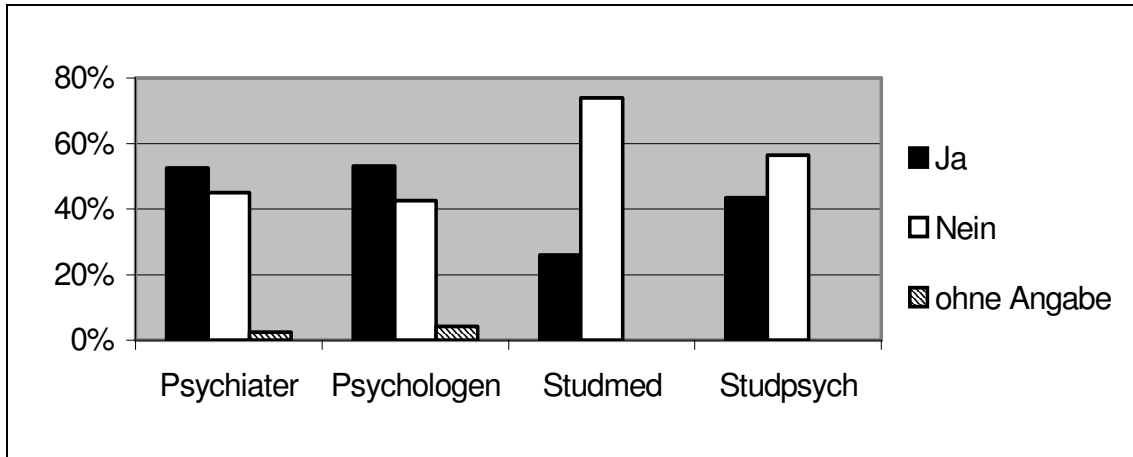


Abbildung 2

3. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder für nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

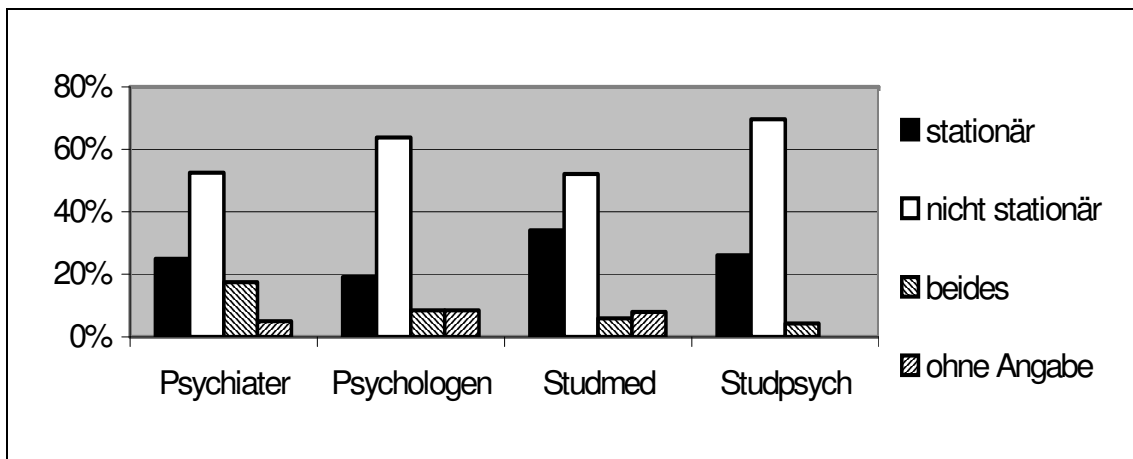


Abbildung 3

4. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

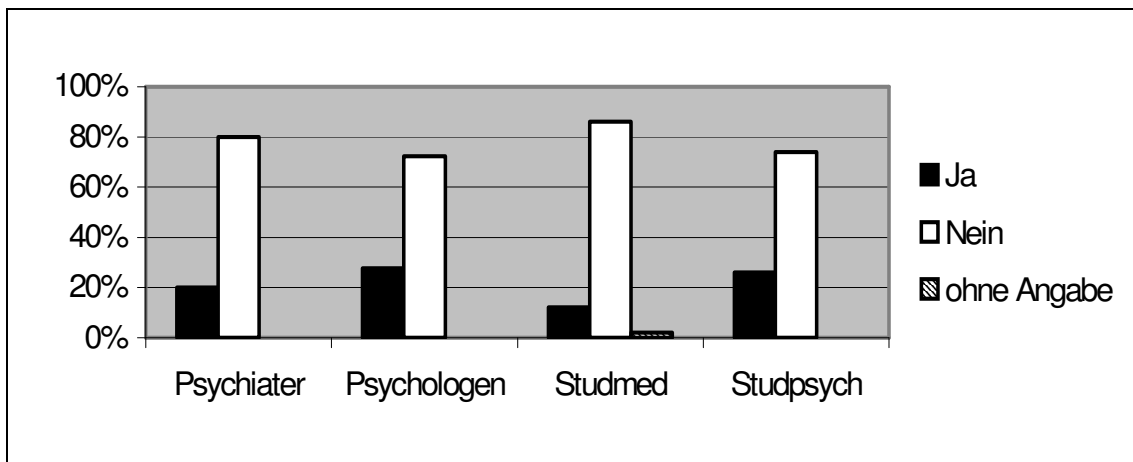


Abbildung 4

5. Bei welchen Patienten ist ein solcher Vertrag anwendbar?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Depressive P.	Depression- Borderline	Ohne Angabe	Ohne Angabe
Absprachefähige P.	Ohne Angabe	Depressive P.	Suizidale P. Jugendliche
Borderline Persönlichkeitsstörungen	Vertragsfähige P.	Akute Suizidalität	Kinder

Abbildung 5

6. Bei welchen Patienten ist ein solcher Vertrag nicht anwendbar?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Psychotiker	Psychotiker	Ohne Angabe	schwere Depressionen
Akut suizidale P.	Schwere Depressionen	Psychotiker	Pat. mit konkretem Suizidplan
Ohne Angabe	Akute suizidale P.	(nicht) akute suizidale P., Schwere Depressionen, Unzuverlässige P.	Ohne Angabe

Abbildung 6

7. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

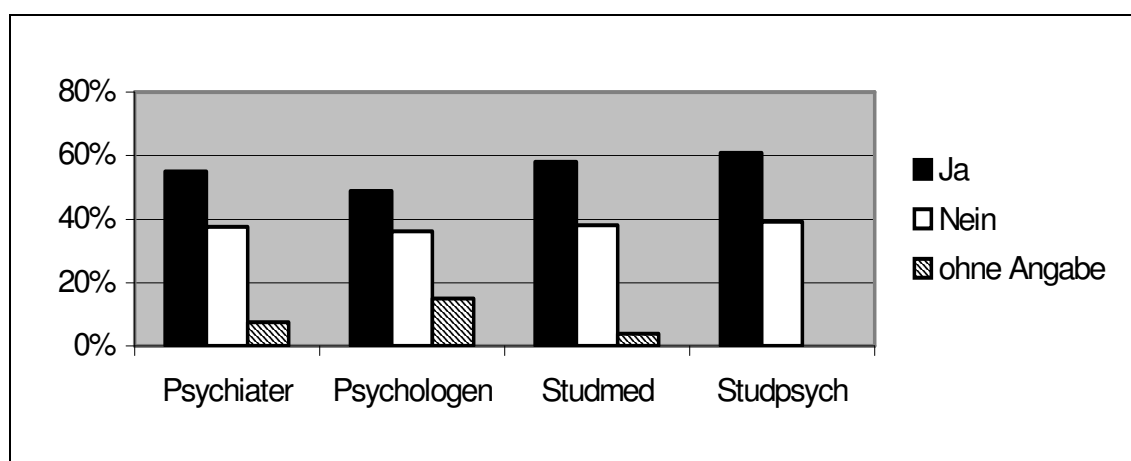


Abbildung 7

8. Was würden Sie tun, wenn ein Patient einen solchen Vertrag nicht unterschreibt?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Akut: Klinikeinweisung	Akut: Klinikeinweisung	Akut: Klinikeinweisung	Akut: Klinikeinweisung
Einweisung in geschlossene Abteilung	Erklärung vom Patienten verlangen	Ohne Angabe	Besprechen, darüber reden
Ohne Angabe	Einweisung in geschlossene Abteilung	Akzeptieren Keinen Zwang ausüben	Mündliche Vereinbarung (Händedruck)

Abbildung 8

9. Was würden Sie tun, wenn ein Patient den Vertrag unterschreibt, Sie aber glauben, dass er den Vertrag nicht einhalten kann oder will?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Stationär behandeln, einweisen	Stationär behandeln, einweisen	Stationär behandeln, einweisen	Ansprechen, darüber reden
Wachsaal	Ansprechen, darüber reden	Ohne Angabe	Ohne Angabe
Vertrag lösen	Kein Vertrag, Vorsorgemaßnahmen	Darüber reden, überwachen	Ohne Angabe

Abbildung 9

10. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise verträglich wären?

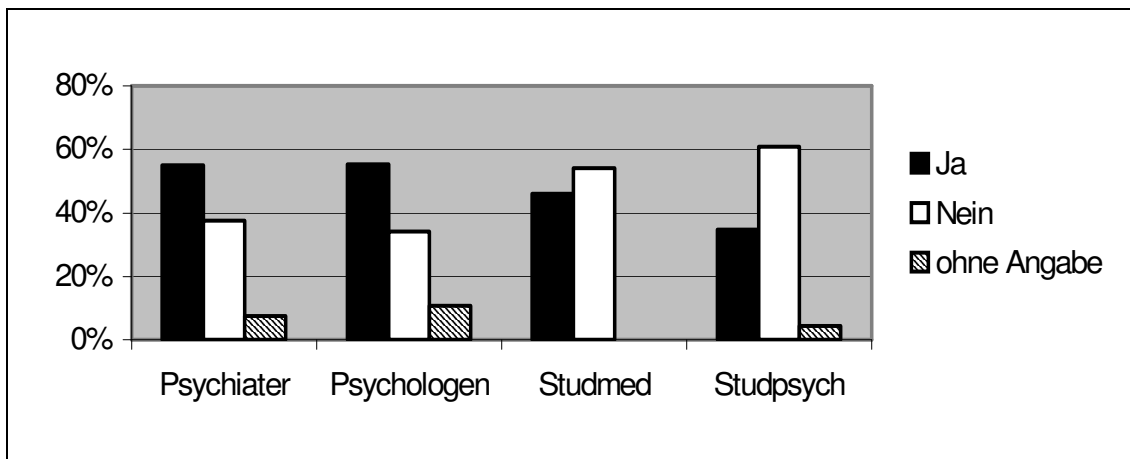


Abbildung 10

11. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

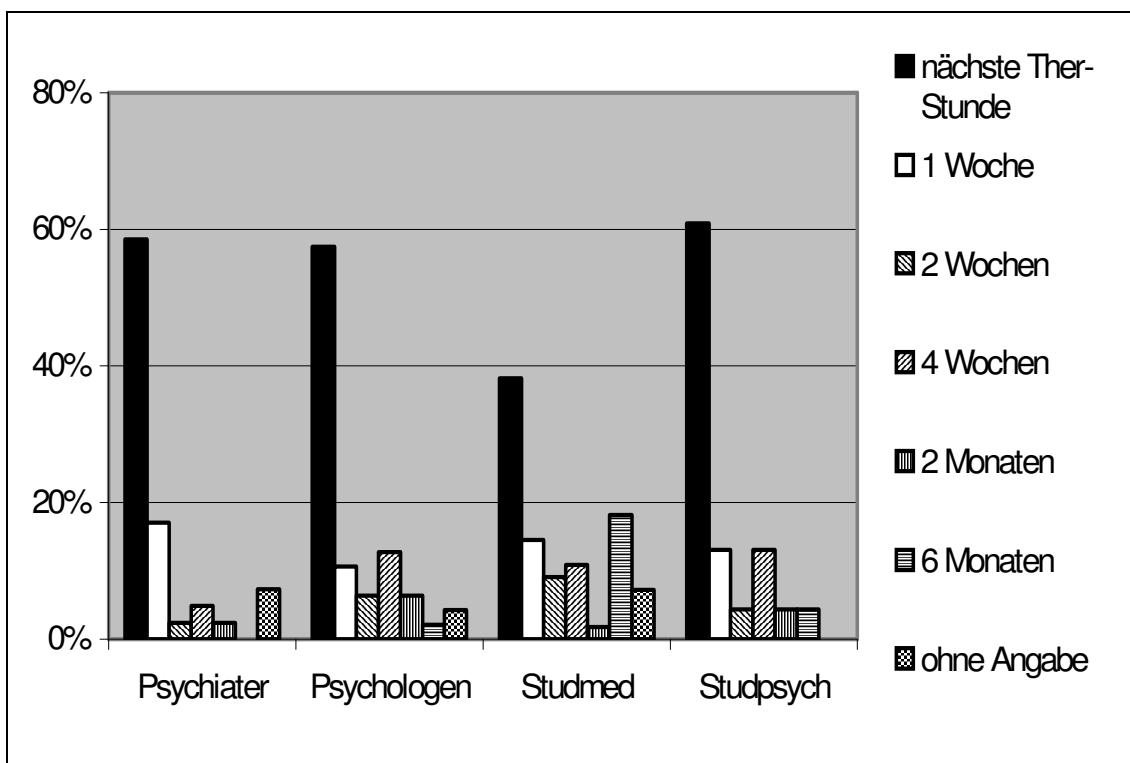


Abbildung 11

12. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

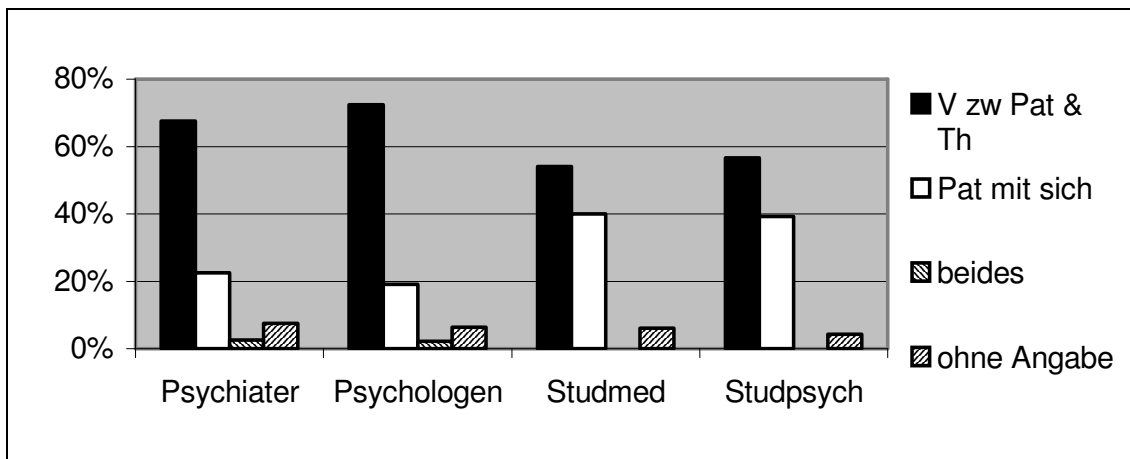


Abbildung 12

13. Welche Alternativen zu einem solchen Vertrag könnten Sie sich vorstellen?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Mündliche Absprache	Ohne Angabe	Ohne Angabe	Ohne Angabe
Ohne Angabe	Mündliche Absprache	Telefonkontakt in Krise	Mündliche Absprache
enger/täglicher Kontakt	Krisenplan, Enger/täglicher Telefonkontakt, Krisentelefon	Mündliche Absprache	Keine

Abbildung 13

14. Ab welchem Alter würden Sie einen solchen Vertrag bei einem Patienten anwenden?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ab 18	Ab 18	Ab 14	Ab 16
In jedem Alter	Ab 16	Ab 20	Ab 14
Ab 16 Ab 14	Ab 14	In jedem Alter Ab 18 Ab 16	In jedem Alter Ab 15 Ab 25

Abbildung 14

15. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag von einem Suizid abhalten?

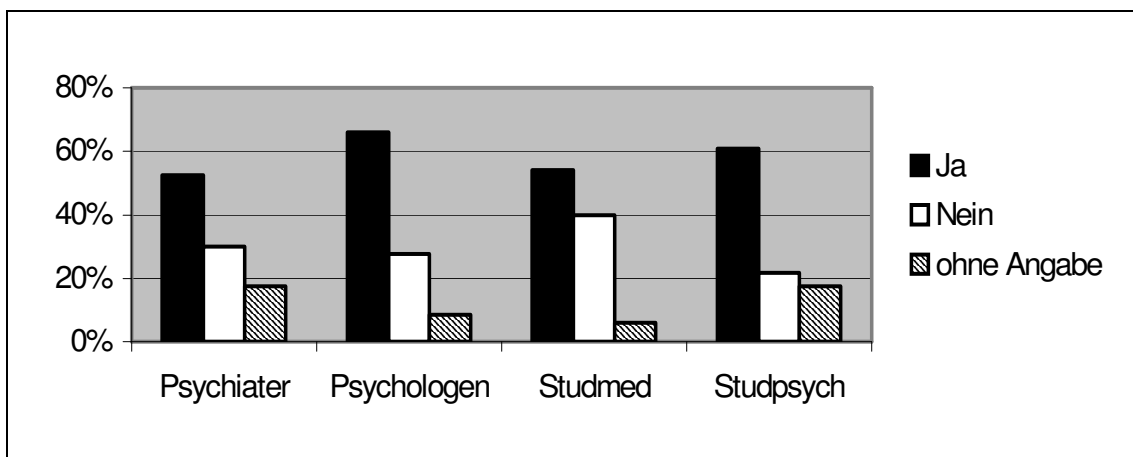


Abbildung 15

16. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen Nicht-Suizid-Vertrag unterschreiben?

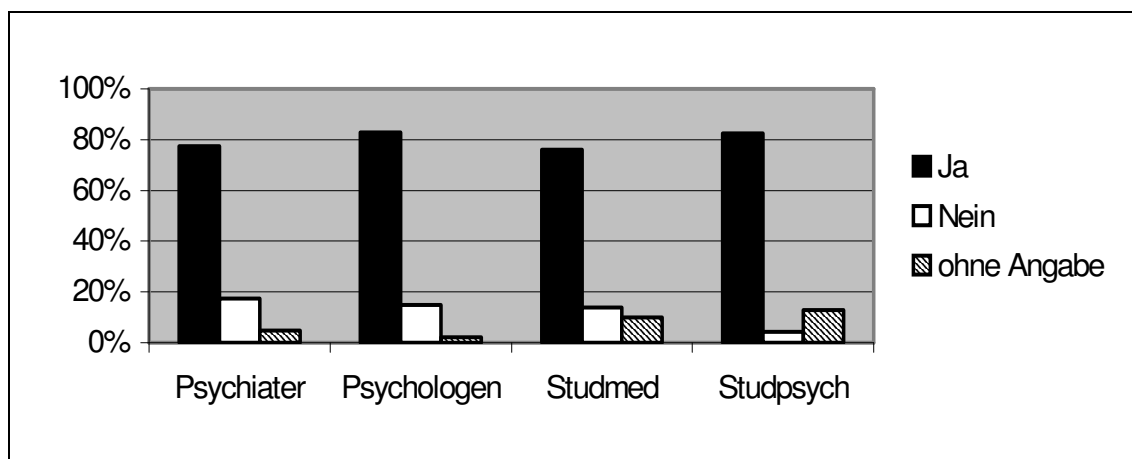


Abbildung 16

17. Was könnte Sie dazu veranlassen, einen solchen Vertrag zu unterschreiben?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Gute Beziehung zum Partner/Therapeut	Ohne Angabe	Vertrauen in den Therapeuten
Gutes therapeutisches Bündnis	Vertrauensverhältnis eingehen	Hoffnung auf Hilfe	Schutz vor Suizid (als Hindernis)
Vertrauensverhältnis eingehen	Verbindlichkeit Therapeut	Um Ruhe zu haben	Ohne Angabe

Abbildung 17

18. Was könnte Sie dazu veranlassen, einen solchen Vertrag nicht zu unterschreiben?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Person des Vertrauens	Ohne Angabe	Wissen über Nichteinhaltung
Misstrauen, Feindseeligkeit	Konkrete Suizidabsicht	Konkrete Suizidabsicht	Ohne Angabe
Person des Vertrauens, Nichts	Angst der Nichteinhaltung, Bedrängt werden, schlechter Kontakt zu Therapeuten	Kein Vertrauen, Trotz, Starrsinn	Angst vor Nichteinhalten, Misstrauen, Starker Todeswunsch, Starker Druck von außen (TH)

Abbildung 18

19. Könnte ein solcher Nicht-Suizid-Vertrag als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

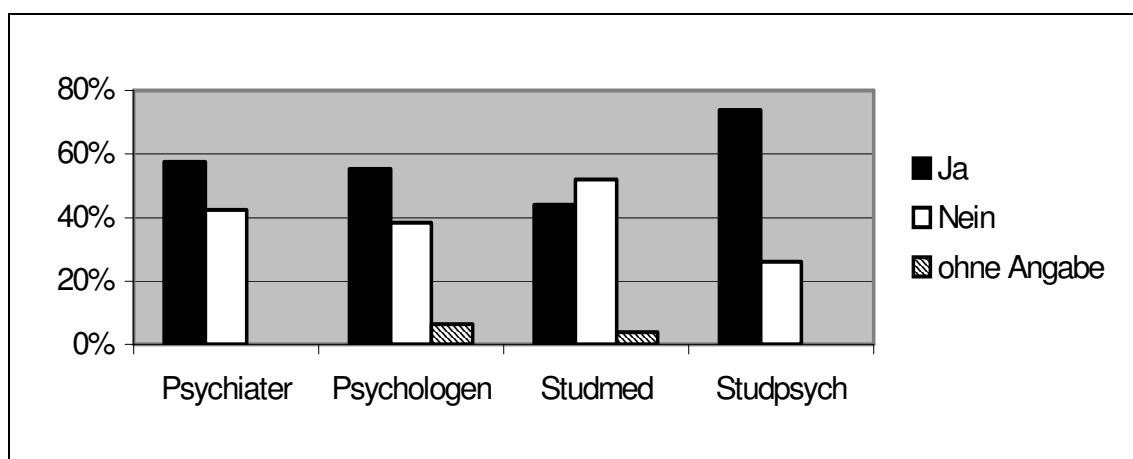


Abbildung 19

20. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

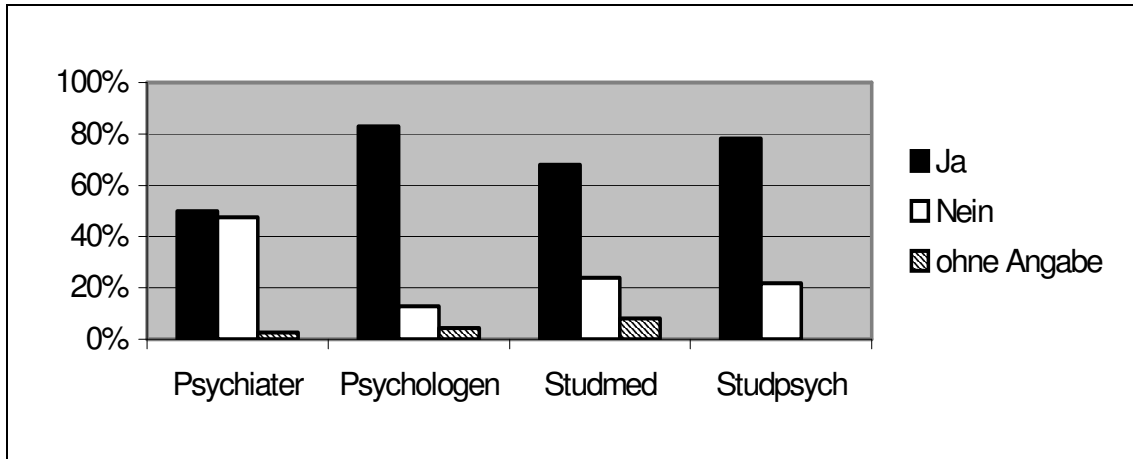


Abbildung 20

21. Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Autonomie des Patienten durch einen solchen Vertrag stärken?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	selbst Verantwortung übernehmen	Ohne Angabe	Ohne Angabe
Gar nicht	Ohne Angabe	Vertrag mit sich	Entscheidungsfreih.
Selbst Verantwortung übernehmen	Diskussion über Suizid (pro/contra)	Ohne Angabe	Bedingungen selbst formulieren lassen, selbst Verantwortung übernehmen, Selbstverpflichtung= erhöhte Selbstwirksamkeit, konkr. zu befolg. Schritte

Abbildung 21

22. Wer sollte Ihrer Meinung nach ein Exemplar des Vertrages erhalten?

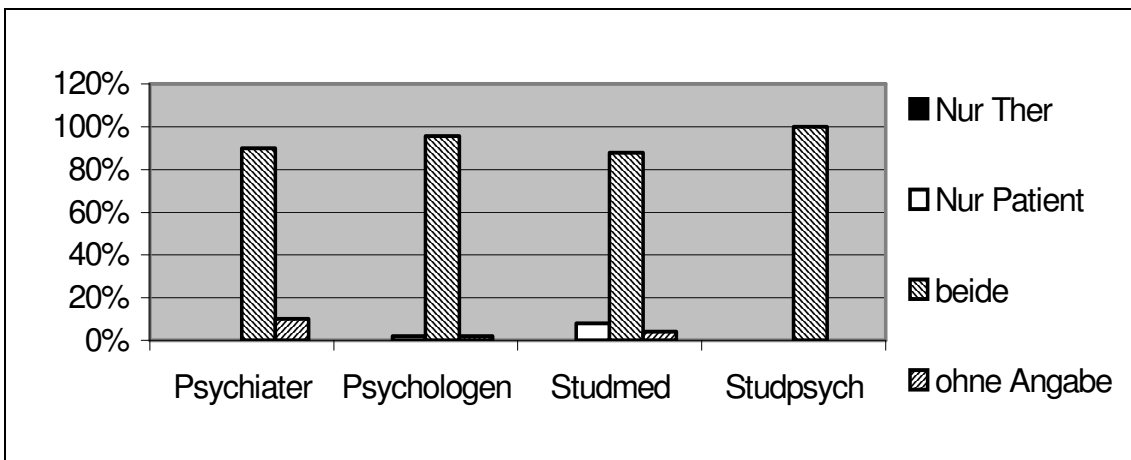


Abbildung 22

23. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

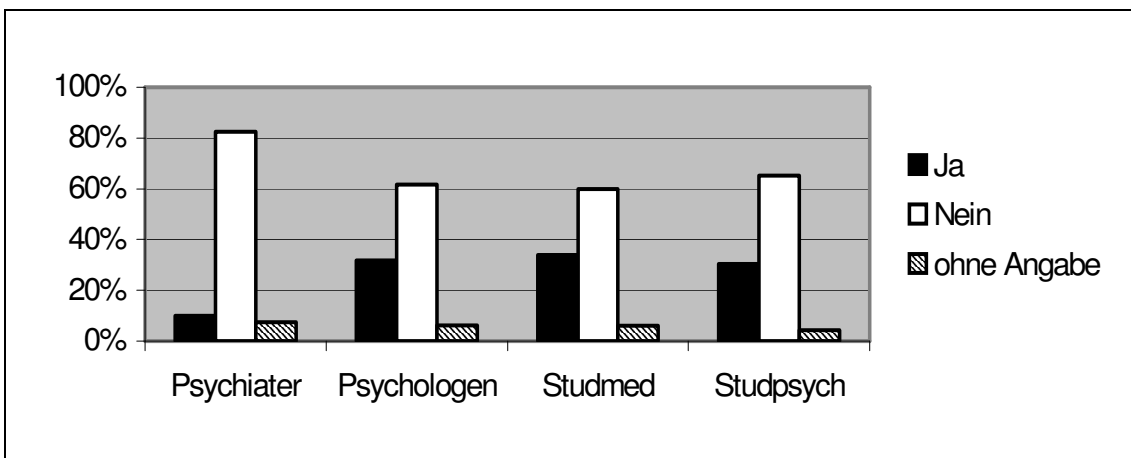


Abbildung 23

24. Warum Sind Sie dieser Meinung?

Ja, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Erinnerung (höhere Wirksamkeit)	Höhere Wirksamkeit	Ohne Angabe	Kann in Not darauf zurückgreifen
Erhöhte Verbindlichkeit, Verantwortung, Vergewisserung, Pat. kann nachlesen	Patient selbst bestimmt	Kann in Not darauf zurückgreifen	Autonomie
	Verantwortung	Schlechtes Gewissen	Erinnerung (höh. Wirksam- keit) für Pat. wichtiger, Kein Druck

Abbildung 24

Nein, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Vertrag ist Vertrag	Rechtl. Absi- cherung für Th.	Vertrag sonst leugenbar	Vertrag sonst leugenbar
Rechtliche Absicherung für den Therapeuten	Bei 2 Exemplaren ist der Vertrag bedeutungsvoller	Ohne Angabe	Erhöhte Verbindlichkeit
Erhöhte Verbindlichkeit	Beide beteiligt	Größere Bindung	Rechtl. Absi- cherung für Th, Beide beteiligt

Abbildung 25

25. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

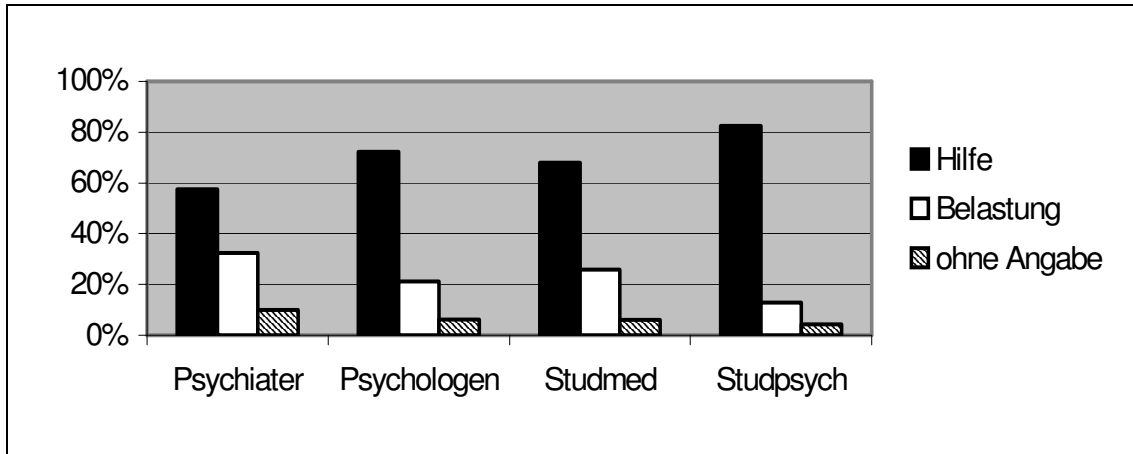


Abbildung 26

26. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?

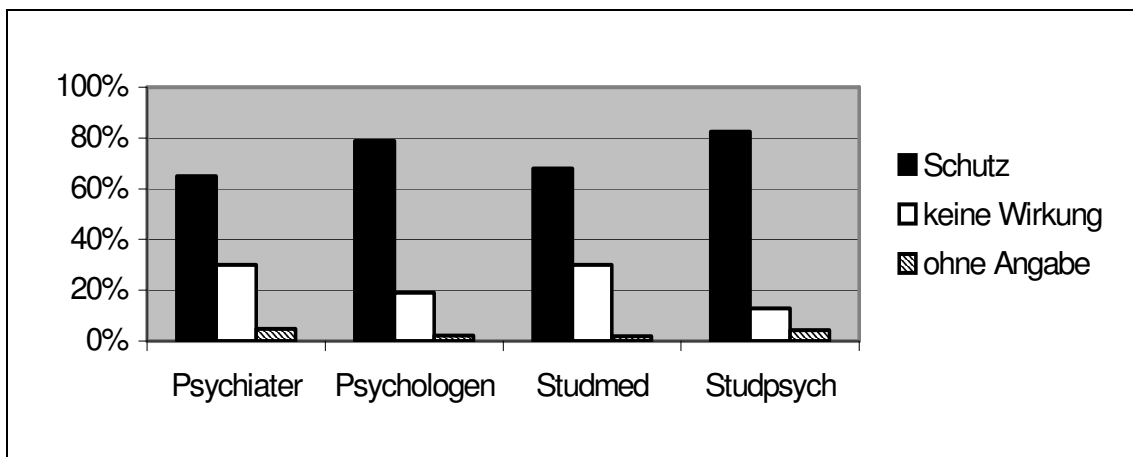


Abbildung 27

27. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

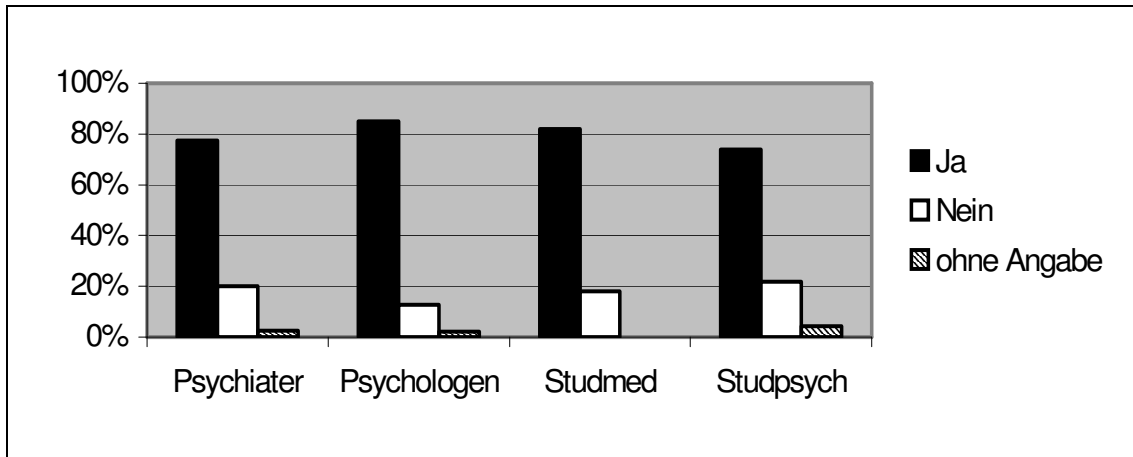


Abbildung 28

28. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

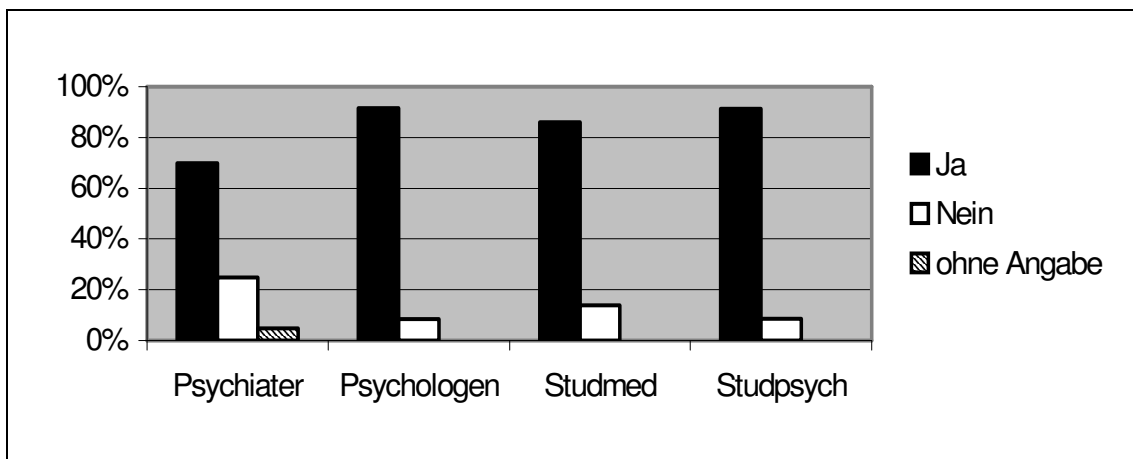


Abbildung 29

29. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

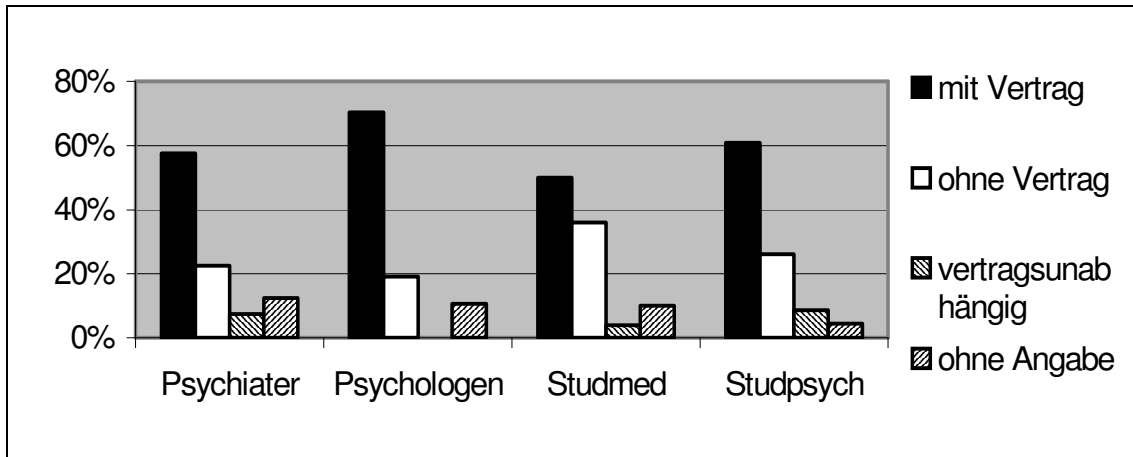


Abbildung 30

30. Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten darstellt oder dass man den Vertrag als einen Bestandteil der Therapie darstellt?

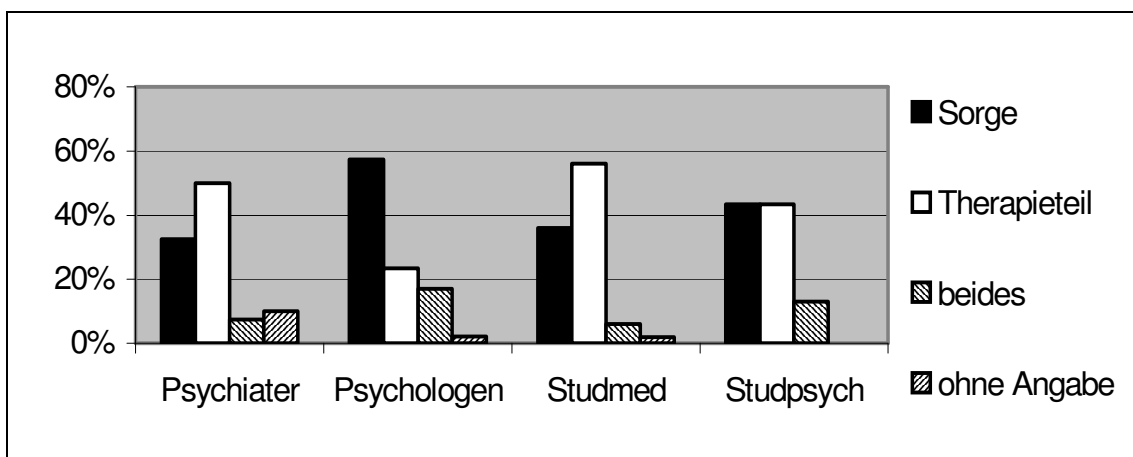


Abbildung 31

31. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

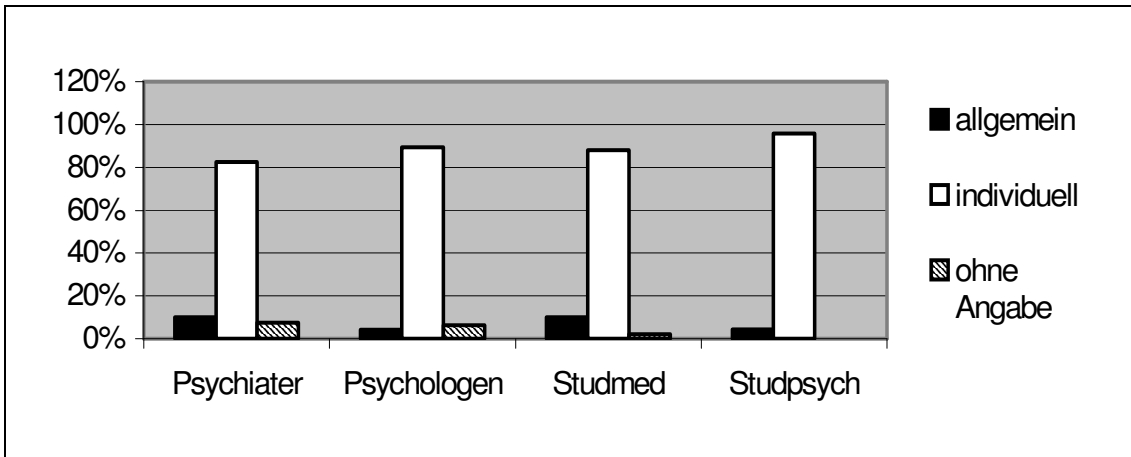


Abbildung 32

32. Wie weit sollten die Wünsche des Patienten in einem solchen Vertrag berücksichtigt werden?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Immer soweit als möglich	Ohne Angabe	Soweit wie möglich
Nur bezügl. der Dauer	Nur bezügl. der Dauer	Soweit wie möglich	So weit, wie es sinnvoll ist
Gar nicht	Stärkung der Autonomie	Gar nicht	Gar nicht

Abbildung 33

33. Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

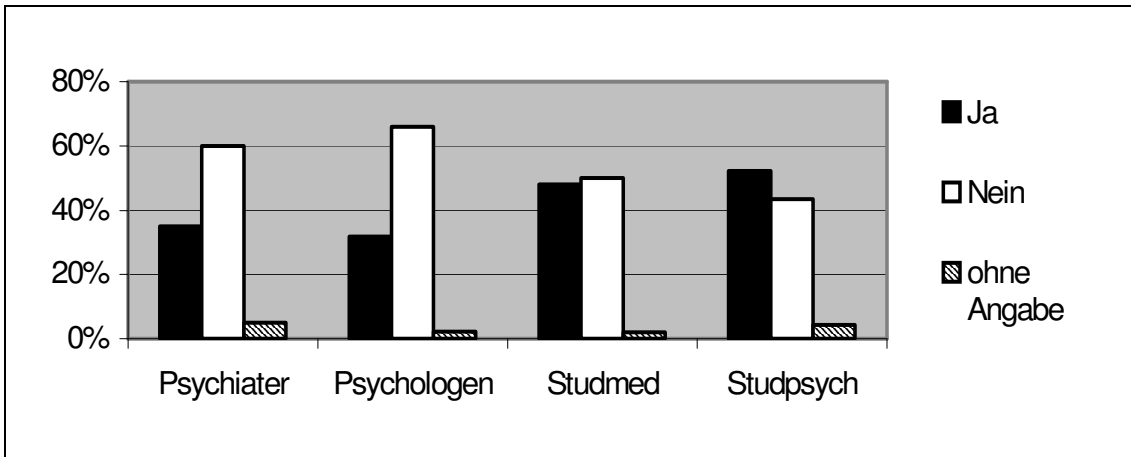


Abbildung 34

34. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

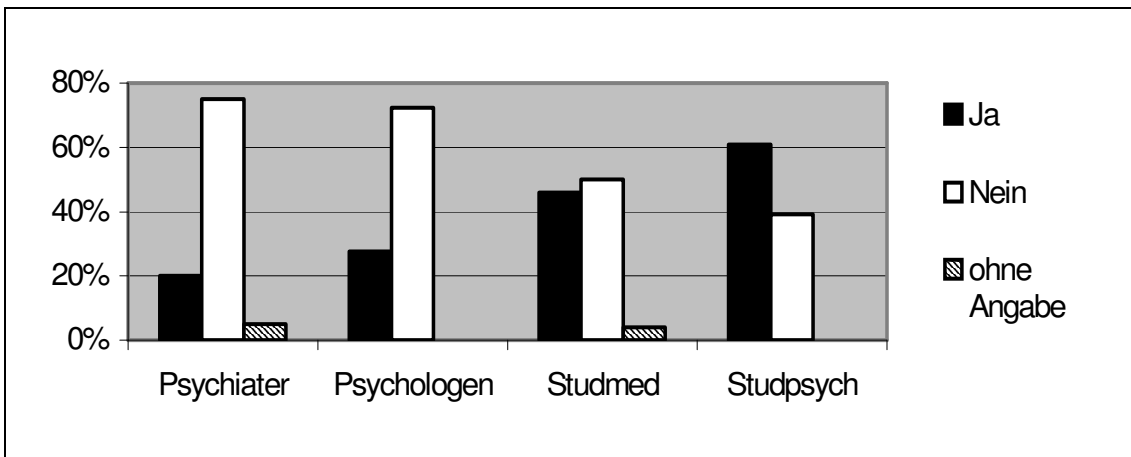


Abbildung 35

35. Warum sind Sie dieser Meinung?

Ja, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Erfolge sichtbar für Pat.,	Ohne Angabe	Ohne Angabe	Fortschritte/Erfolg sichtbar für Pat
Pat. wird ernst genommen,	Fortschritte sichtbar für Pat	Fortschritte sichtbar für Pat	Verbesserung als Motivation
Identifikation, Ermutigung, falls positiv, Sinn für Vertrag, Schritte erkennbar machen, Motivation	Verlauf nachvollziehbar	Orientierung/Info für den Pat	Perspektiven

Abbildung 36

Nein, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Unnötig	Unnötig	Unnötig	unnötig
Kurze, klare Formulierungen des Vertrages	Kurze, klare Formulierungen des Vertrages	Kurze, klare Formulierungen des Vertrages	Vertrag ist spezifisch, Kein Therapie-
Kein Therapievertrag	Soll nur Suizid verhindern, Kann man extern in einem zusätzl. Vertrag fixieren	Verlauf nur bedingt planbar, Fixierung auf negatives	bericht, Vertrag überdauernd (keine Momentaufnahme), Negativer Verlauf als Grund für Suizid, Einlassen auf Therapie, Wichtig ist nur der Patient

Abbildung 37

36. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

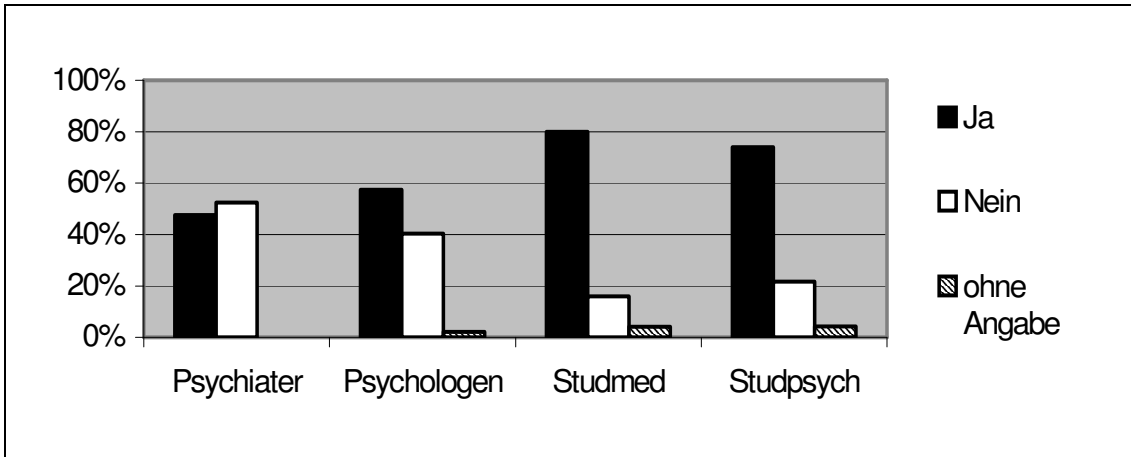


Abbildung 38

37. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

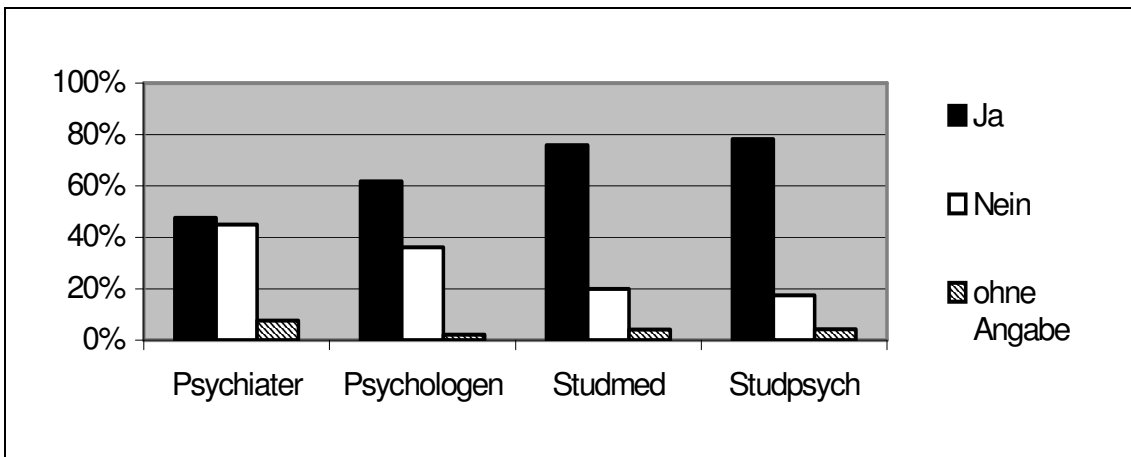


Abbildung 39

38. Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben?

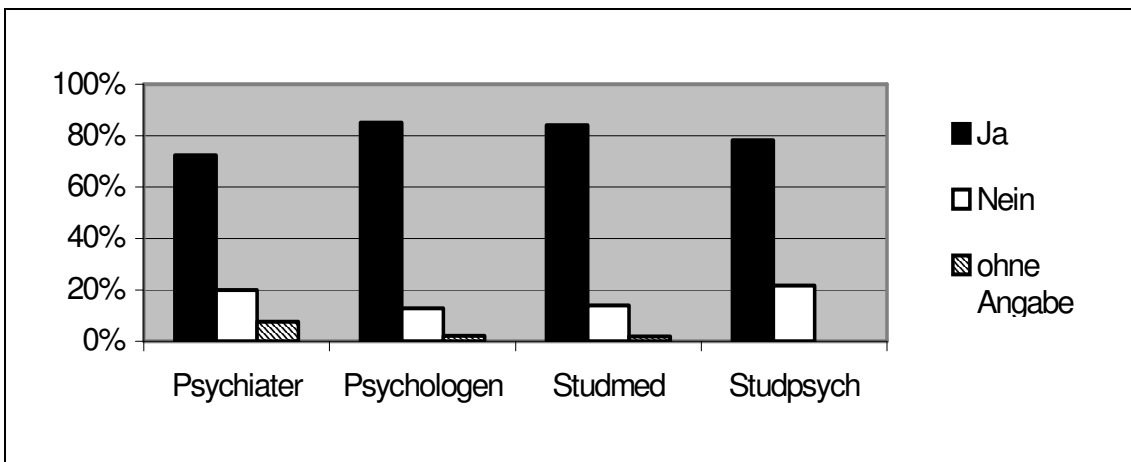


Abbildung 40

39. Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten für die Einhaltung des Vertrages?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Wesentlich, grundlegend, zentral	Große Rolle	Große Rolle	Wesentlich, zentral, entscheidend
Sehr wichtig	Sehr wichtig	Ohne Angabe	Vertrauen ist wichtig
wichtig	Wesentlich, grundlegend, zentral	Sehr große Rolle	Große Rolle, Starke Vertrauensbasis

Abbildung 41

40. Sollte man die Art der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten im Vertrag beschreiben?

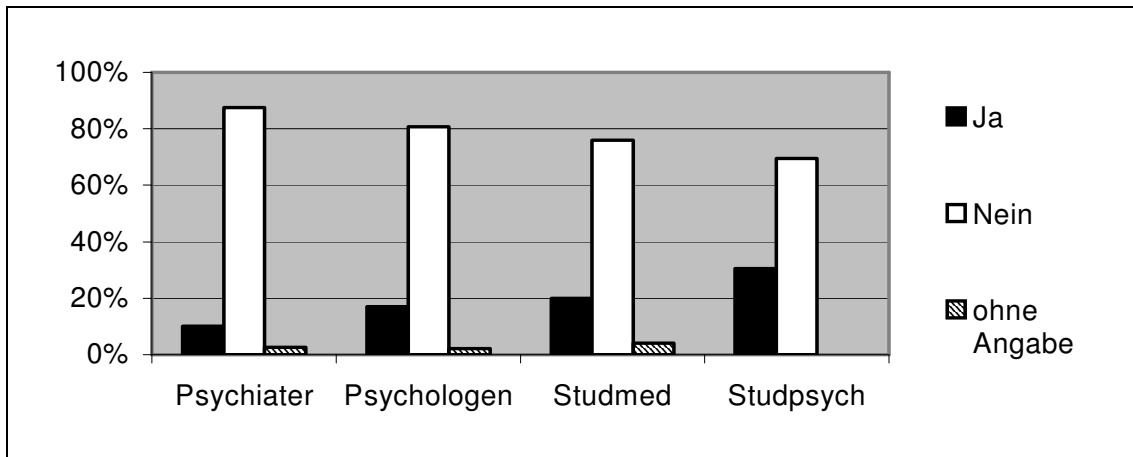


Abbildung 42

41. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

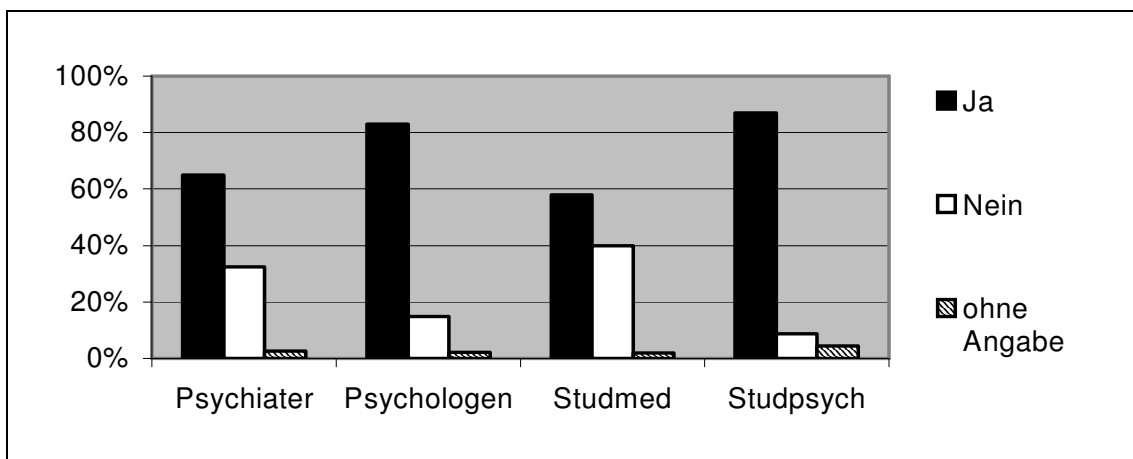


Abbildung 43

42. Wenn ja, welche Strategien würden Sie vorschlagen und in welcher Reihenfolge sollte der Patient diese wahrnehmen

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Individuell	Ohne Angabe	Ohne Angabe
Individuelle Gestaltung	Notfallplan	Individuelle Gestaltung	Eigene Strategien, sonst Hilfe von außen
Außen (Freunde, Therapeut)	Ohne Angabe		

Abbildung 44

43. Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

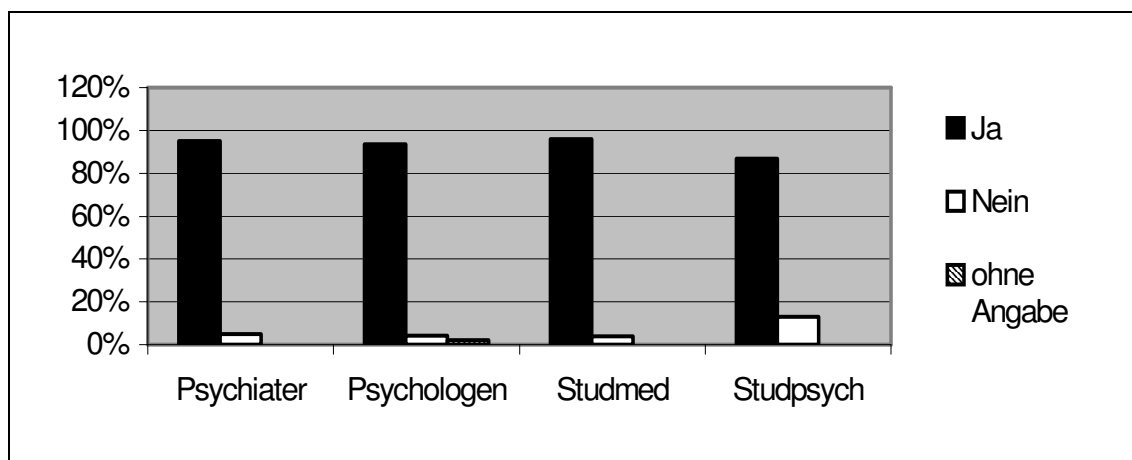


Abbildung 45

44. Würden Sie ihrem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

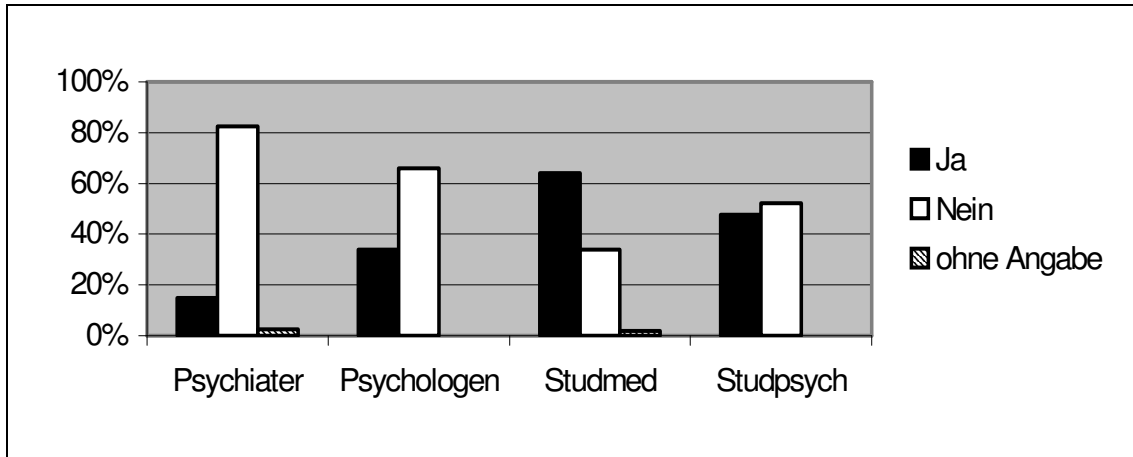


Abbildung 46

45. Warum sind Sie dieser Meinung?

Ja, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Sicherheit (Pat nicht allein)	Ohne Angabe	Vertrauensbasis Sorge
Vertrauensbasis, Sorge	Ausnahmesituation Gefühle nicht zeitlich einschränkbar	Krisen zeitlich nicht einschränkbar	Kann sich auf jemanden verlassen
Sicherheit	Vertrauensbasis/Sor ge	Vertrauens- bildung	Ohne Angabe

Abbildung 47

Nein, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Es gibt andere Möglichkeiten	Es gibt andere Möglichkeiten	Ohne Angabe	Arbeitsverhältnis, keine Freundschaft
Eigene Überforderung	Nicht immer verfügbar	Es gibt andere Möglichkeiten	Selbsthilfe ist wichtig
Abhängigkeit, Eigenständigkeit stärken	Eingriff in privaten Lebensraum, Eigene Überforderung	Eigene Überforderung	Eingriff in privaten Lebensraum

Abbildung 48

46. Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

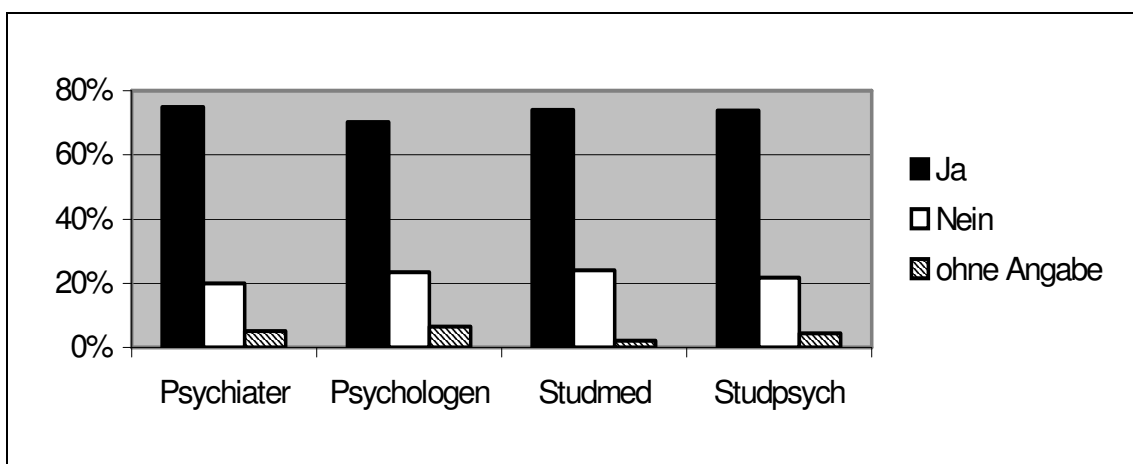


Abbildung 49

47. Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf positive/negative Konsequenzen bei Erfüllung/Nichterfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich?

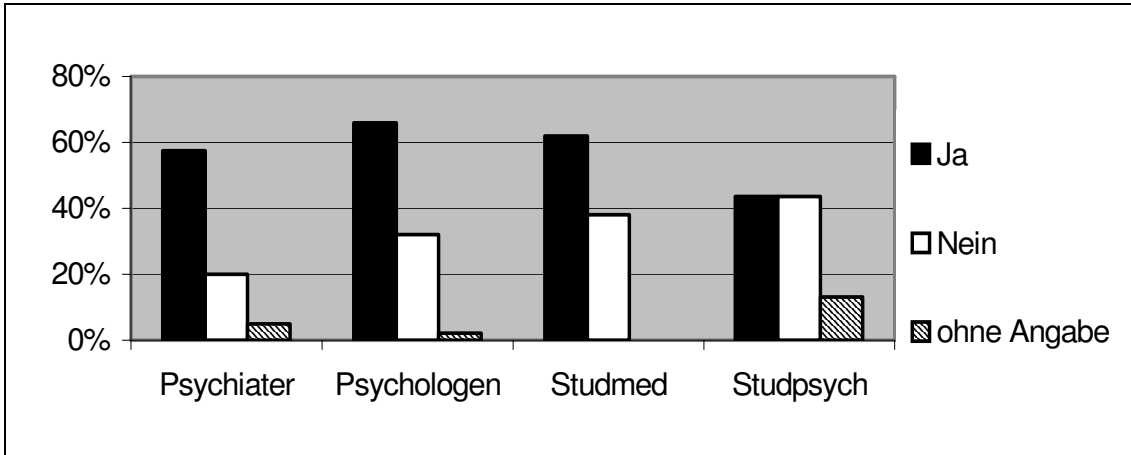


Abbildung 50

48. Wenn ja, welche Art von Konsequenzen würden Sie ziehen?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Ohne Angabe	Belohnung, Lob	Ohne Angabe
Patientenunabhängig, individuell	Belohnung	Ohne Angabe	Belohnung, Lob
Belohnung, Lob	Patientenunabhängig, individuell	Bei Nichteinhaltung: Therapieabbruch	

Abbildung 51

49. Sollte man den Patienten auf die Belastung für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

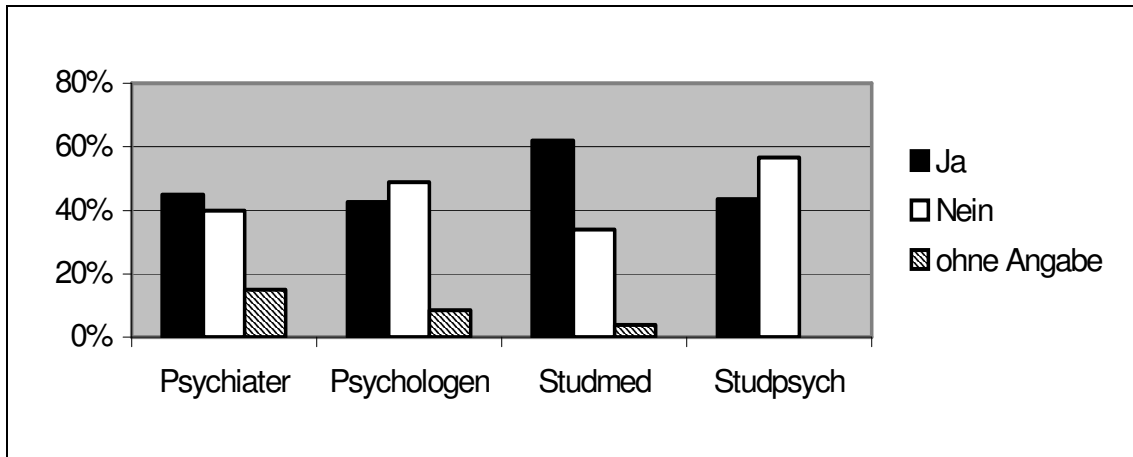


Abbildung 52

50. Warum sind Sie dieser Meinung?

Ja, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Konsequenz für Zusammenarbeit	Schlechtes Gewissen	Auch Patient hat Verantwortung
Auch Pat hat Verantwortung	Denken an Andere (Egoismus mindern)	Vermittelt Interesse am Patienten	Realistisch
Für Beziehung wichtig	Für Beziehung wichtig	Auswirkungen auch für Andere	Ohne Angabe

Abbildung 53

Nein, weil...

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Ohne Angabe	Unnötiger Druck/Belastung	Kann sonst als Druckmittel dienen	Unnötiger Druck/Belastung
Unnötiger Druck/Belastung	Therapeut unwichtig	Therapeut unwichtig	Therapeut unwichtig
	Muss Therapeut mit sich selbst ausmachen	Muss selbst weiterleben wollen	Ohne Angabe

Abbildung 54

51. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein: Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?

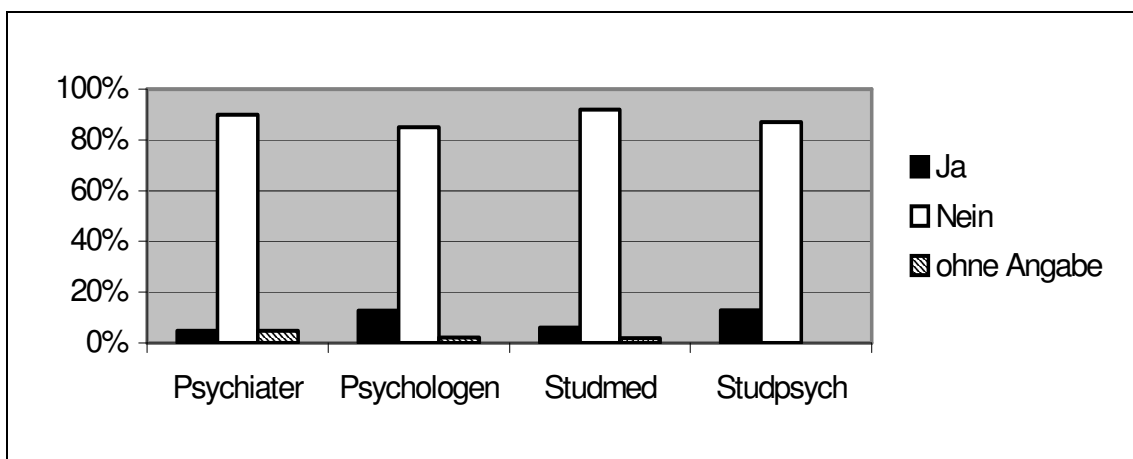


Abbildung 55

52. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?

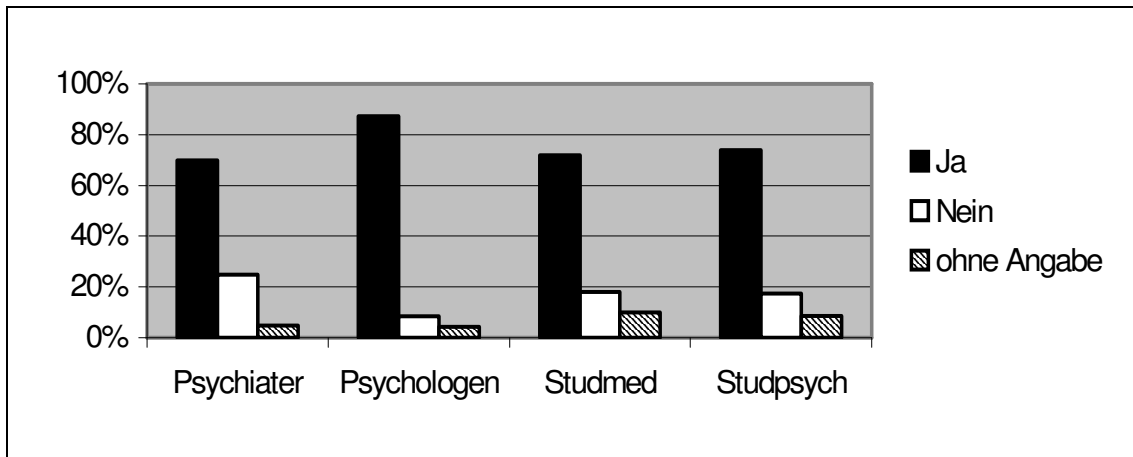


Abbildung 56

53. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?

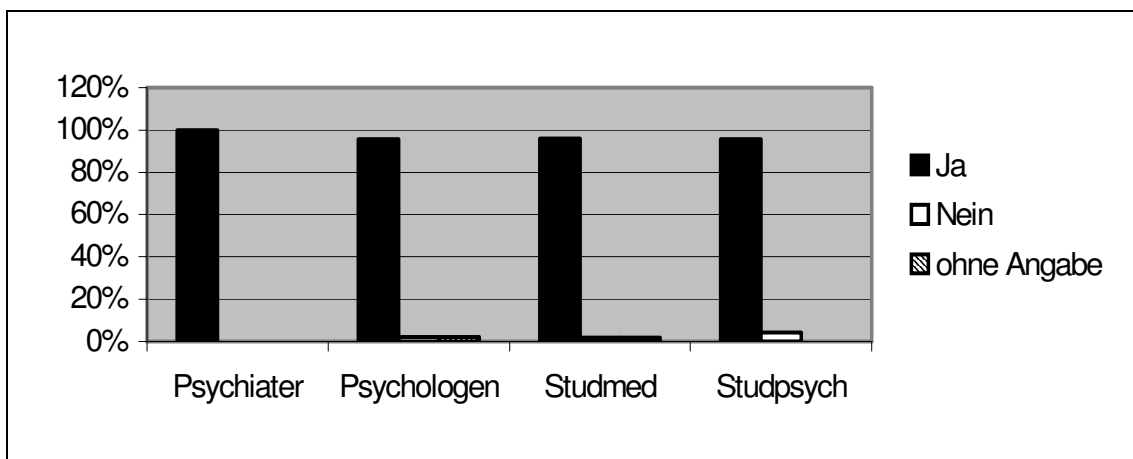


Abbildung 57

54. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

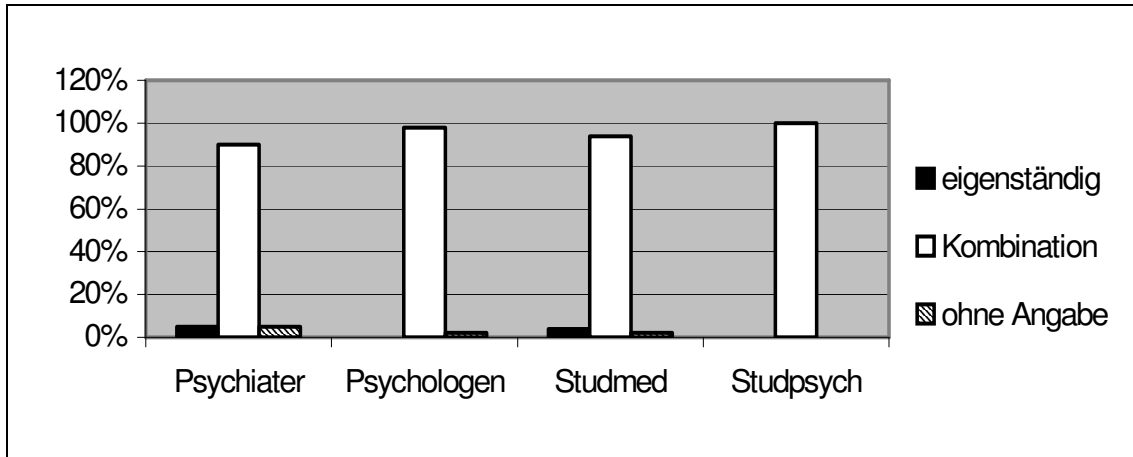


Abbildung 58

55. Welche Chancen bietet ein Nicht-Suizid-Vertrag Ihrer Meinung nach in der Therapie?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Entspannung/Zeitgewinn, Lebenserhalt	Lebenserhalt	Eine Vertrauens- stütze, Hilfe für den Patient, Sicherheit Halt (wenn Patient allein)	Ohne Angabe
Einbindung, Stärkung der Eigenverantwortung, Eher kleine Chance	Einbindung, Stärkung der Eigenverantwortung		Hilfe
Zusätzliches Therapieinstrument, Verantwortung	Ohne Angabe		

Abbildung 59

56. Welche Risiken sind Ihrer Meinung nach bei der Anwendung eines Nicht-Suizid-Vertrages zu beachten?

Psychiater	Psychologen	Studmed	Studpsych
Trügerische Sicherheit	Trügerische Sicherheit	Ohne Angabe	Ohne Angabe
Druck auf den Patienten	Ohne Angabe	Trügerische Sicherheit	Druck auf den Patienten
Nichteinhaltung (Unterschrift nur pro Forma)	Druck auf den Patienten	Duck auf den Patienten	Ohne Angabe

Abbildung 60

57. Würden Sie als Therapeut einen Nicht-Suizid-Vertrag anwenden?

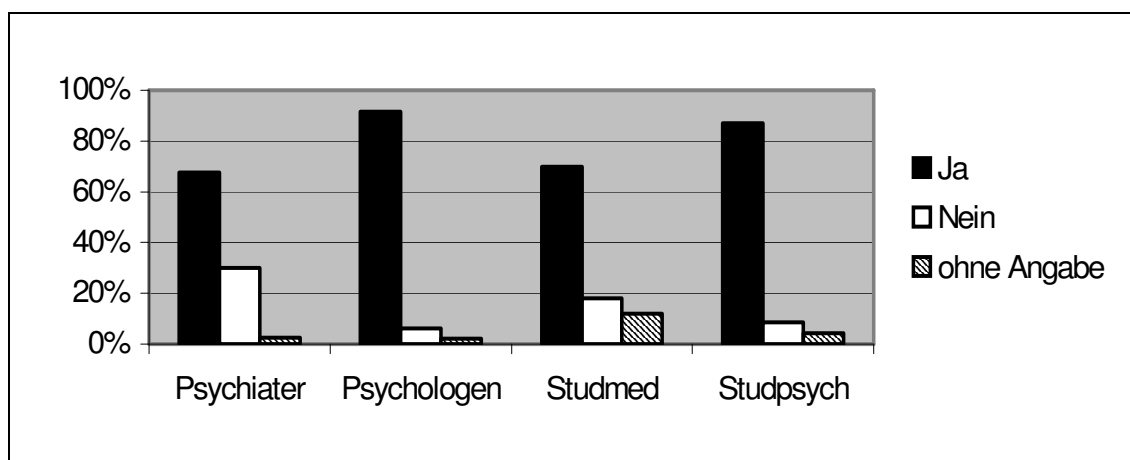


Abbildung 61

7.3.2 Abbildungen der Auswertung der Psychiater (n=40)

Die Aufteilung erfolgt in:

- × Weiblich erfahren (n=5)
- × Weiblich unerfahren (n=16)
- × Männlich erfahren (n=7)
- × Männlich unerfahren (n=11)

1. Haben Sie schon suizidale Patienten betreut?

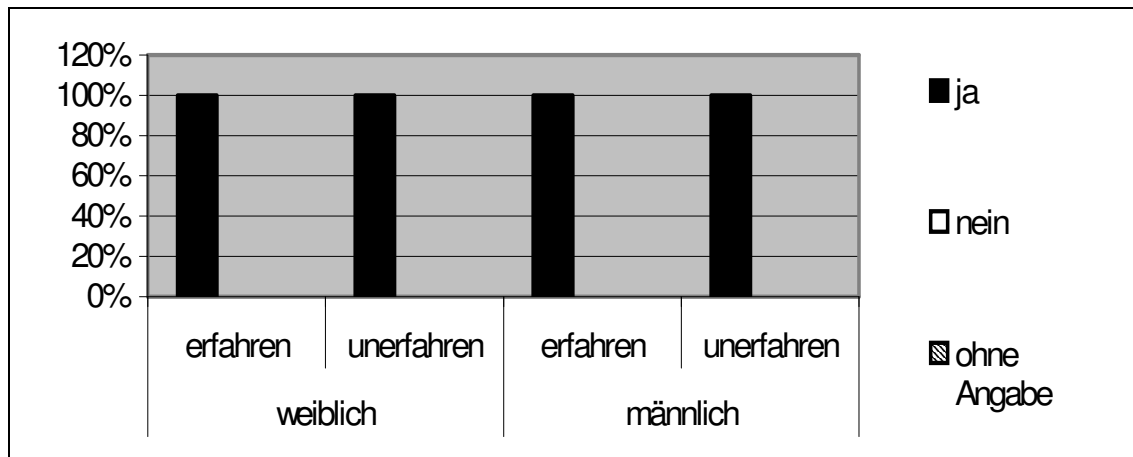


Abbildung 62

2. Wenn ja, haben Sie dabei einen Nicht-Suizid-Vertrag verwendet?

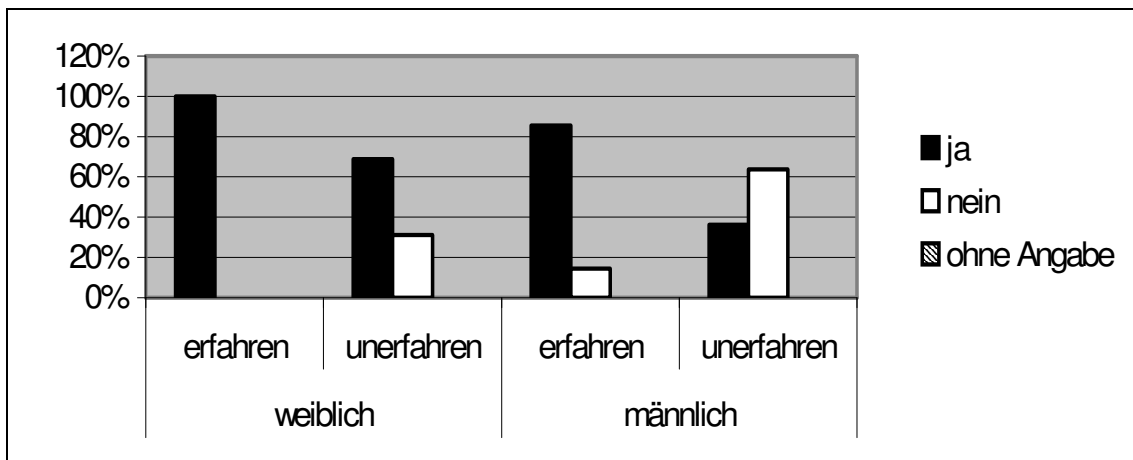


Abbildung 63

3. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

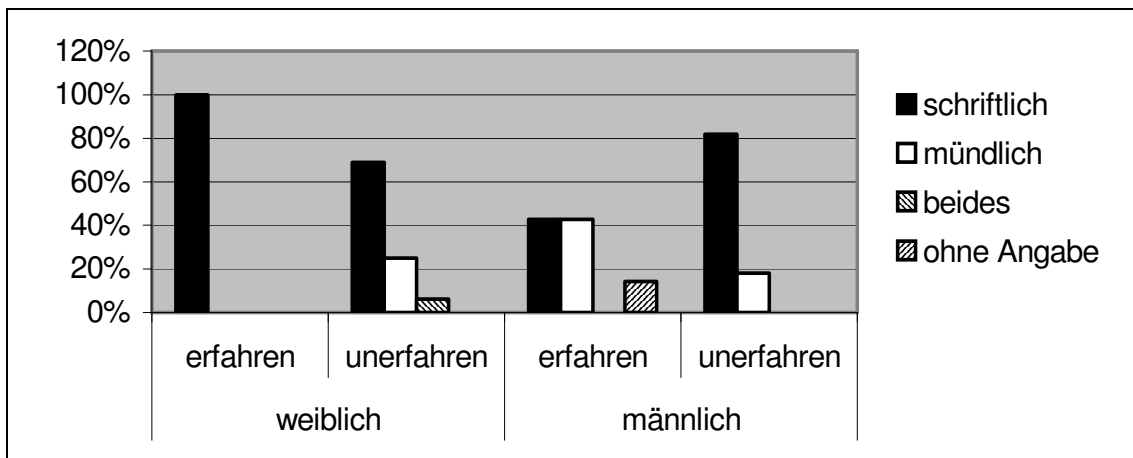


Abbildung 64

4. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

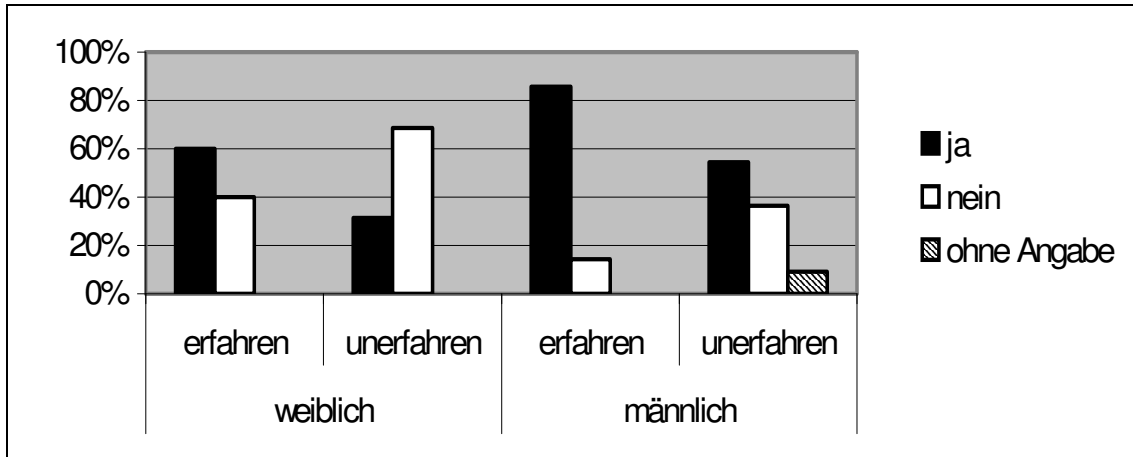


Abbildung 65

5. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

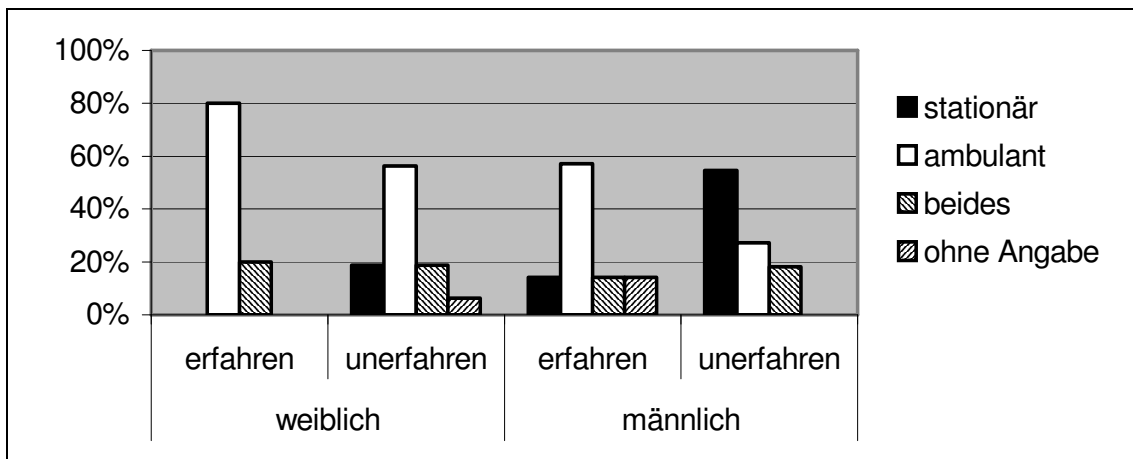


Abbildung 66

6. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

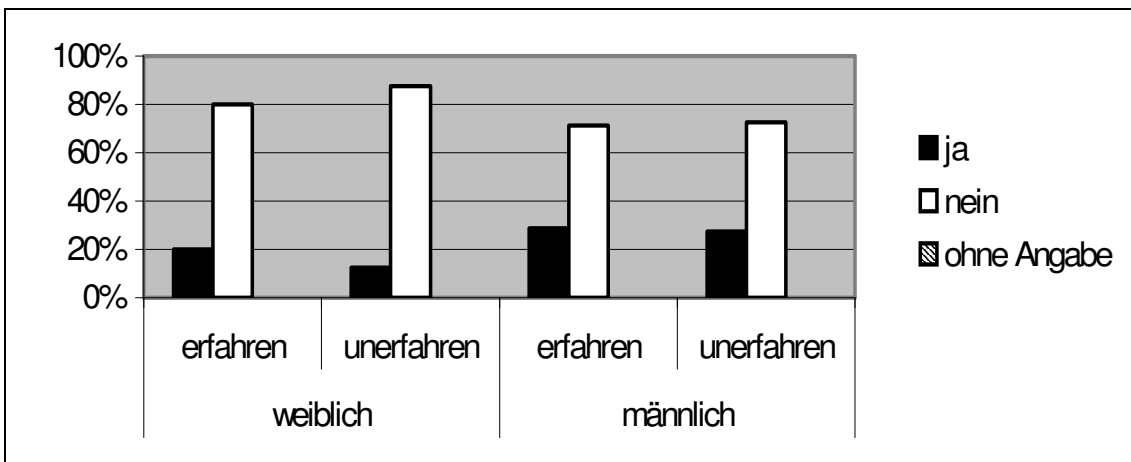


Abbildung 67

7. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

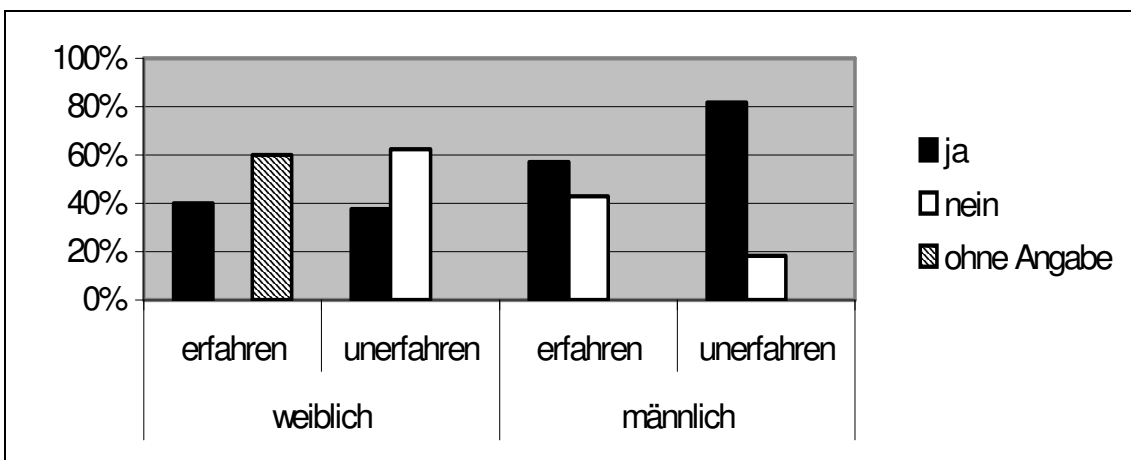


Abbildung 68

8. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise verträglich wären?

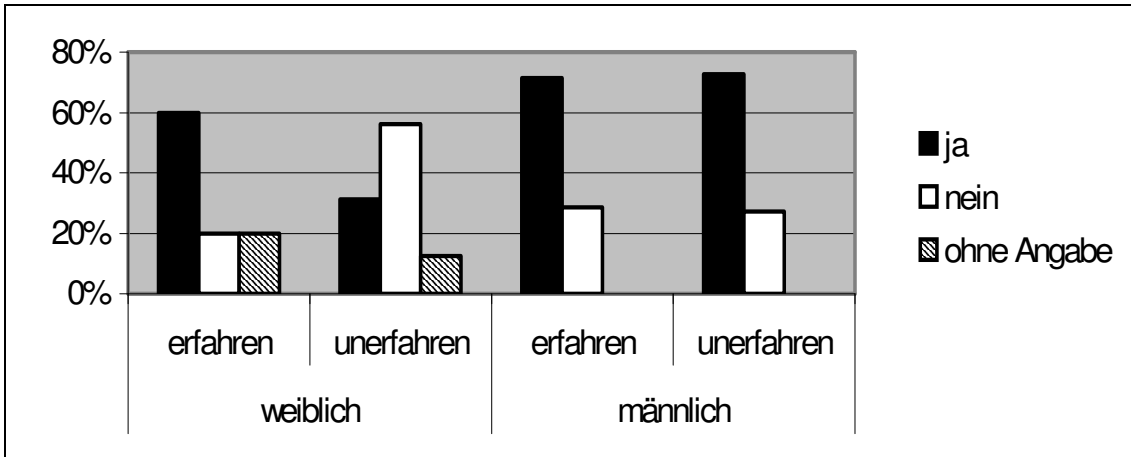


Abbildung 69

9. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

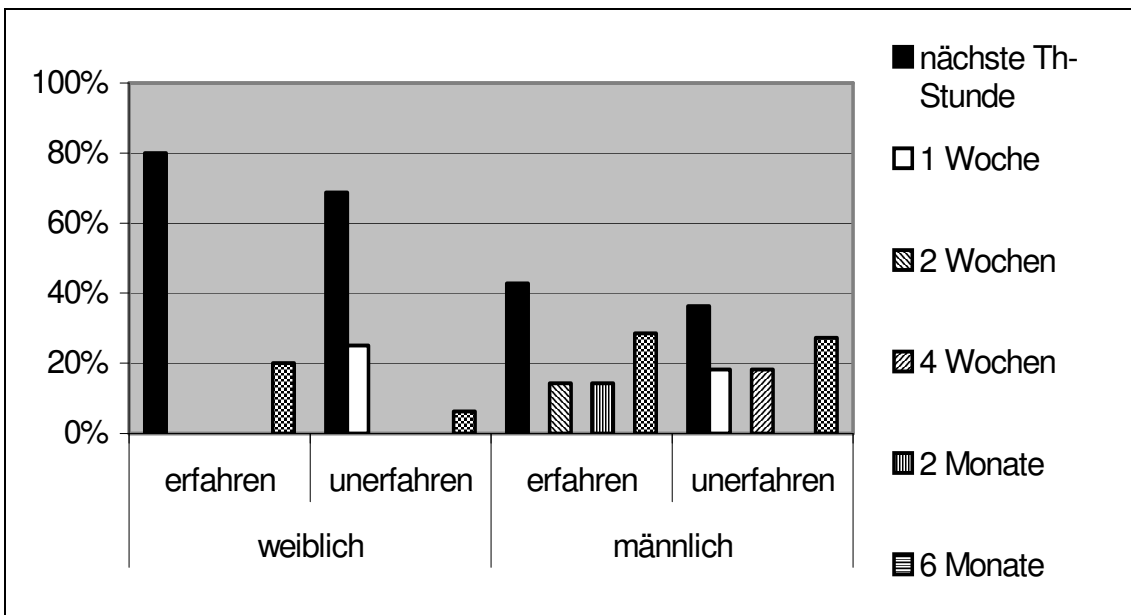


Abbildung 70

10. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie Erfolg versprechender?

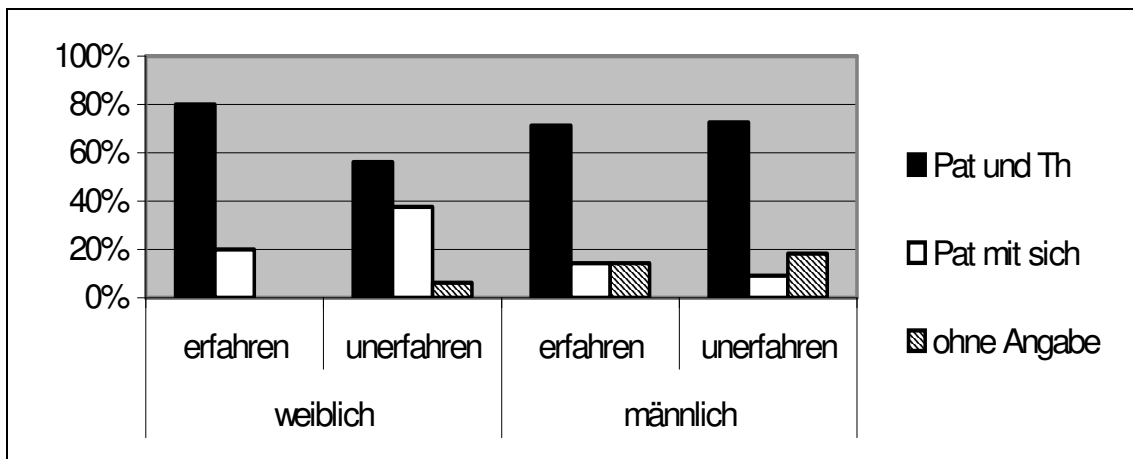


Abbildung 71

11. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten?

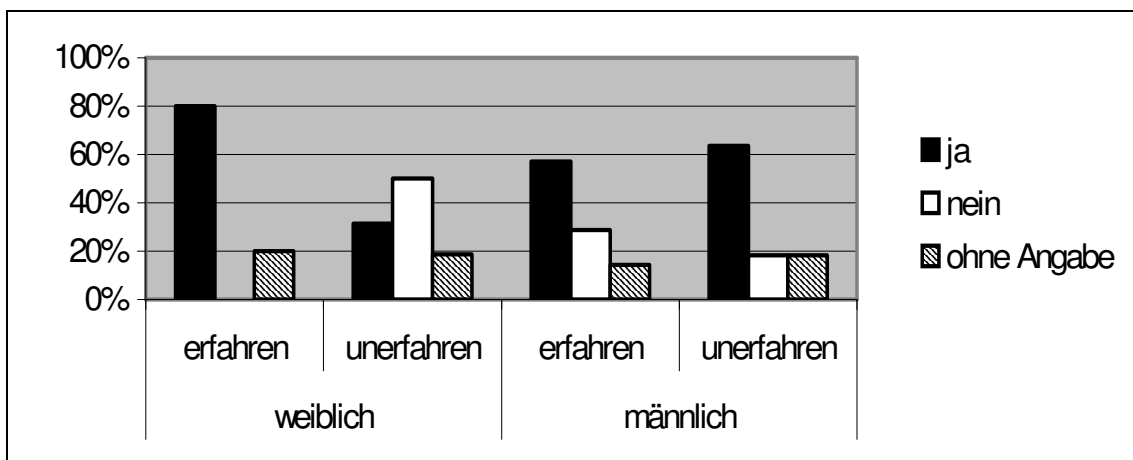


Abbildung 72

12. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen Nicht-Suizid-Vertrag unterschreiben?

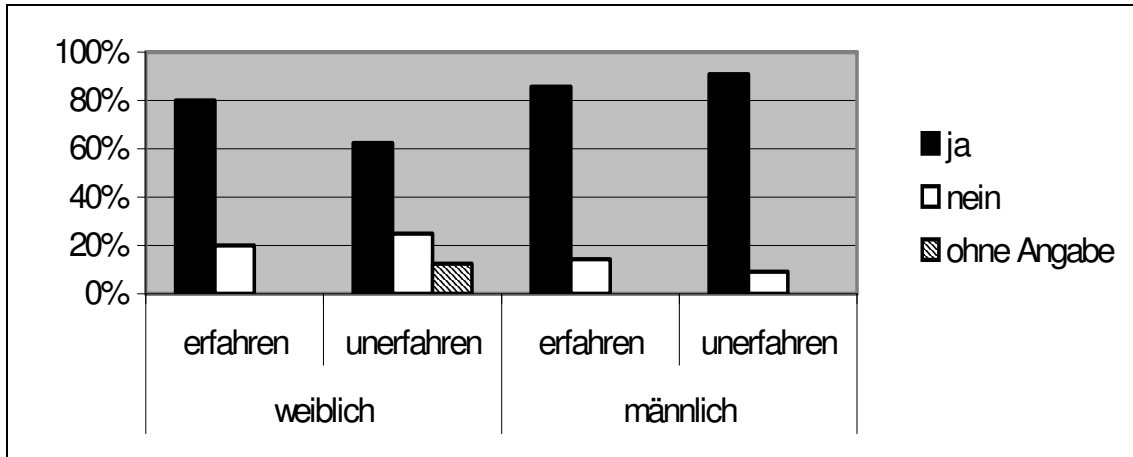


Abbildung 73

13. Könnte ein solcher Nicht-Suizid-Vertrag als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

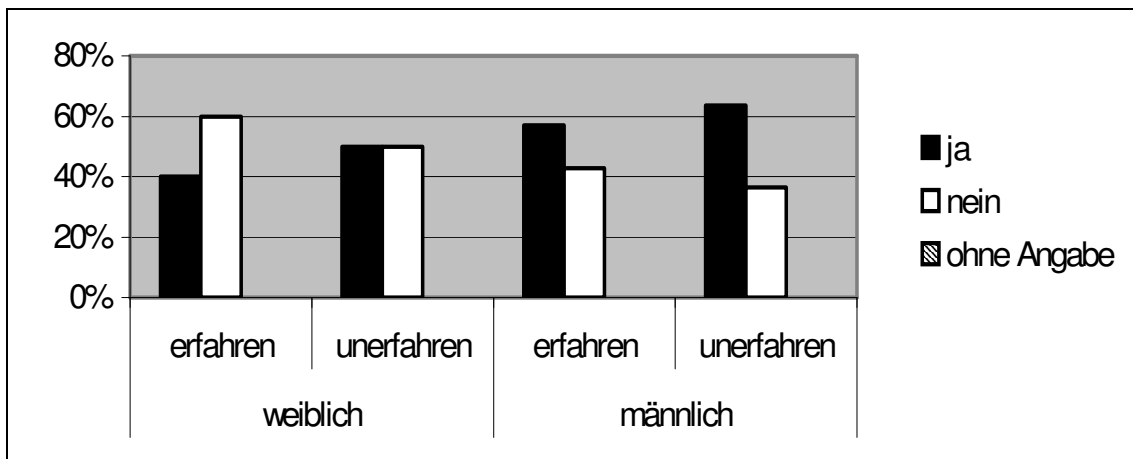


Abbildung 74

14. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

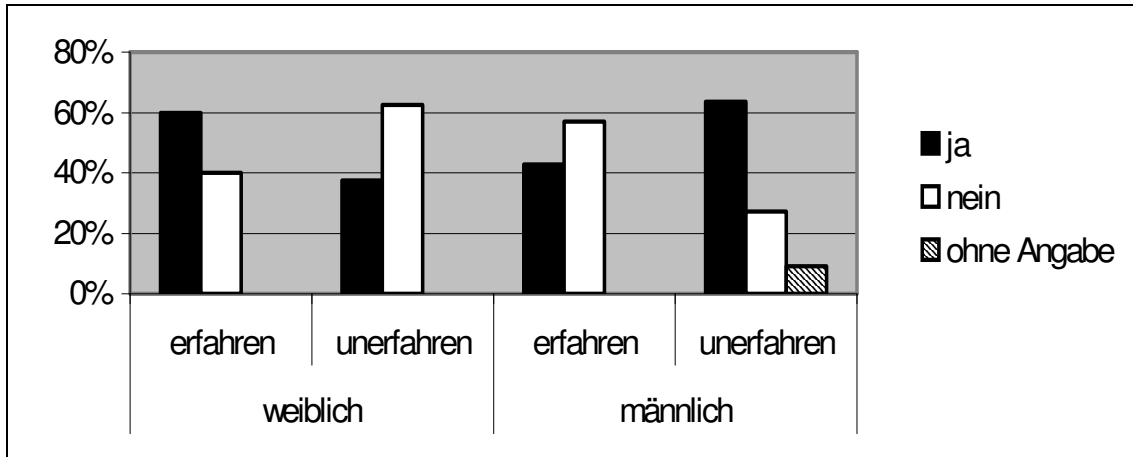


Abbildung 75

15. Wer sollte Ihrer Meinung nach, ein Exemplar des Vertrages erhalten?

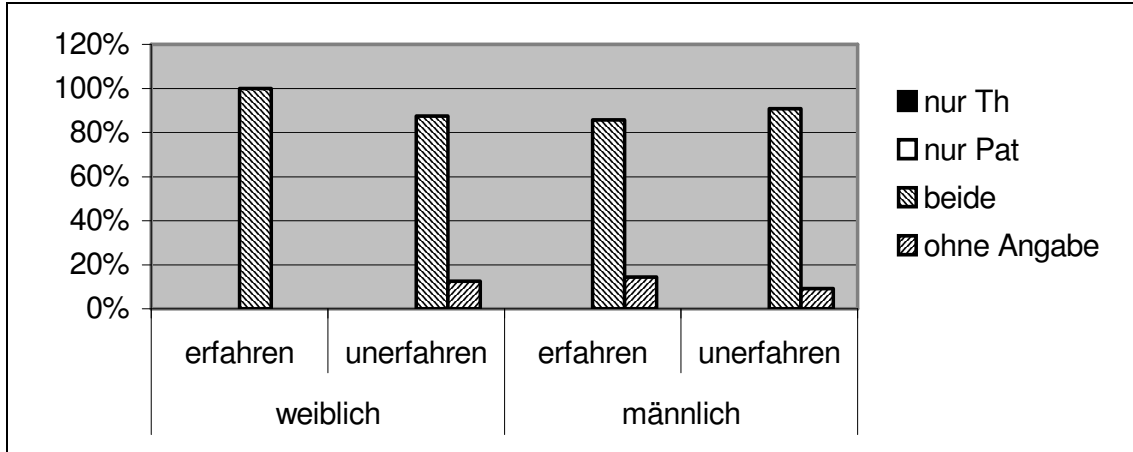


Abbildung 76

16. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

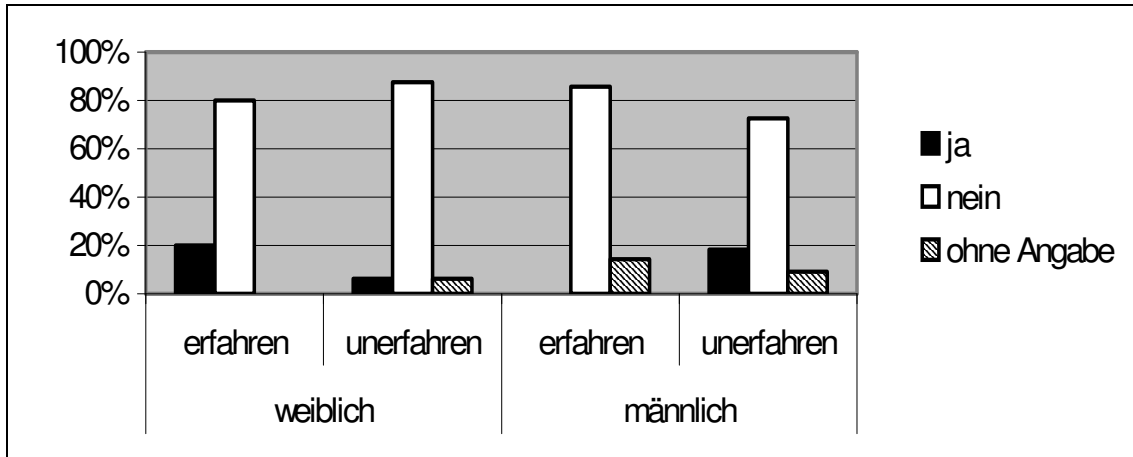


Abbildung 77

17. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

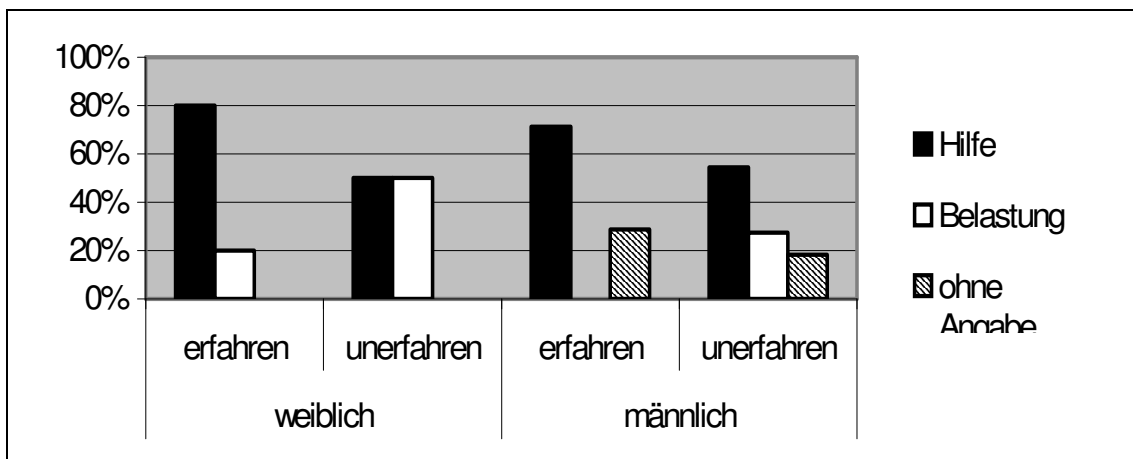


Abbildung 78

18. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?

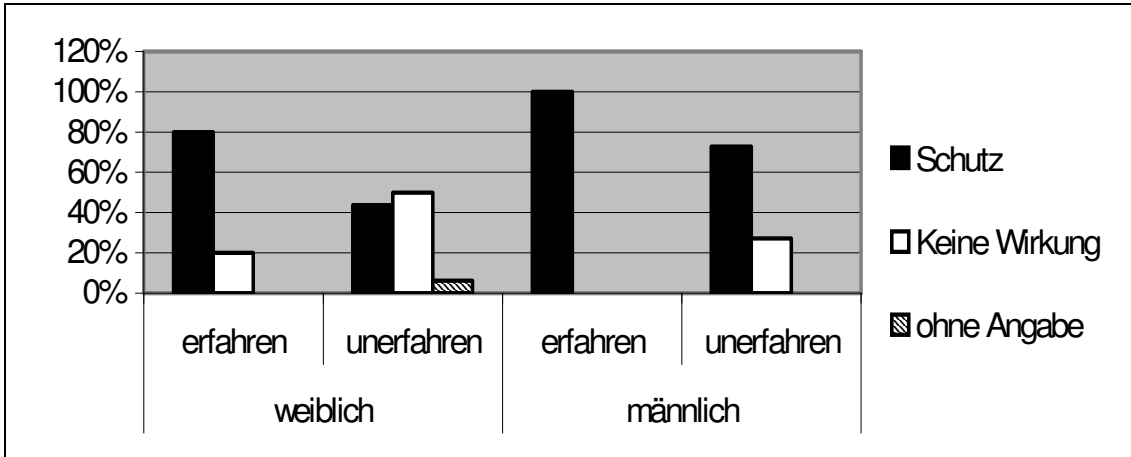


Abbildung 79

19. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

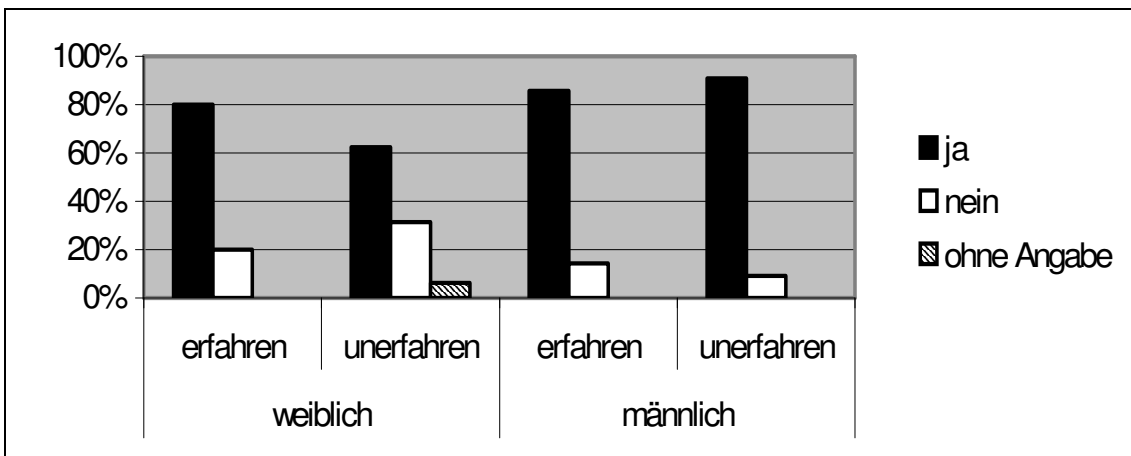


Abbildung 80

20. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

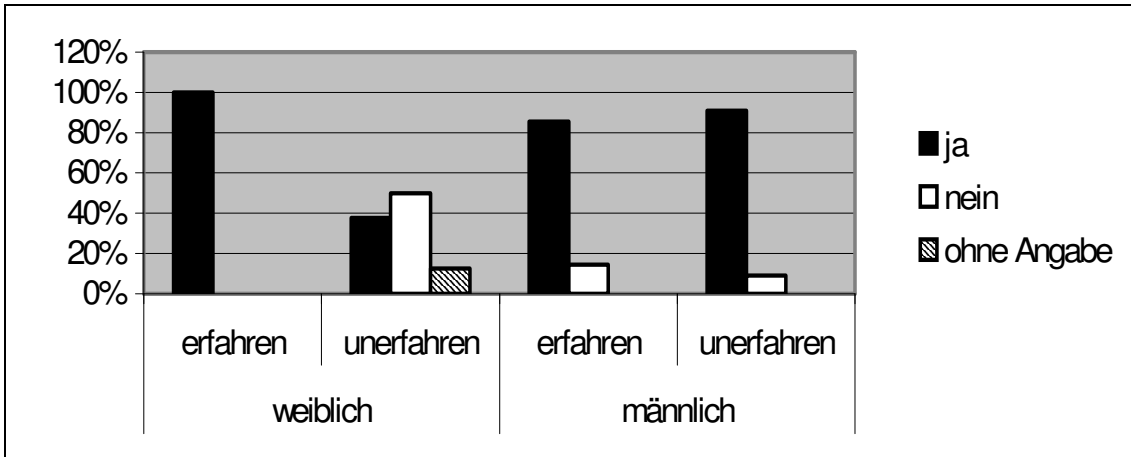


Abbildung 81

21. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

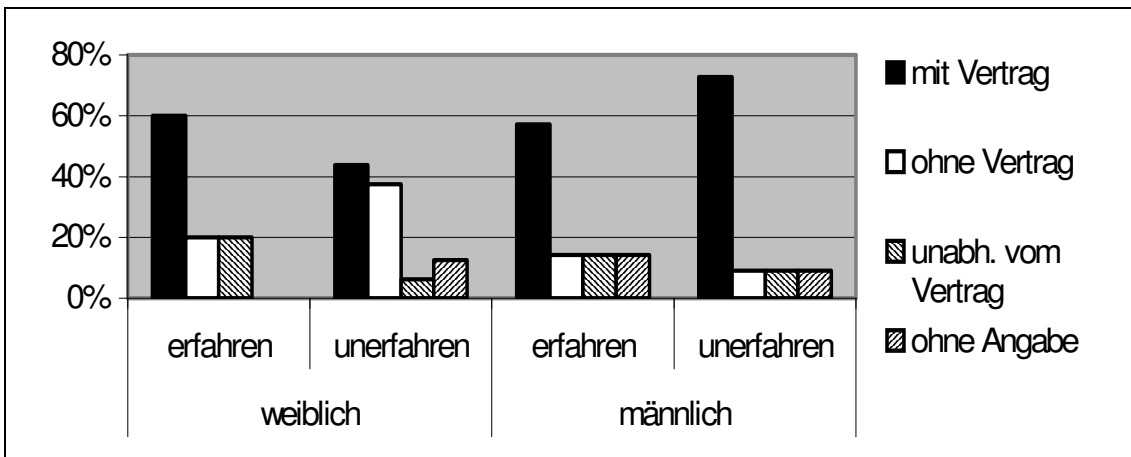


Abbildung 82

22. Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten oder als einen Bestandteil der Therapie darstellt?

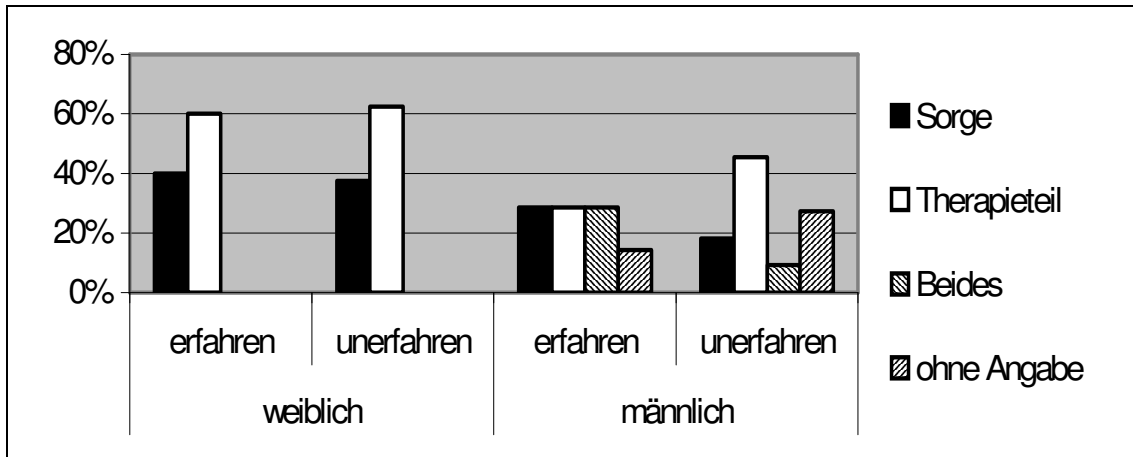


Abbildung 83

23. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

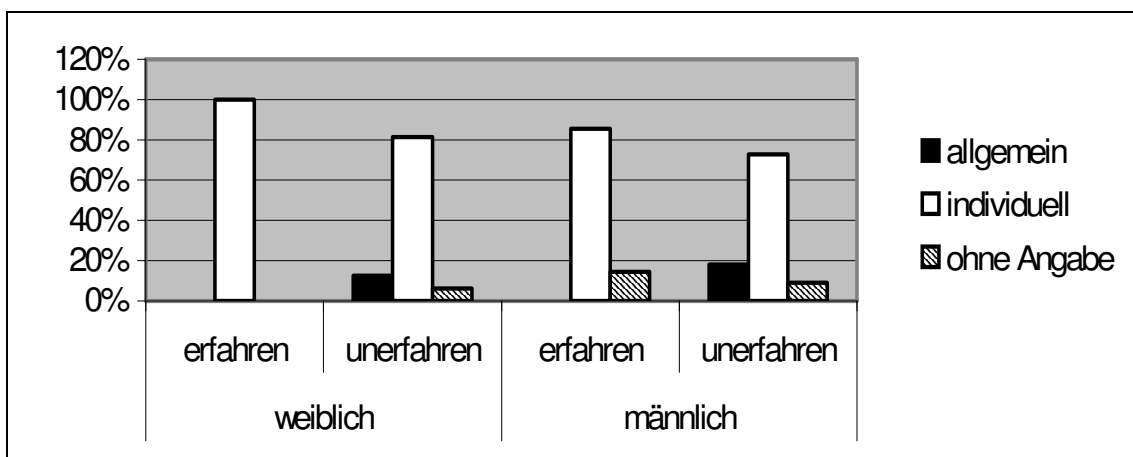


Abbildung 84

24. Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

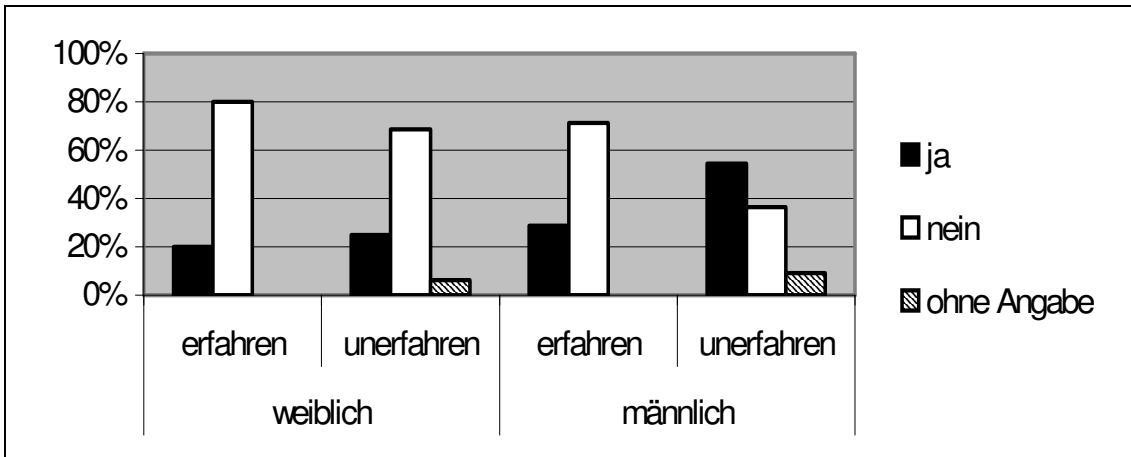


Abbildung 85

25. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

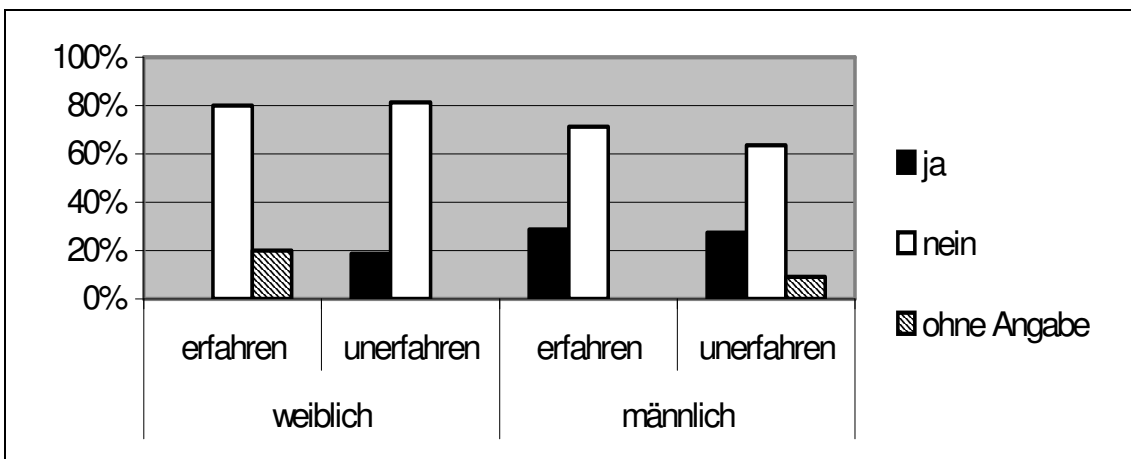


Abbildung 86

26. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

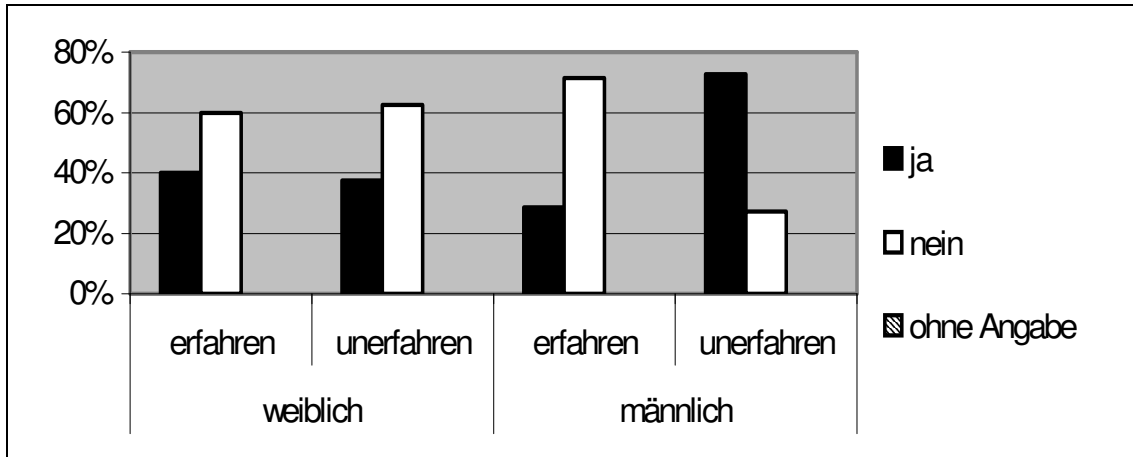


Abbildung 87

27. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

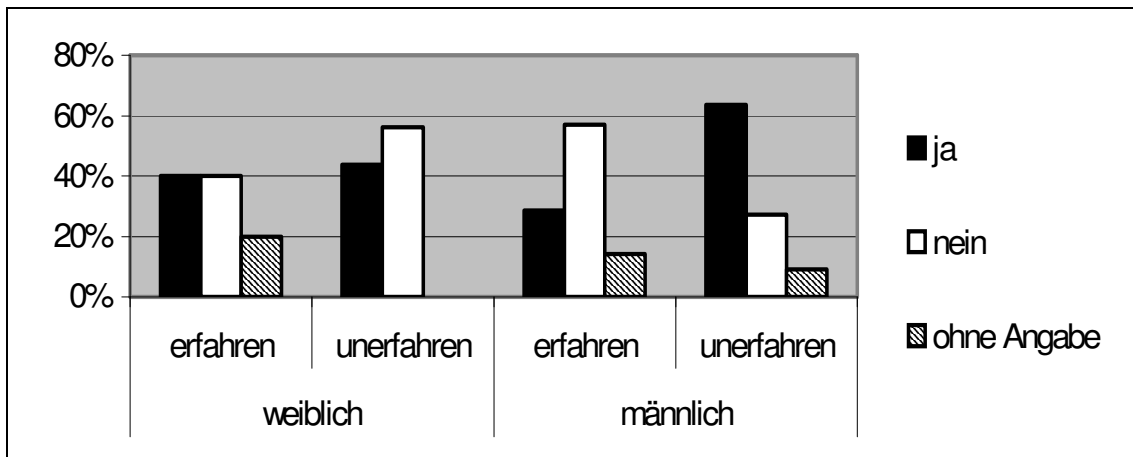


Abbildung 88

28. Sollte auch der Therapeut den Vertrag unterschreiben?

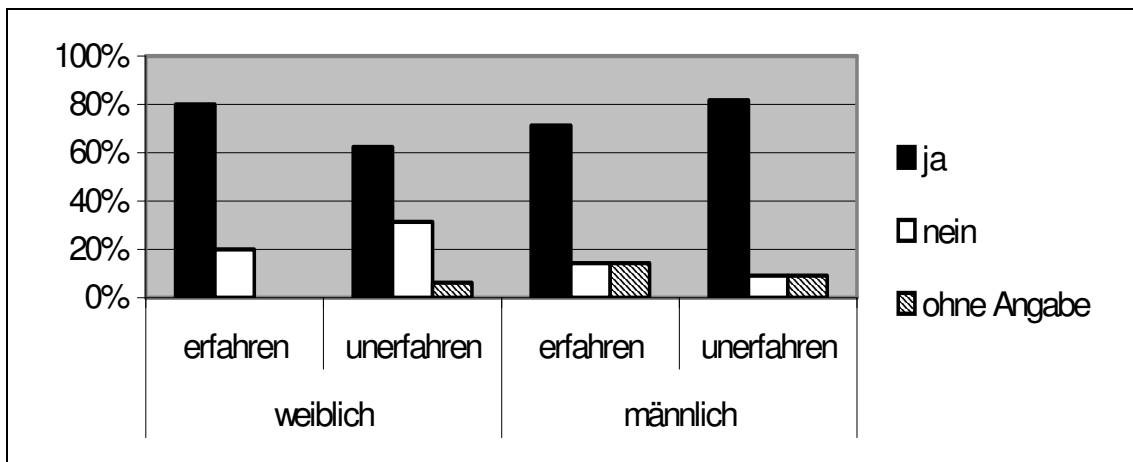


Abbildung 89

29. Sollte man im Vertrag die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreiben?

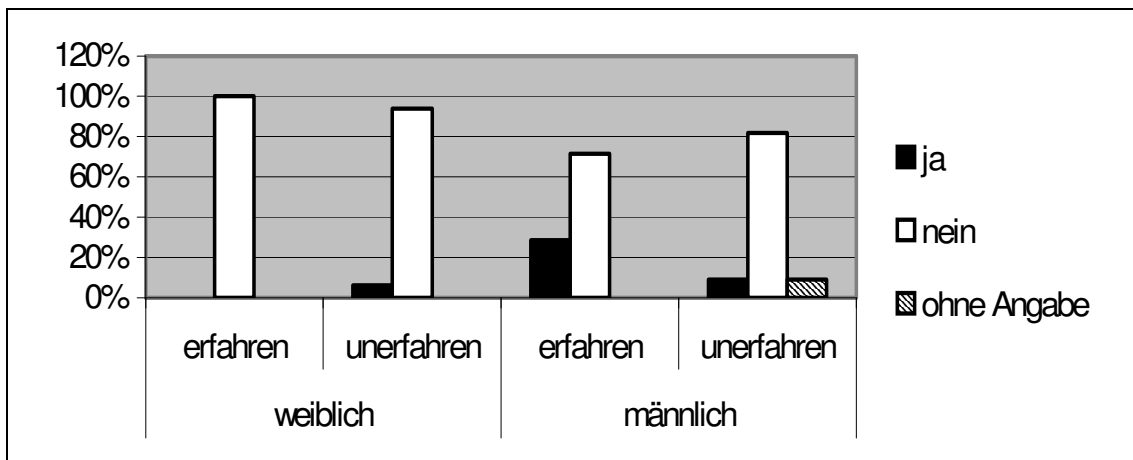


Abbildung 90

30. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

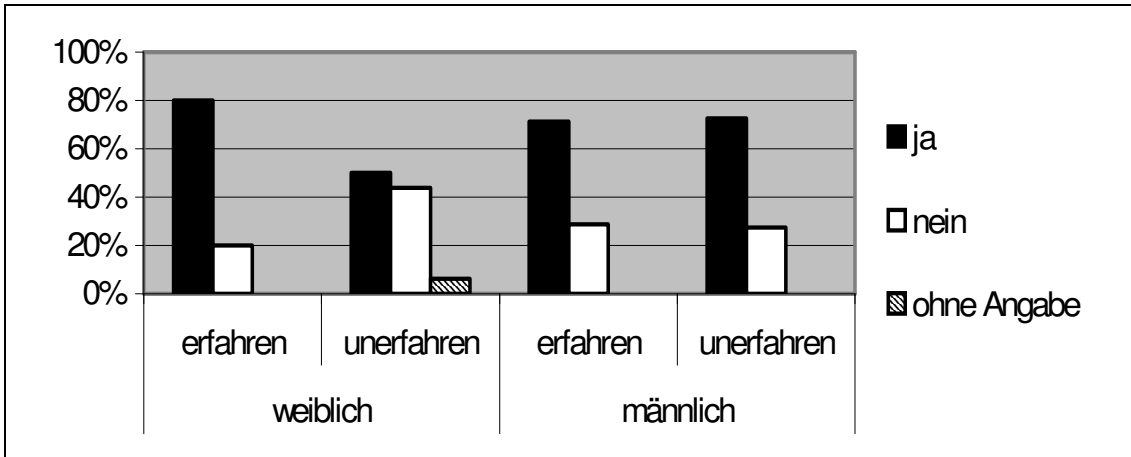


Abbildung 91

31. Fänden Sie es sinnvoll den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

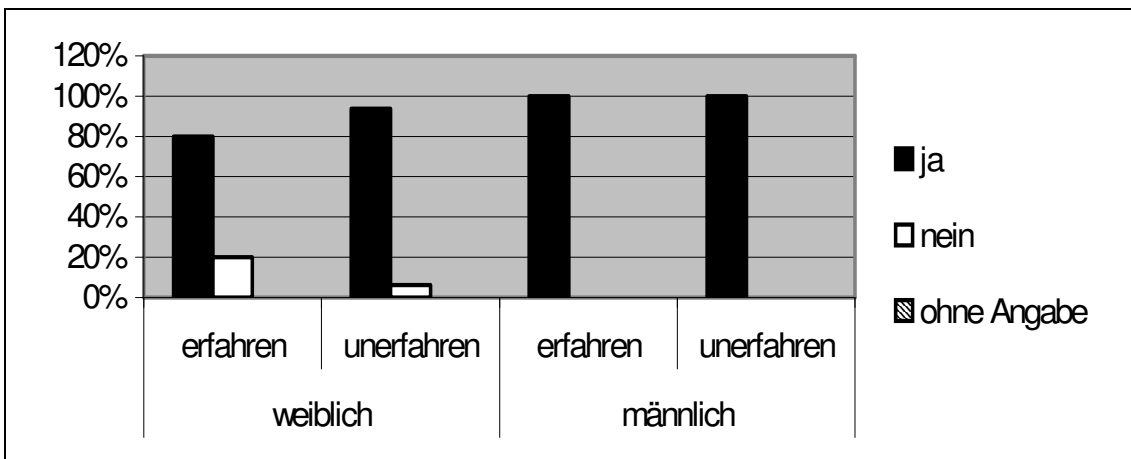


Abbildung 92

32. Würden Sie dem Patienten anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

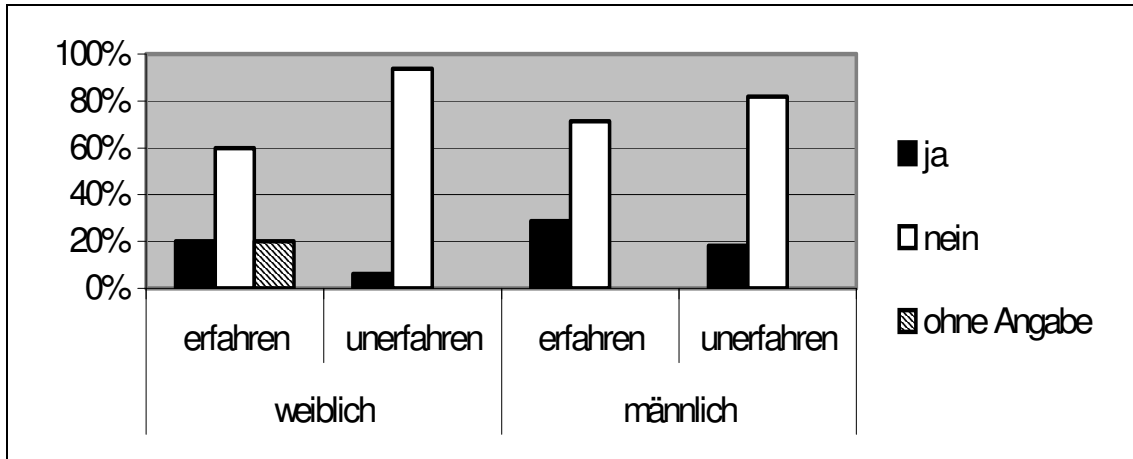


Abbildung 93

33. Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

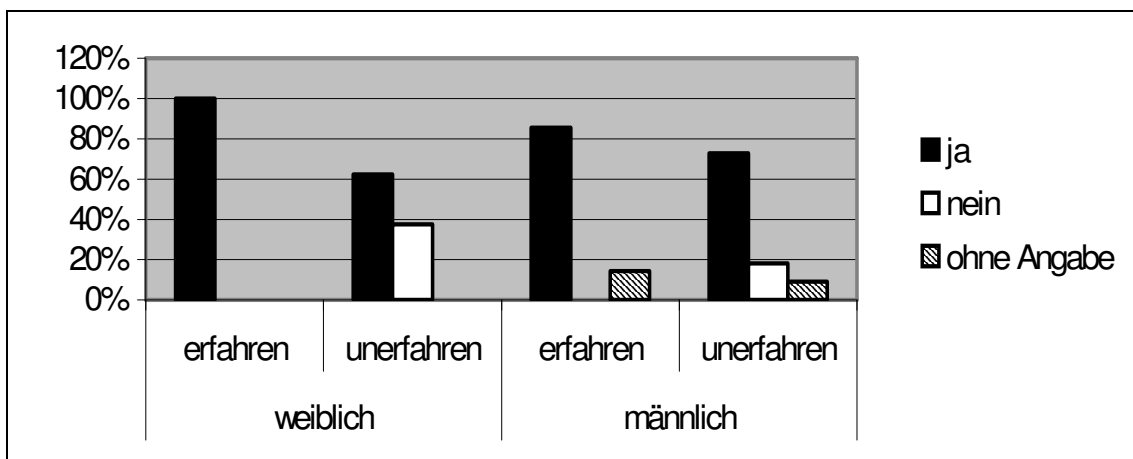


Abbildung 94

34. Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf pos/neg Konsequenzen bei (Nicht)-Erfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich?

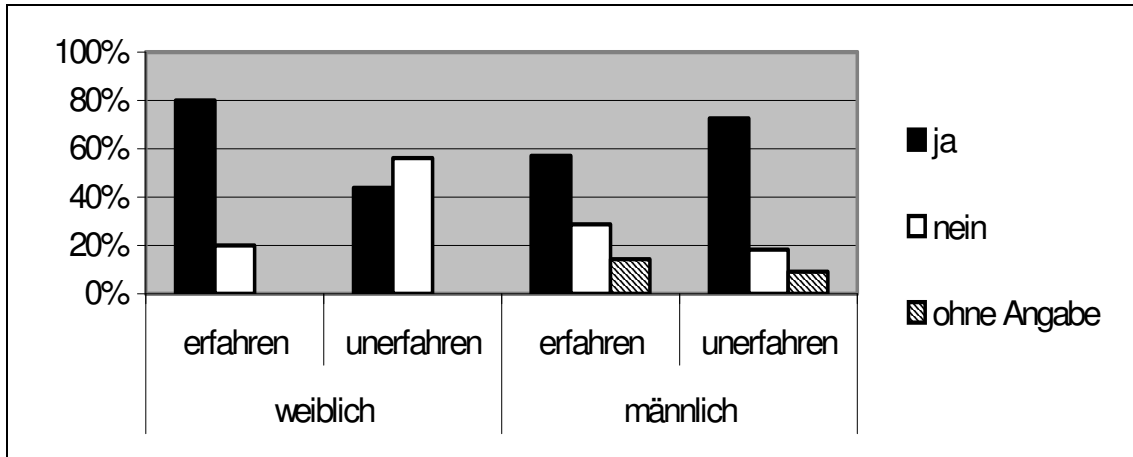


Abbildung 95

35. Sollte man den Patienten auf die Belastungen hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

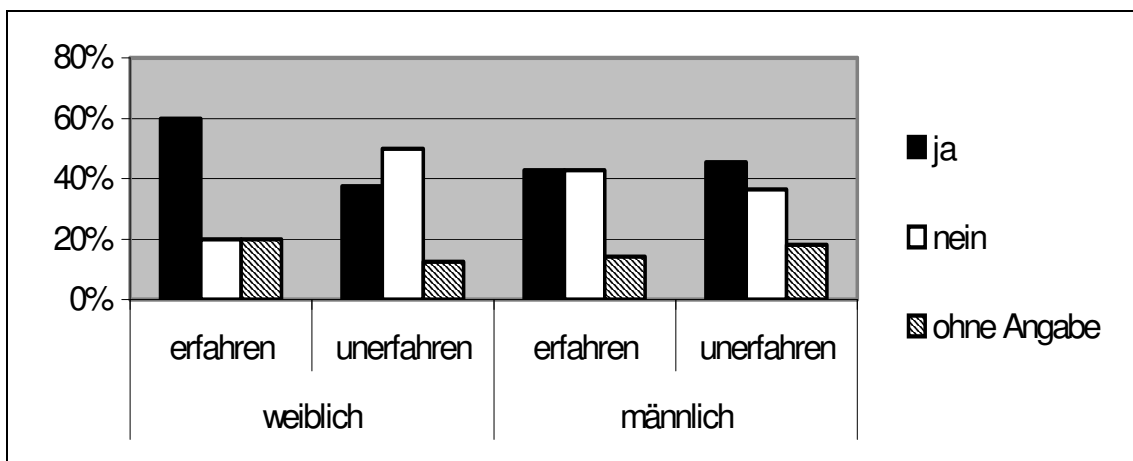


Abbildung 96

36. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein. Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?

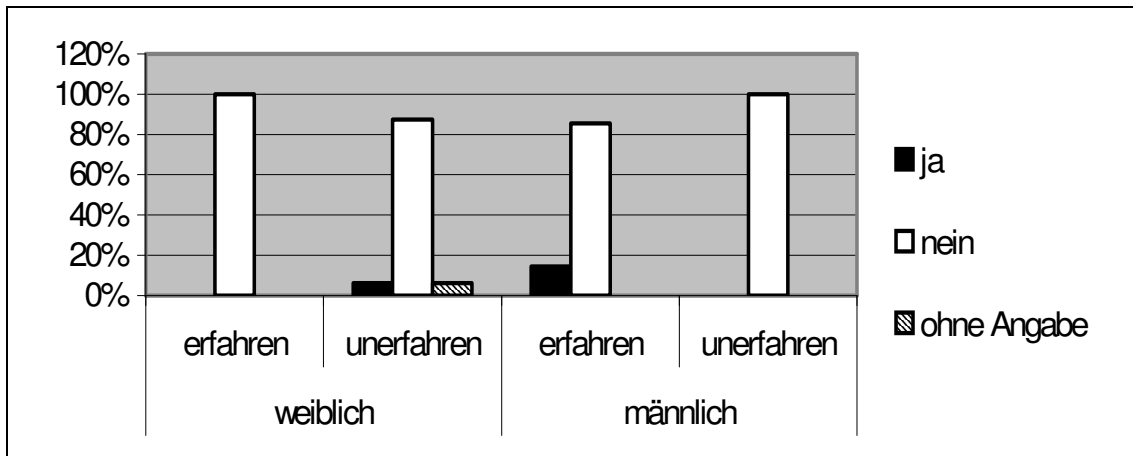


Abbildung 97

37. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?

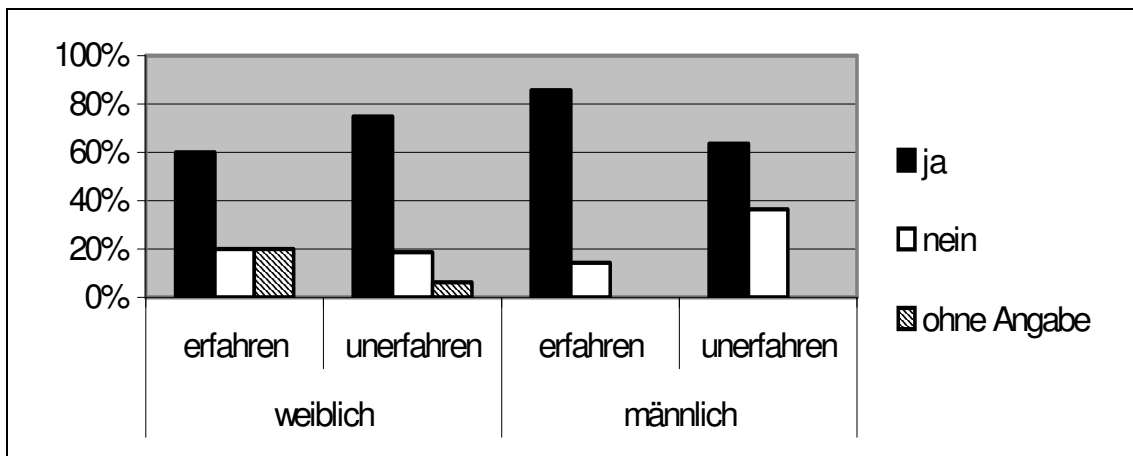


Abbildung 98

38. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?

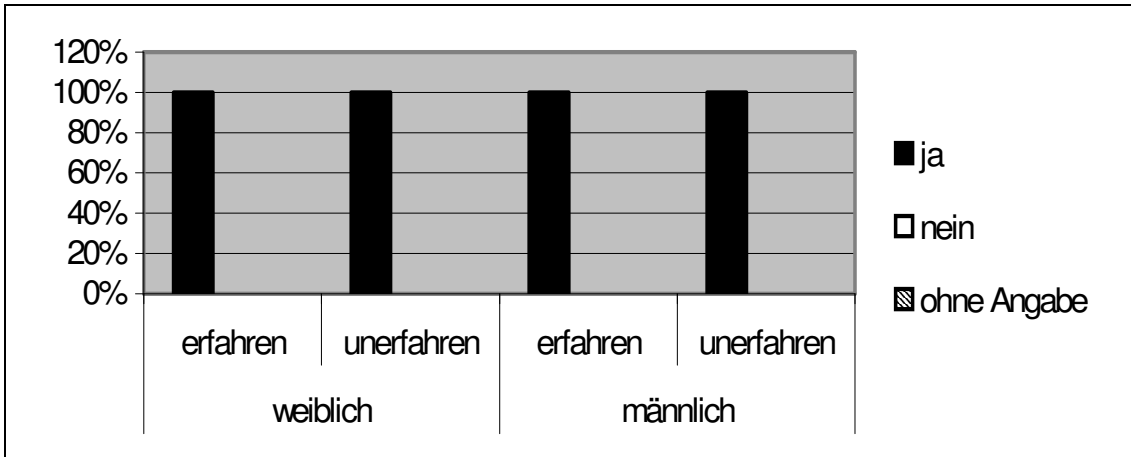


Abbildung 99

39. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

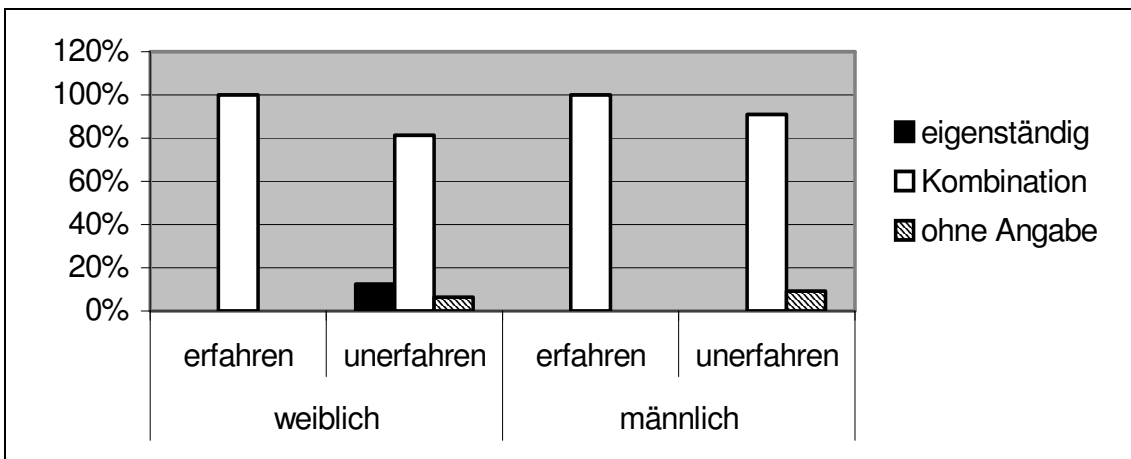


Abbildung 100

40. Würden Sie als Therapeut einen Nicht-Suizid-Vertrag anwenden?

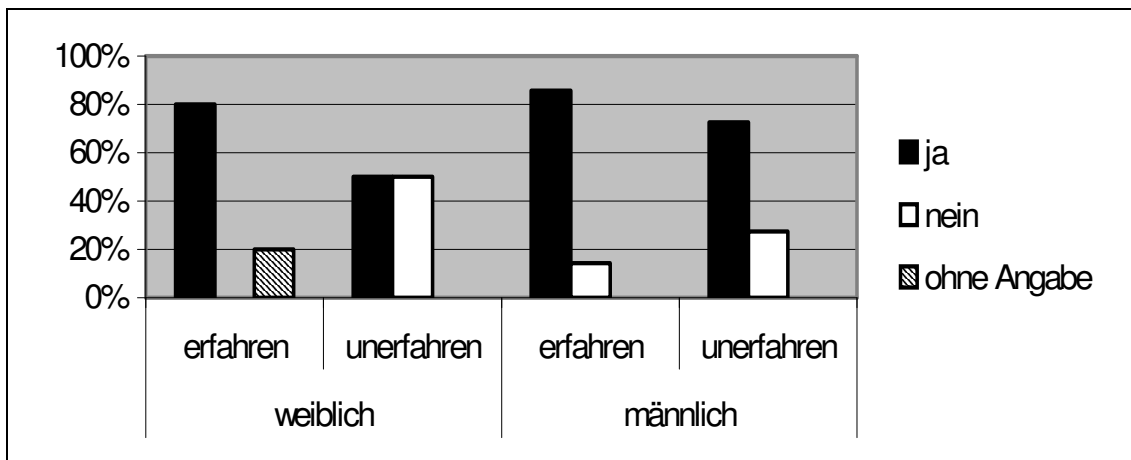


Abbildung 101

7.3.3 Abbildungen der Auswertung der Psychologen (n=49)

Die Auswertung wird zum einen nach Geschlecht und nach der Berufserfahrung der Therapeuten unterteilt. Die Definition von erfahren richtet sich nach der Anzahl der Berufsjahre. Hierbei wird die erfahrene Gruppe als Personengruppe definiert, die seit 4 oder mehr Jahren im Berufsleben stehen. Unerfahrene Personen sind somit Fachleute, die eine Berufserfahrung haben, die unter 4 Jahren liegt.

Offene Fragen werden in diesem Teil nicht mehr diskutiert, da dies schon ausführlich im allgemeinen Teil erfolgt ist. In der fachspezifischen Auswertung werden nur noch NSV relevante Fragen ausgewertet.

Die Aufteilung erfolgt in:

- × Weiblich erfahren (n=13)
- × Weiblich unerfahren (n=22)
- × Männlich erfahren (n=6)
- × Männlich unerfahren (n=8)

1. Haben Sie schon suizidale Patienten betreut?

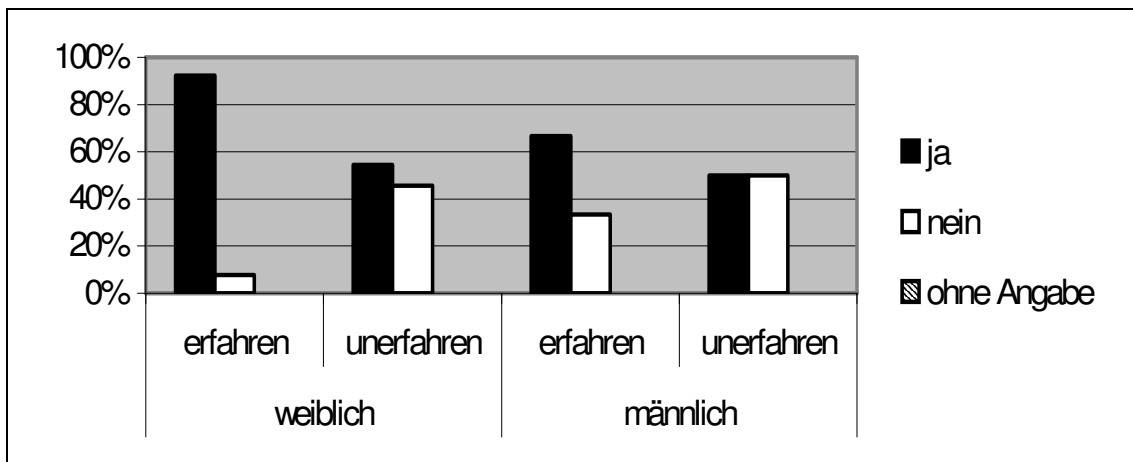


Abbildung 102

2. Wenn ja, haben Sie dabei einen Nicht-Suizid-Vertrag verwendet?

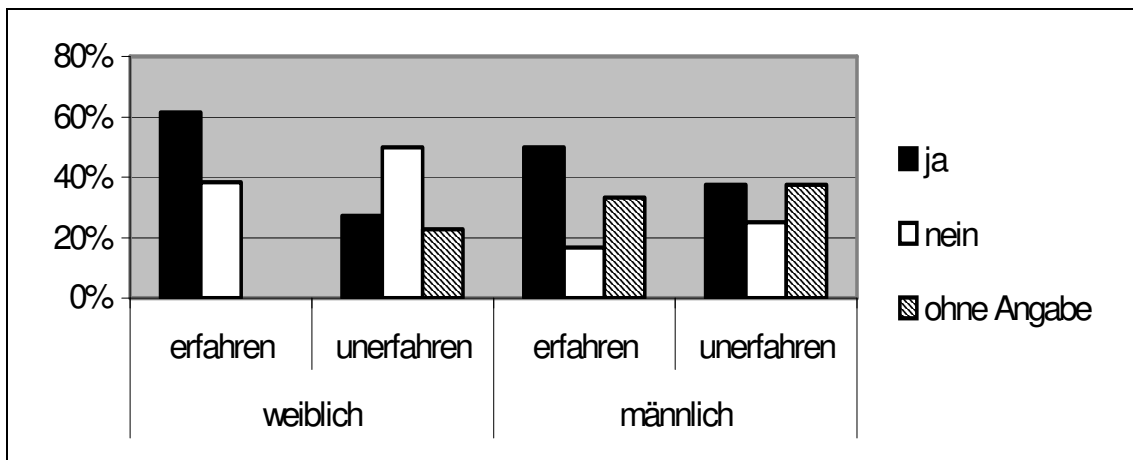


Abbildung 103

3. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

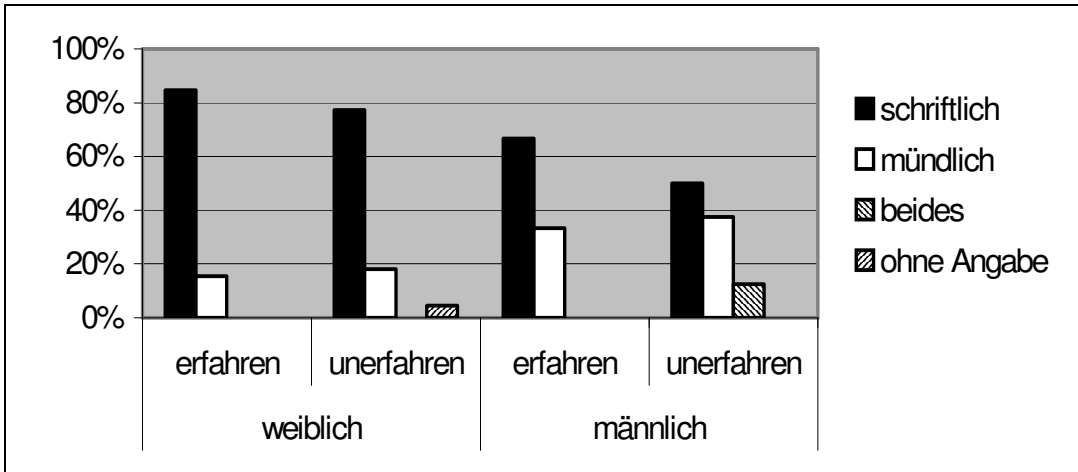


Abbildung 104

4. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

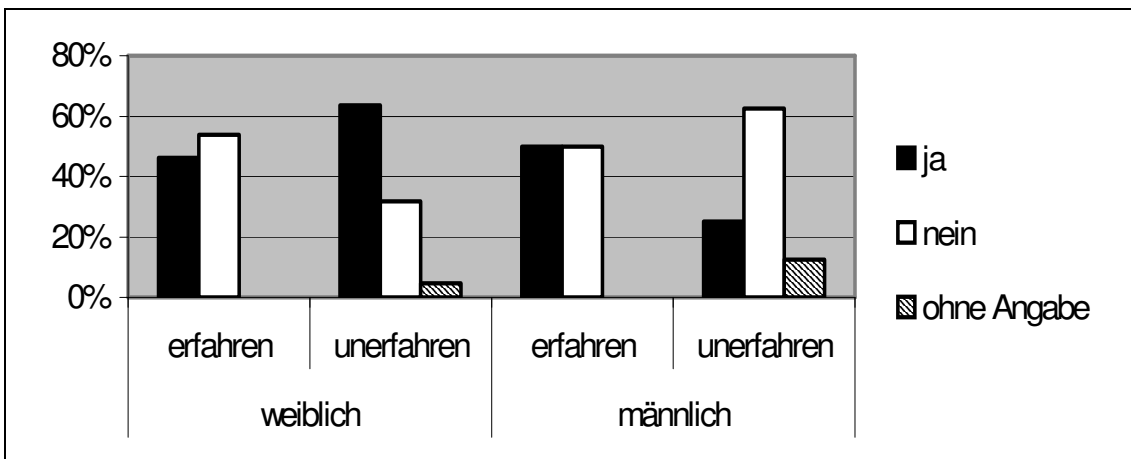


Abbildung 105

5. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

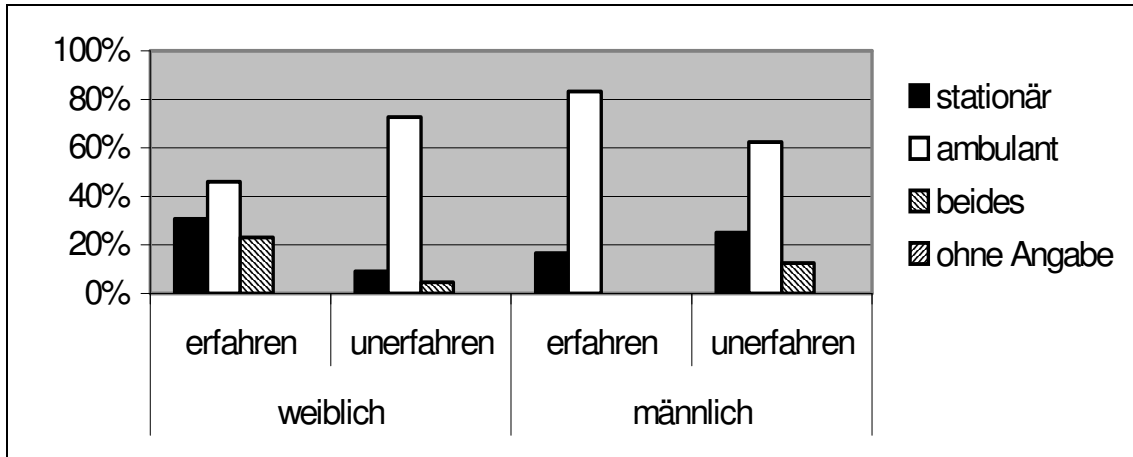


Abbildung 106

6. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

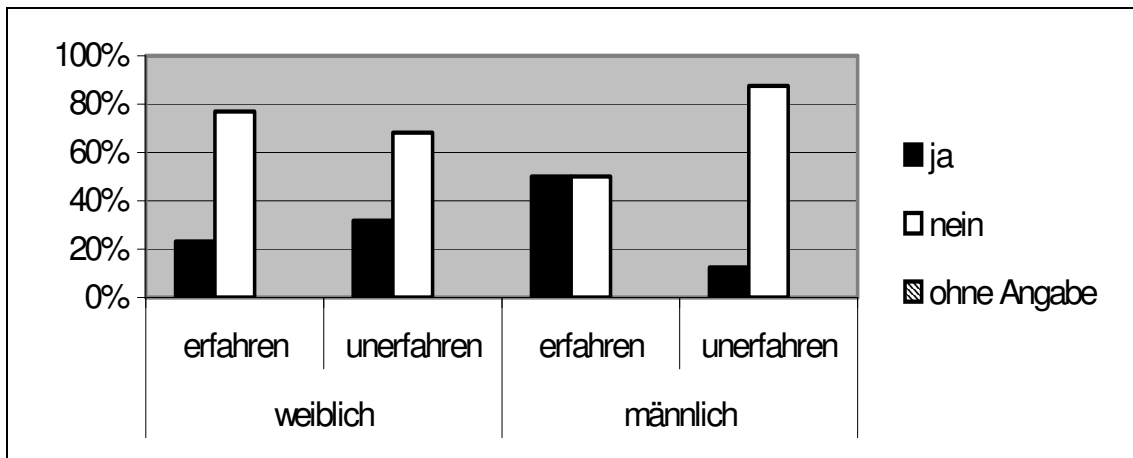


Abbildung 107

7. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

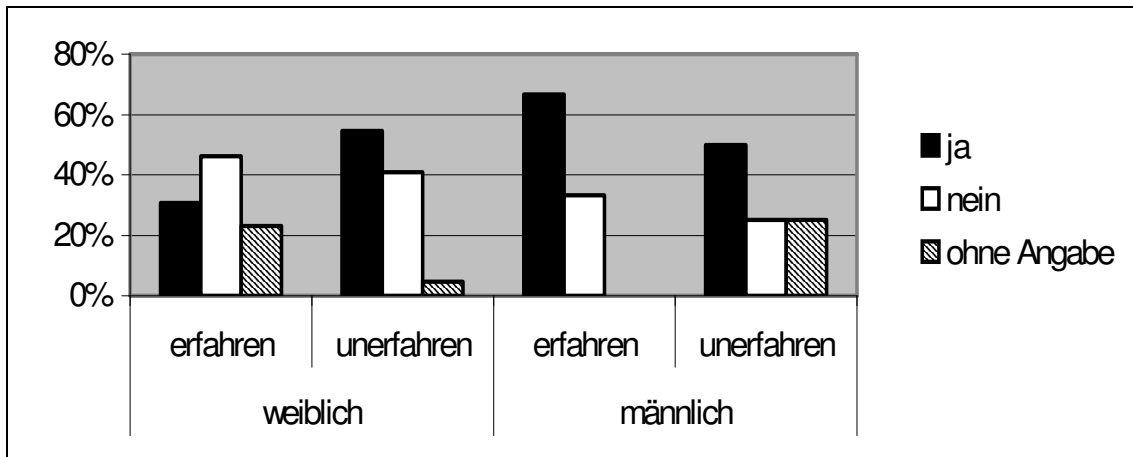


Abbildung 108

8. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

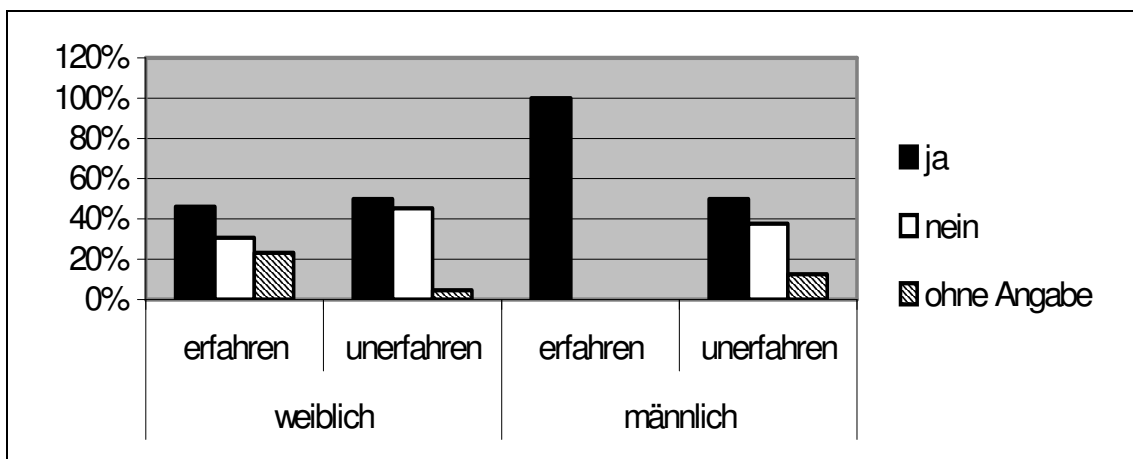


Abbildung 109

9. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

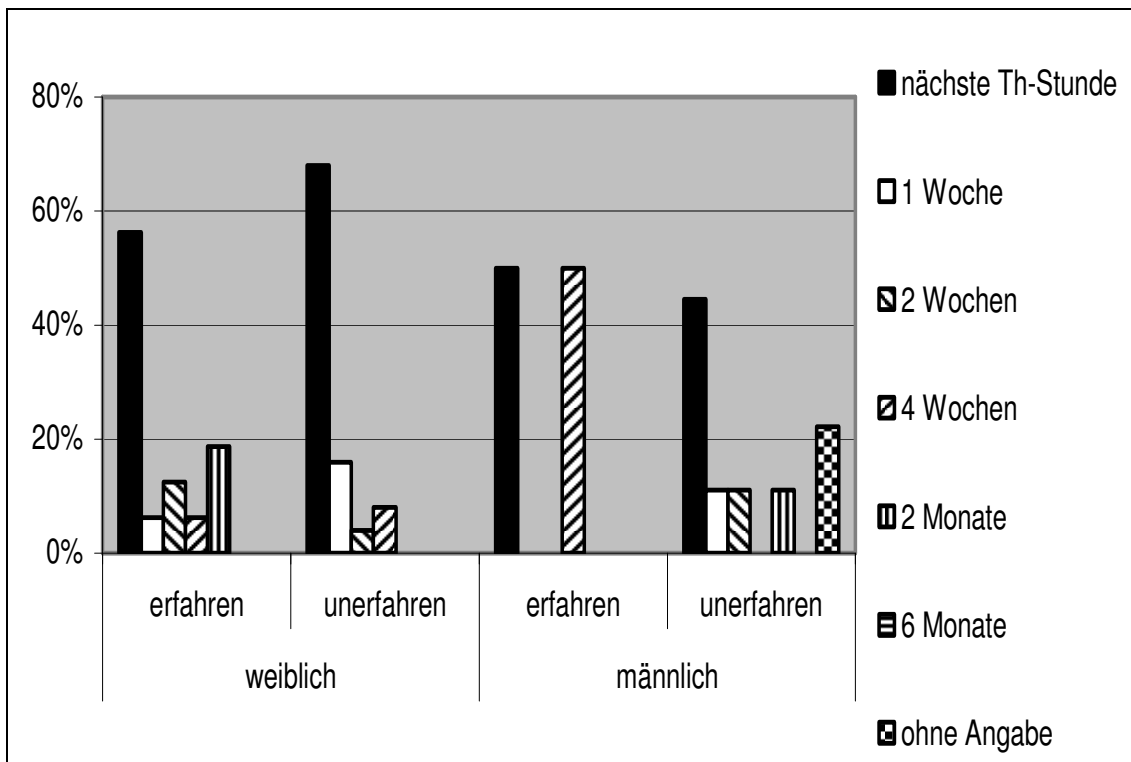


Abbildung 110

10. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

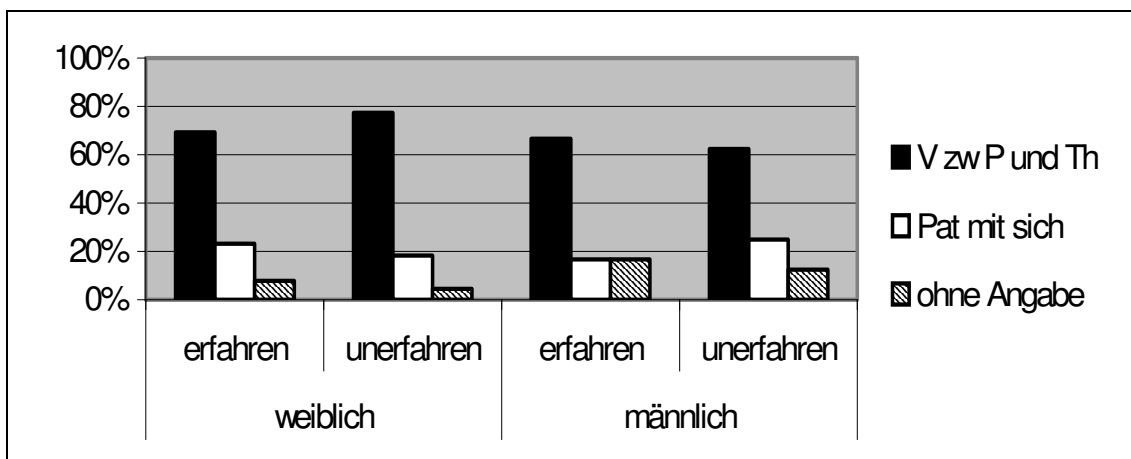


Abbildung 111

11. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten?

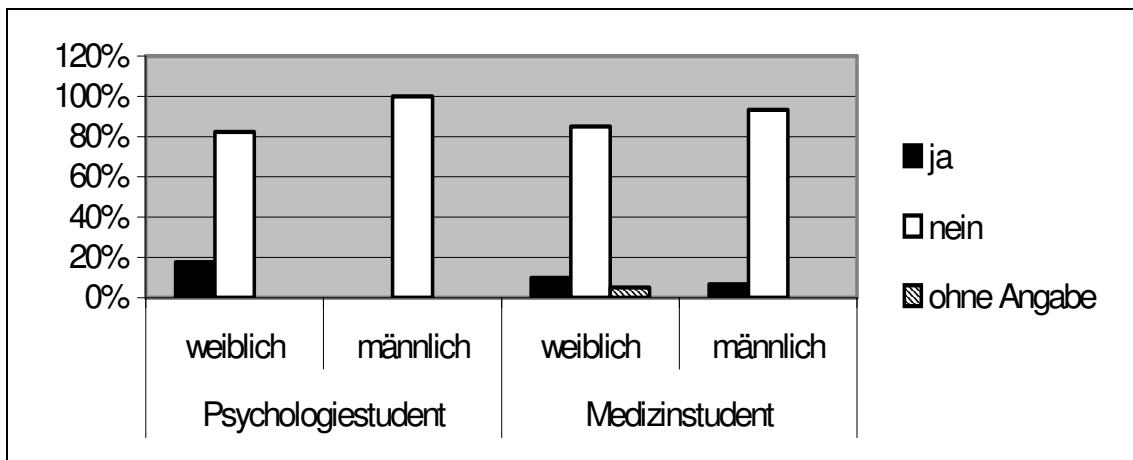


Abbildung 112

12. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen Nicht-Suizid-Vertrag unterschreiben?

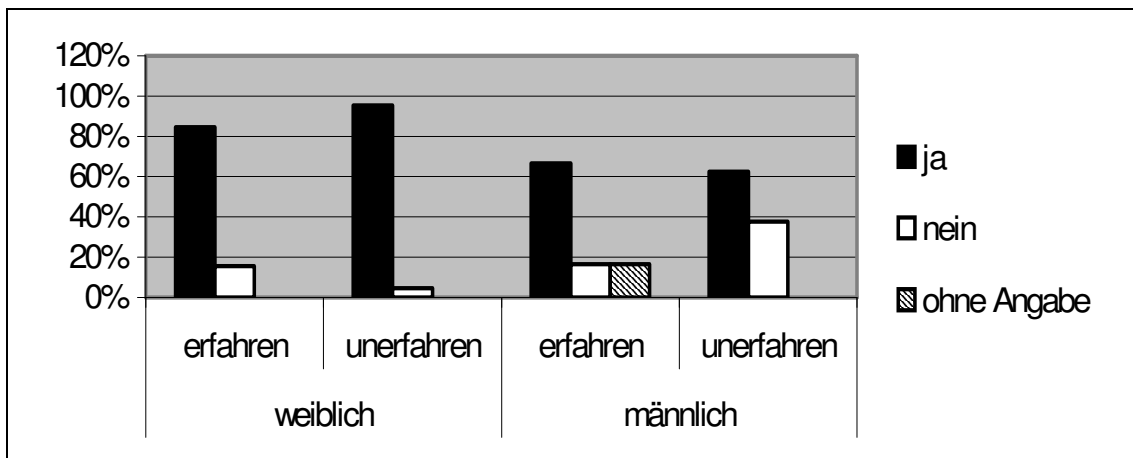


Abbildung 113

13. Könnte ein solcher Nicht-Suizid-Vertrag als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

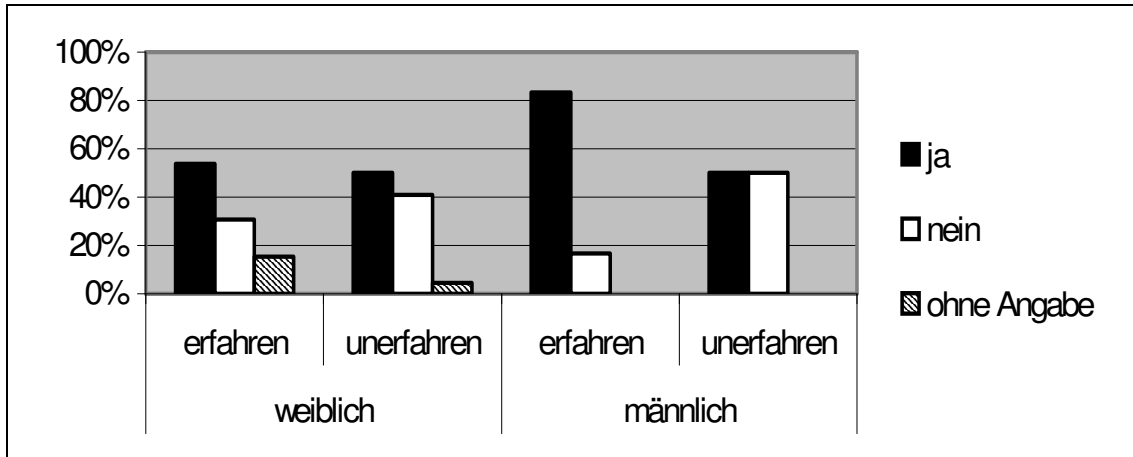


Abbildung 114

14. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

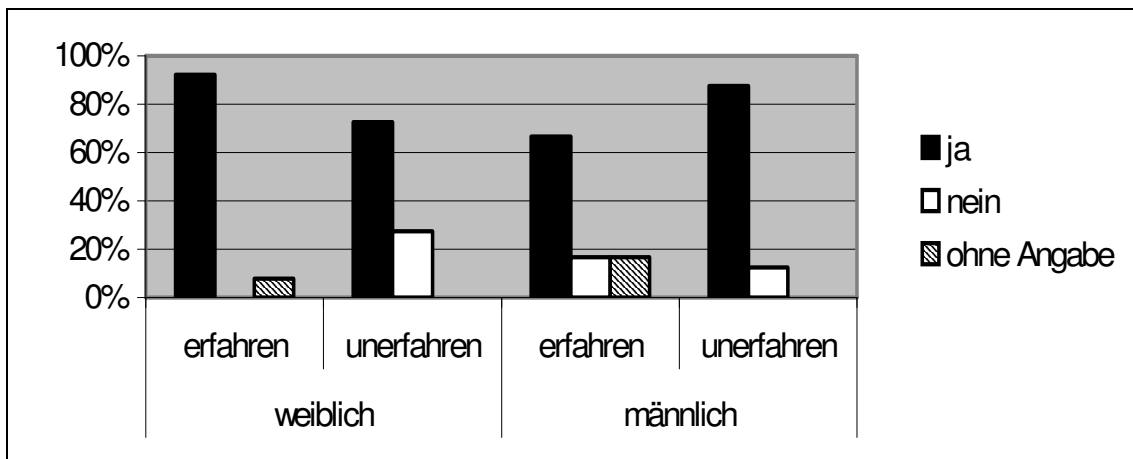


Abbildung 115

15. Wer sollte Ihrer Meinung nach, ein Exemplar des Vertrages erhalten?

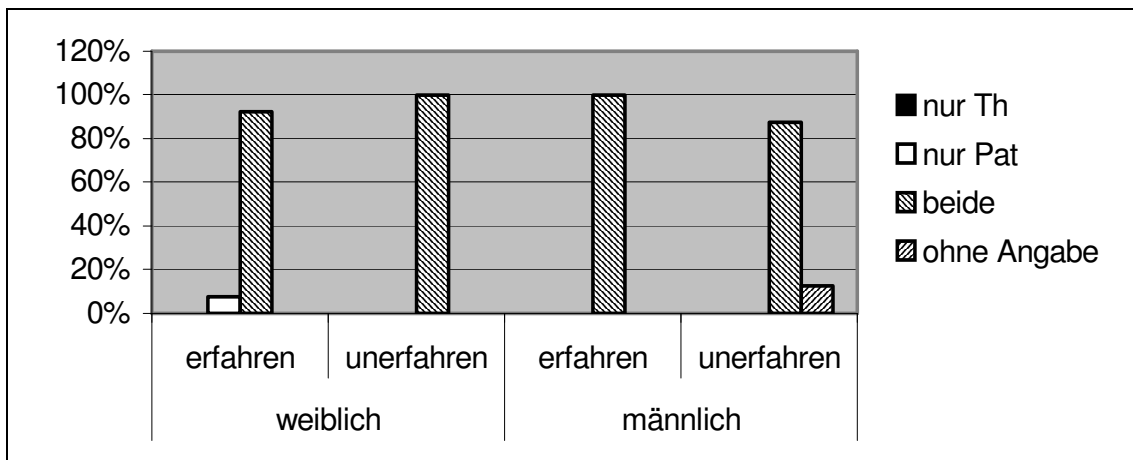


Abbildung 116

16. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

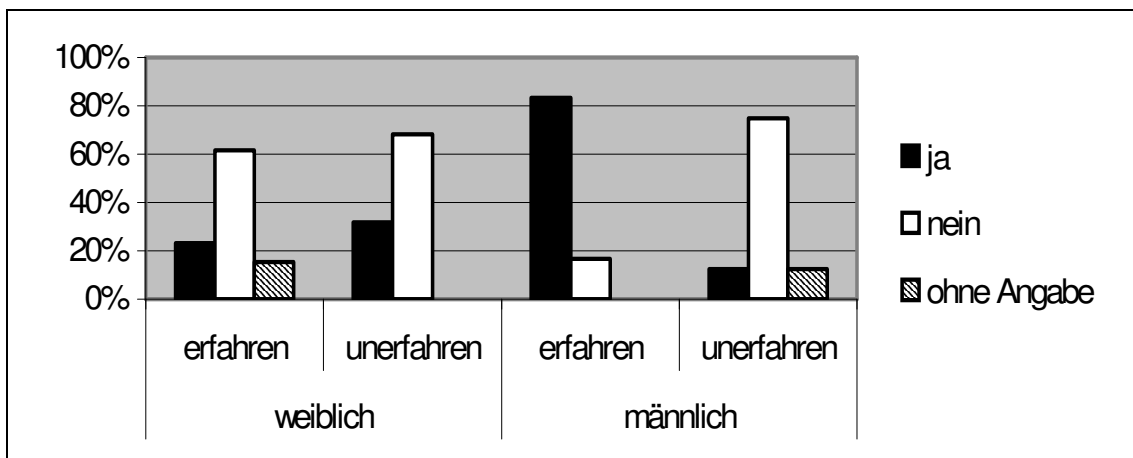


Abbildung 117

17. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

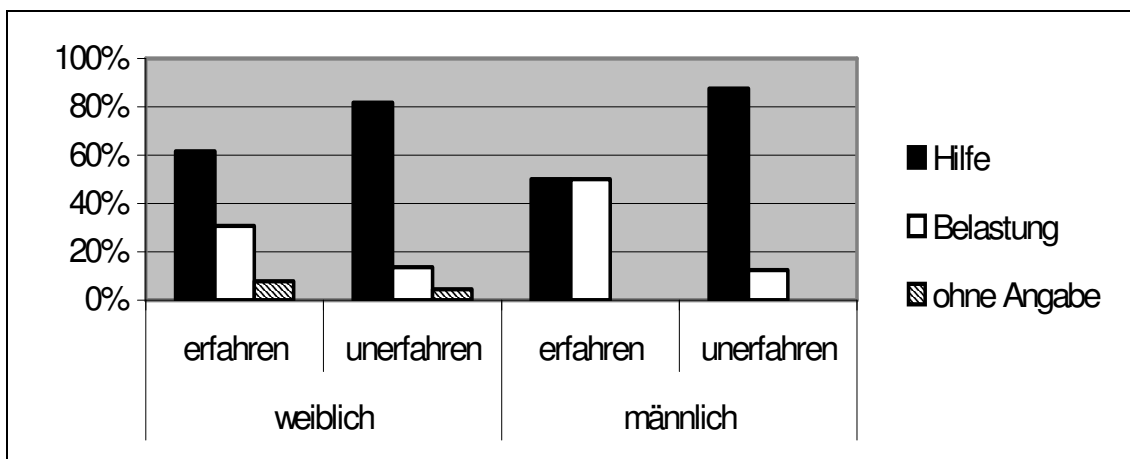


Abbildung 118

18. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?

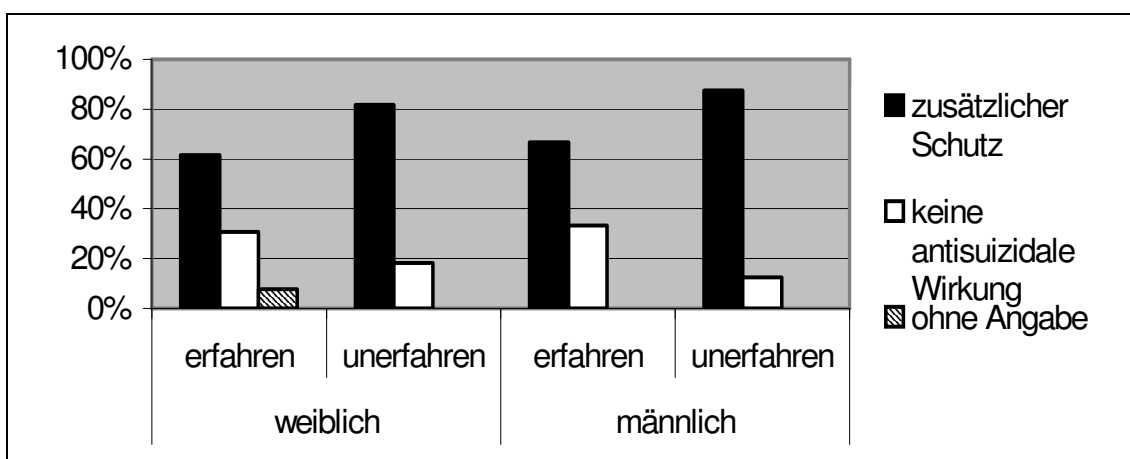


Abbildung 119

19. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

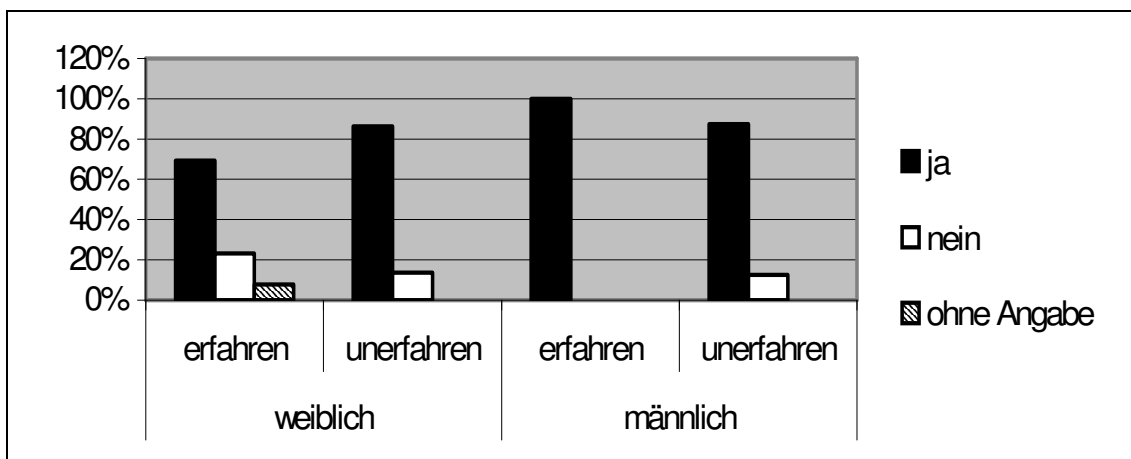


Abbildung 120

20. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

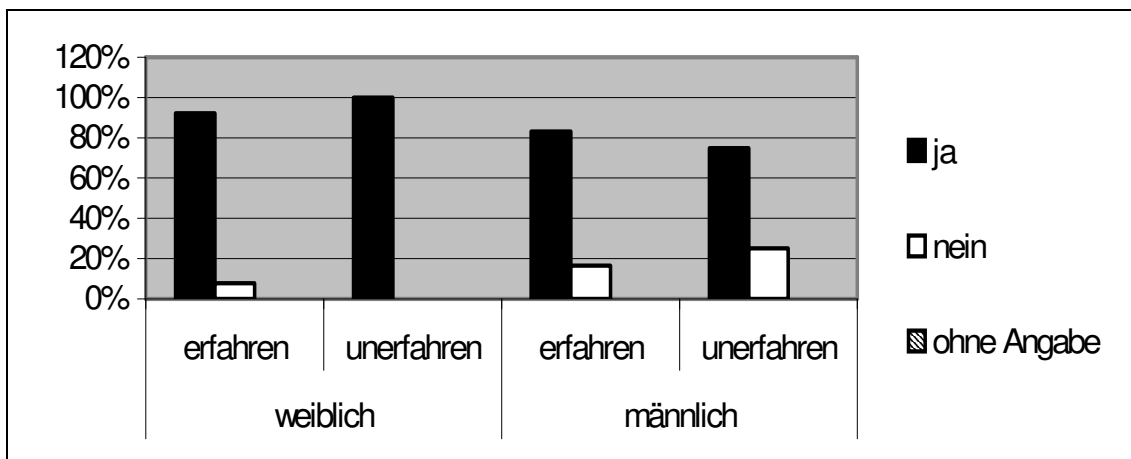


Abbildung 121

21. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

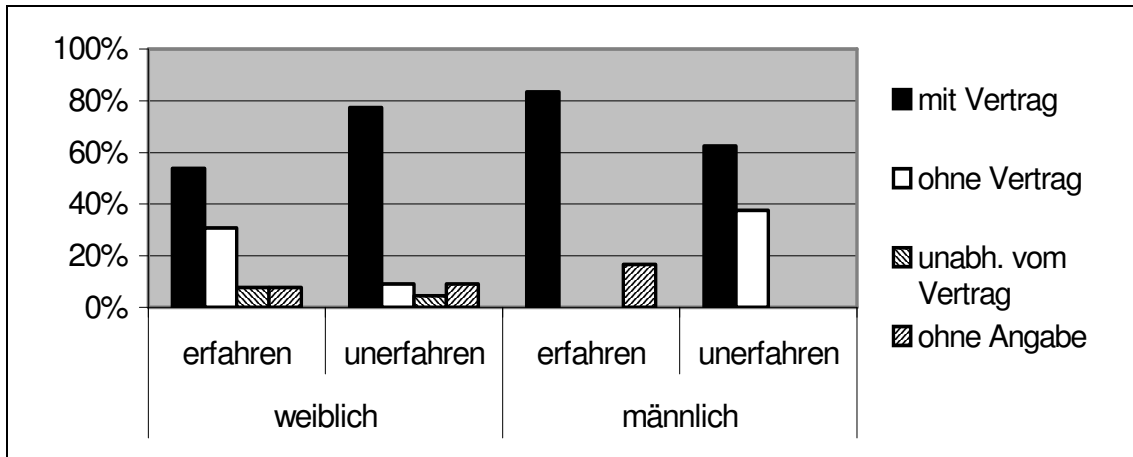


Abbildung 122

22. Wäre es sinnvoller, den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten oder als einen Bestandteil der Therapie darzustellen?

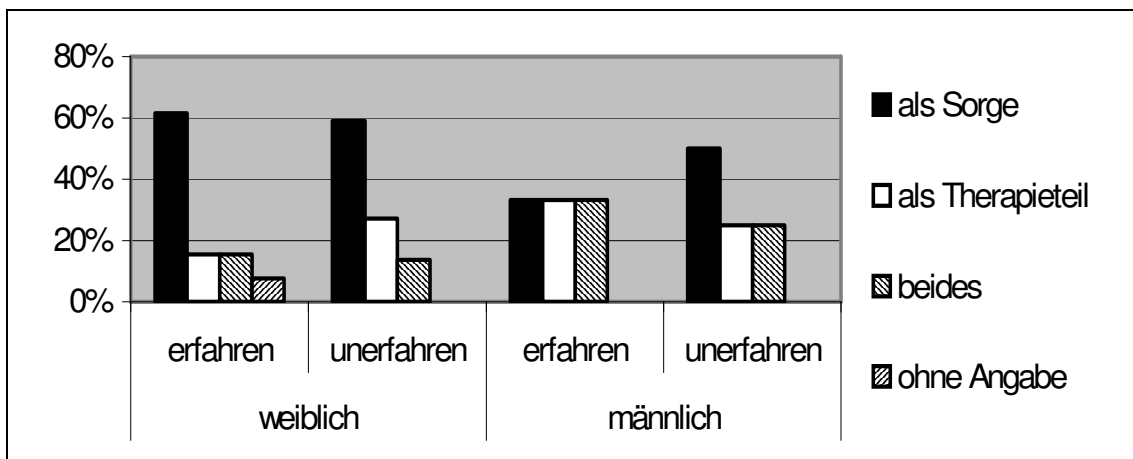


Abbildung 123

23. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

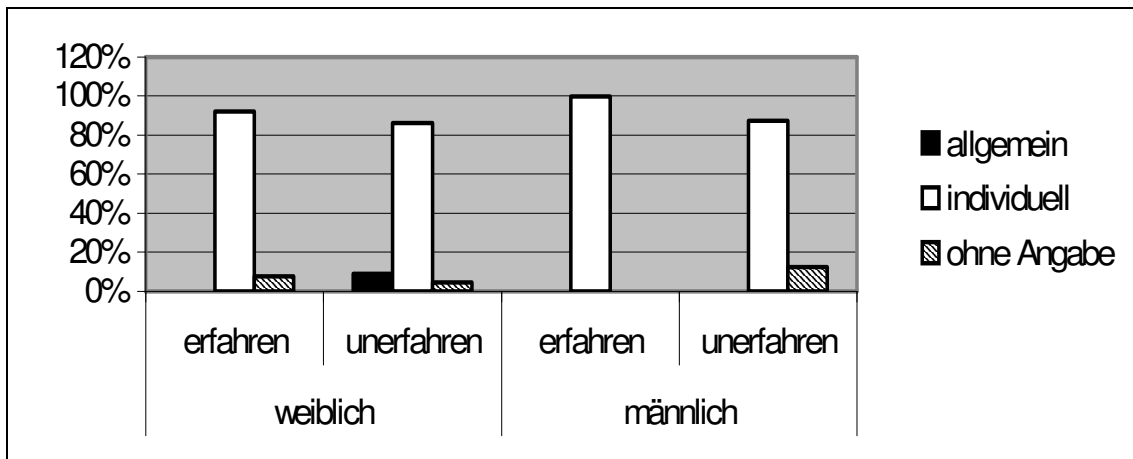


Abbildung 124

24. Sollten Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag festgehalten werden?

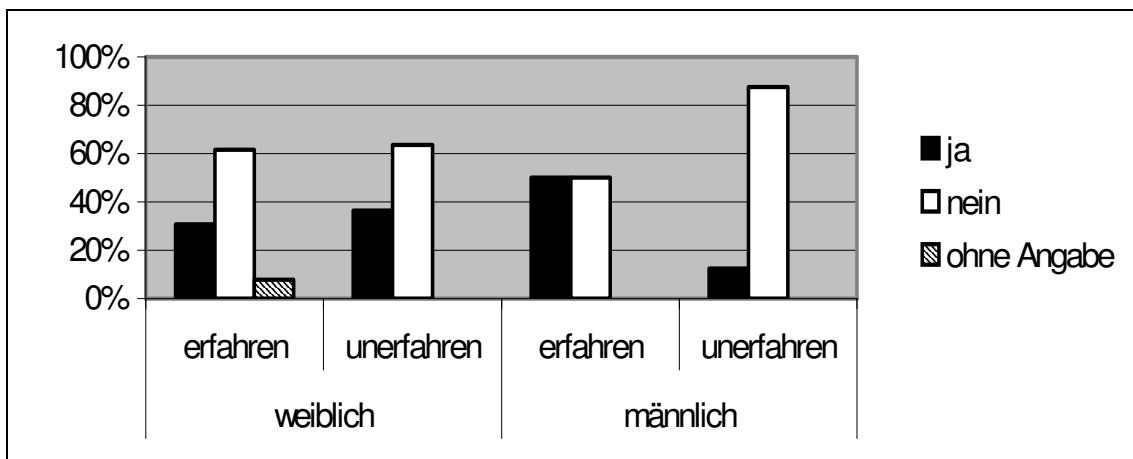


Abbildung 125

25. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag schriftlich festzuhalten?

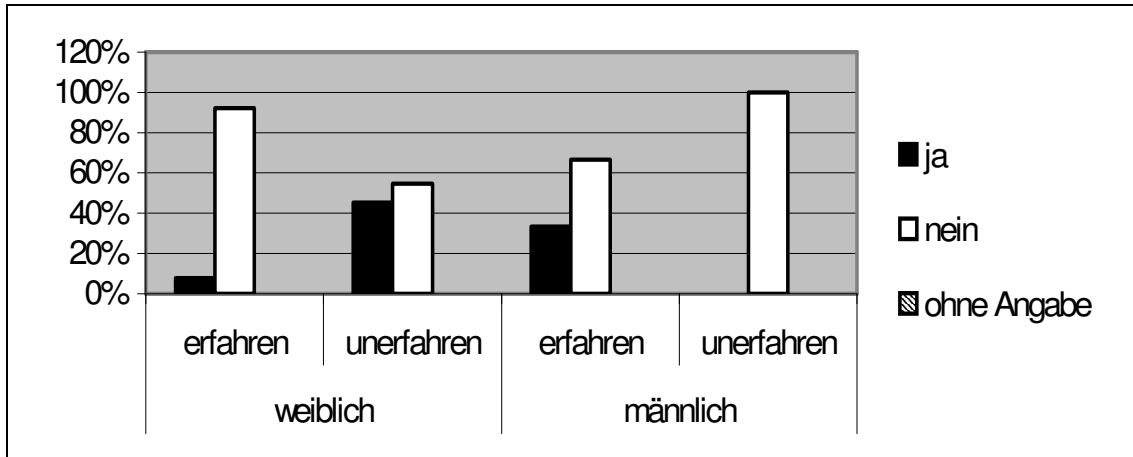


Abbildung 126

26. Sollten Ihrer Meinung nach, die Ziele der Therapie festgehalten werden?

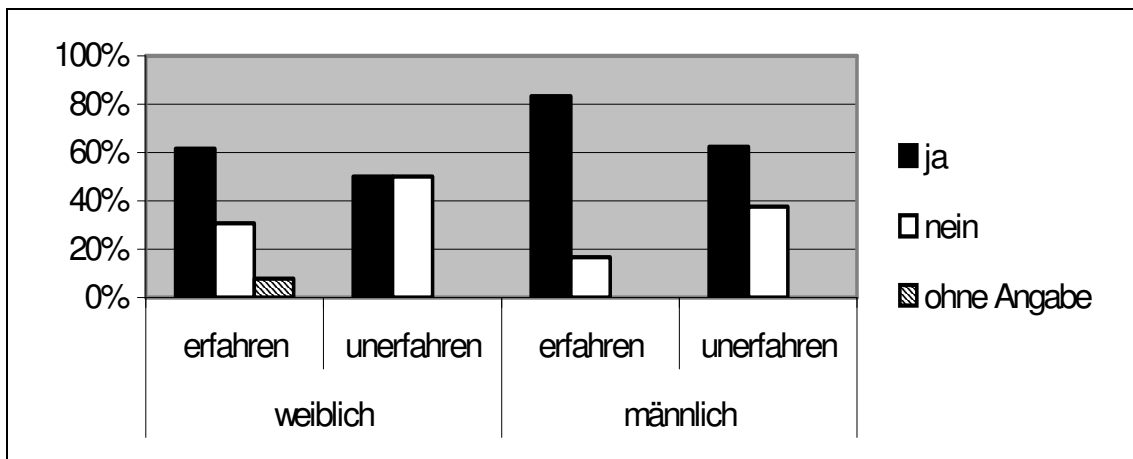


Abbildung 127

27. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

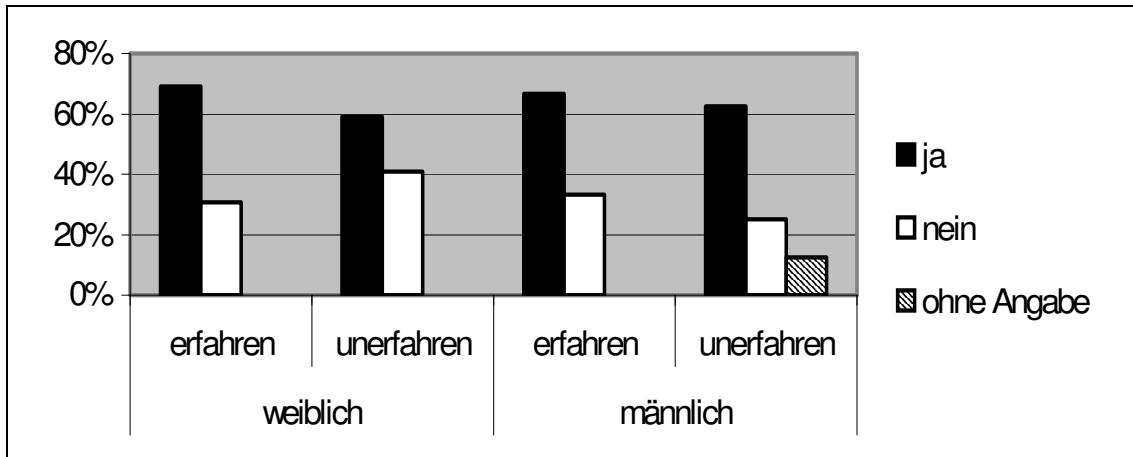


Abbildung 128

28. Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben?

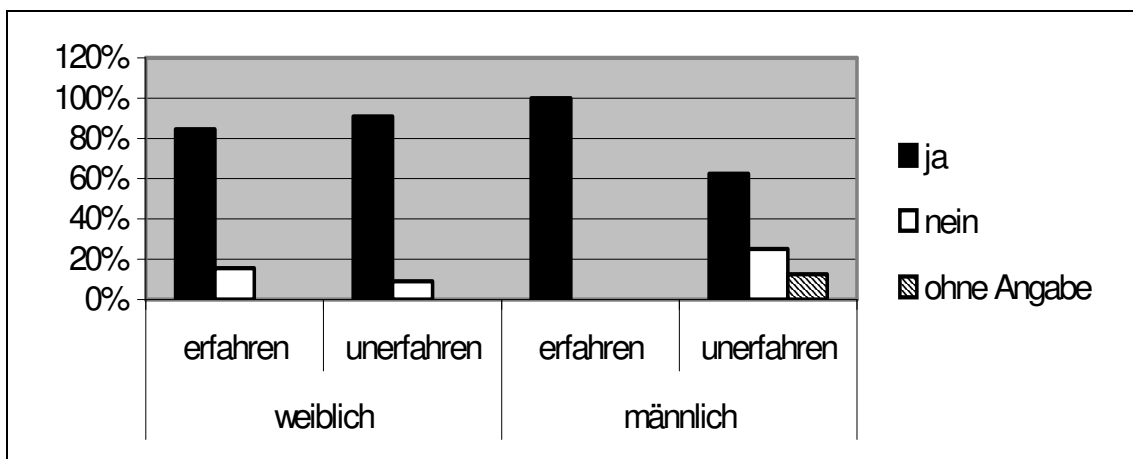


Abbildung 129

29. Sollte man im Vertrag die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreiben?

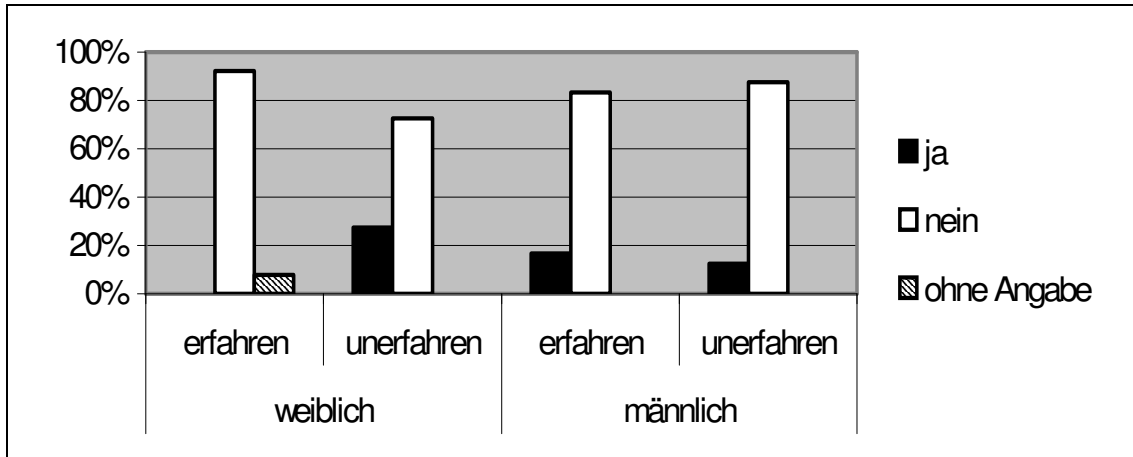


Abbildung 130

30. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

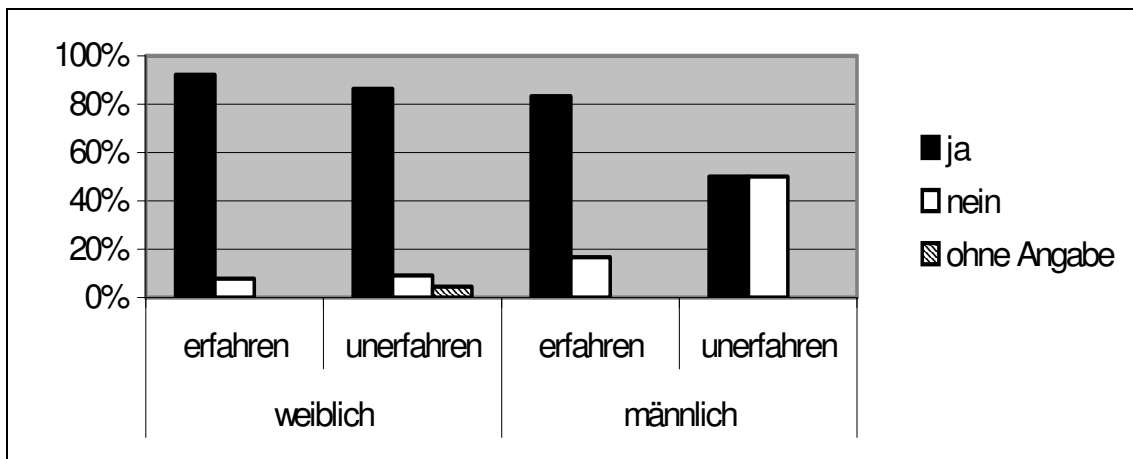


Abbildung 131

31. Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

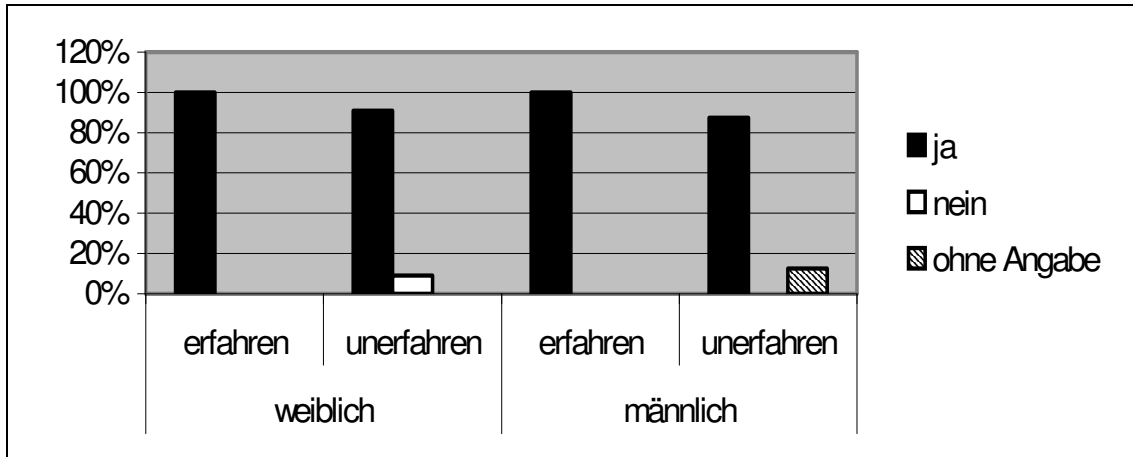


Abbildung 132

32. Würden Sie dem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

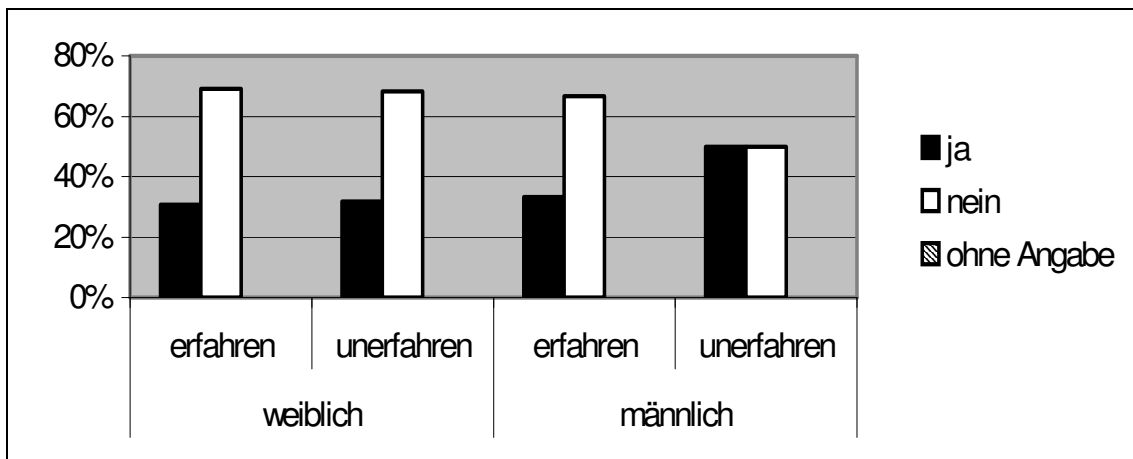


Abbildung 133

33. Fänden Sie es nützlich, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

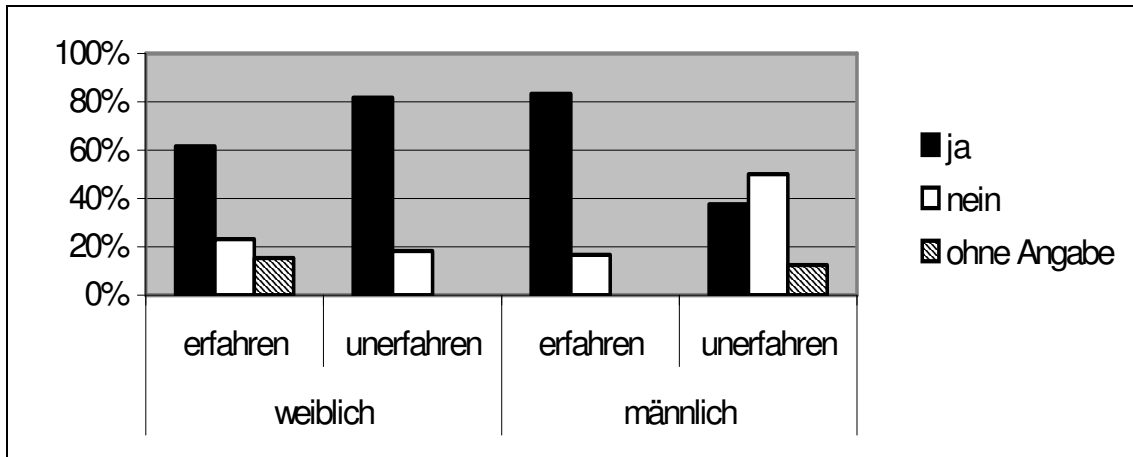


Abbildung 134

34. Fänden Sie für den weiteren Therapieverlauf pos/neg Konsequenzen bei (Nicht)-Erfüllung von vorgegebenen Aufgaben sinnvoll?

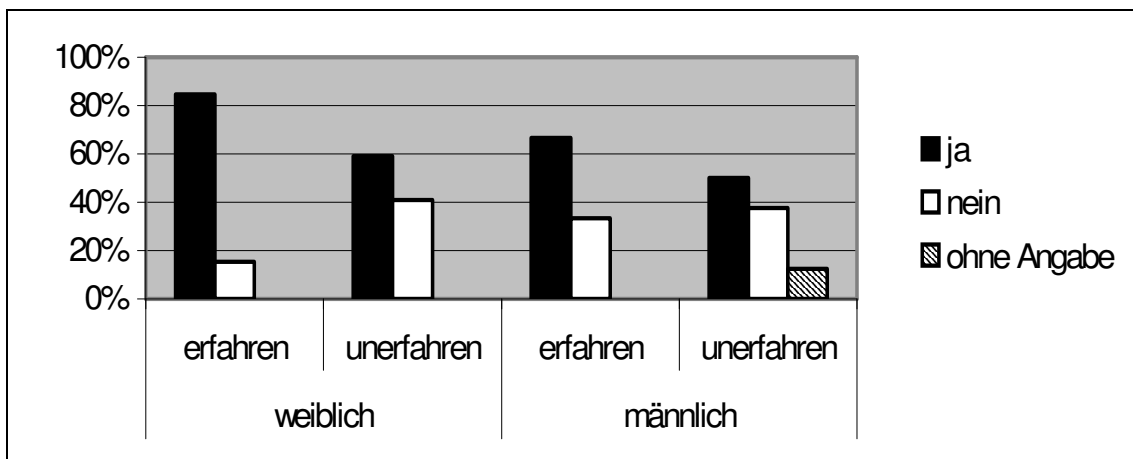


Abbildung 135

35. Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Nicht-Suizid-Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

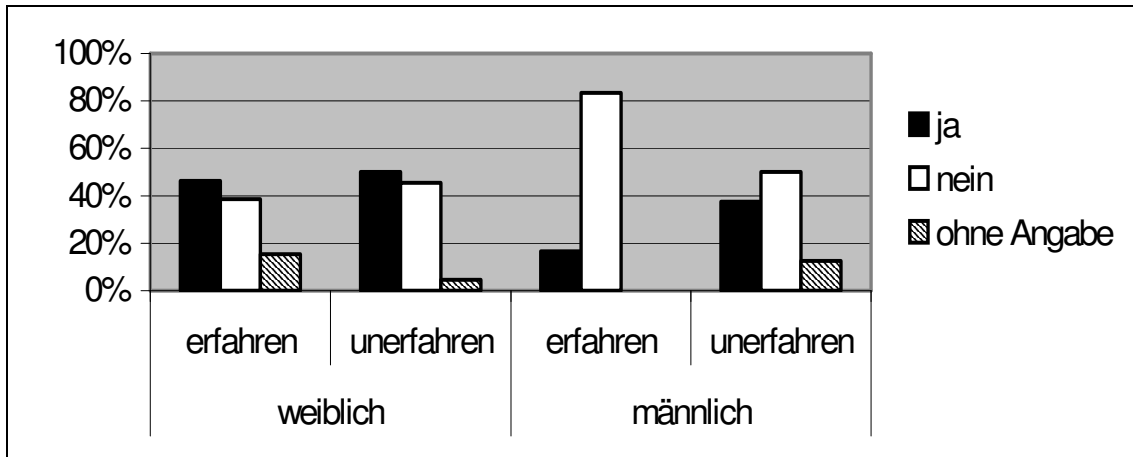


Abbildung 136

36. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein: Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?

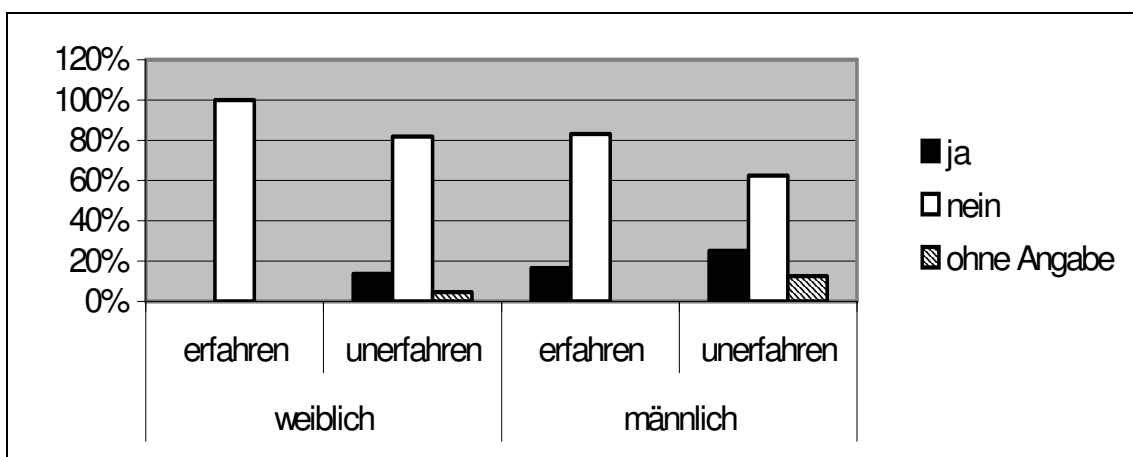


Abbildung 137

37. Hat ihrer Meinung ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?

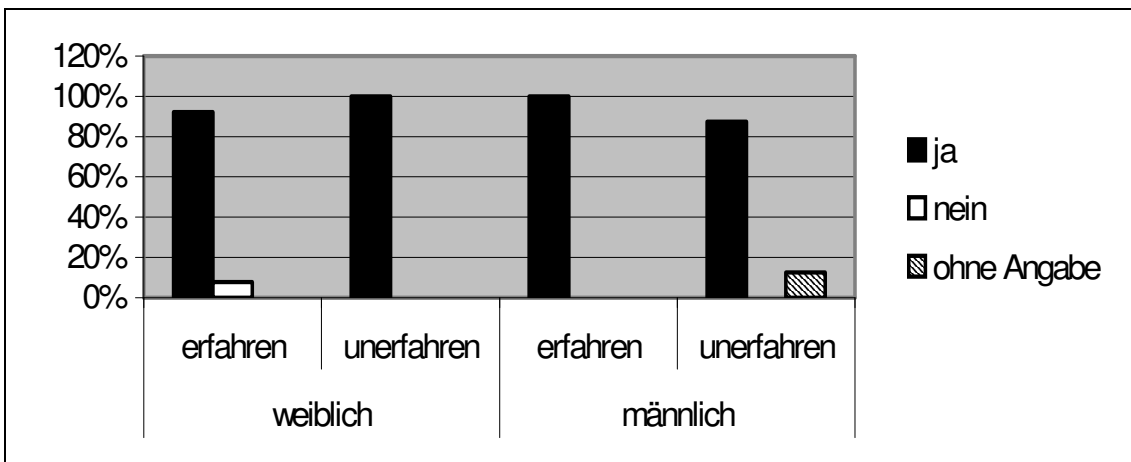


Abbildung 138

38. Hat ihrer Meinung ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?

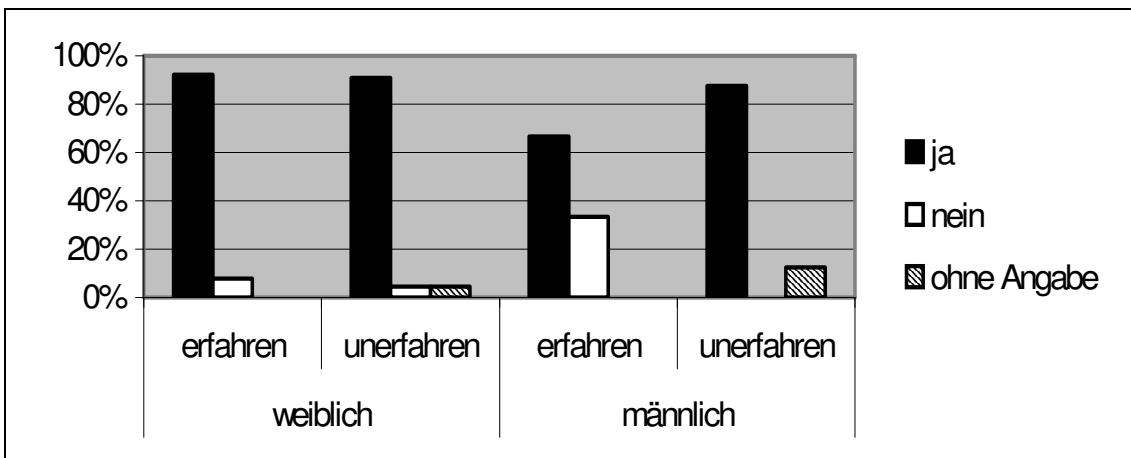


Abbildung 139

39. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

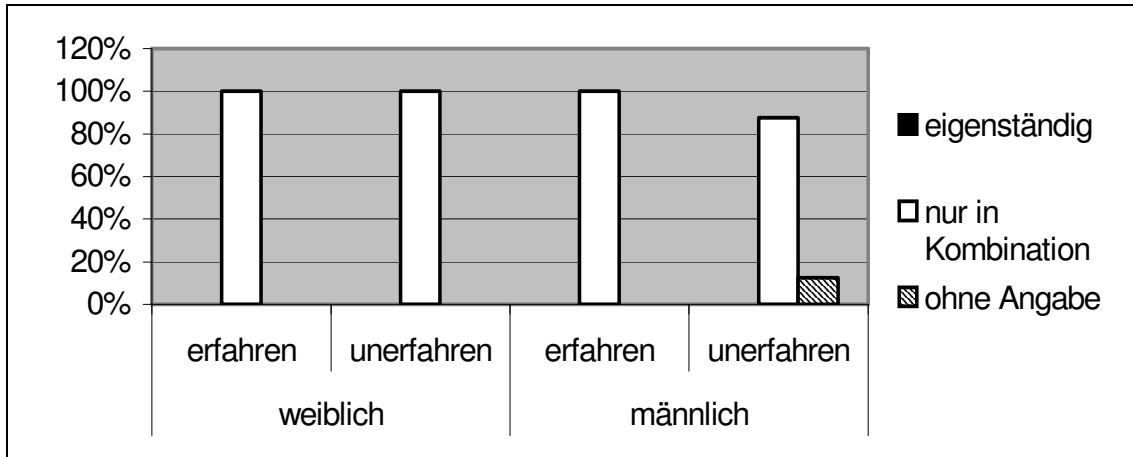


Abbildung 140

40. Würden Sie als Therapeut einen Nicht-Suizid-Vertrag anwenden?

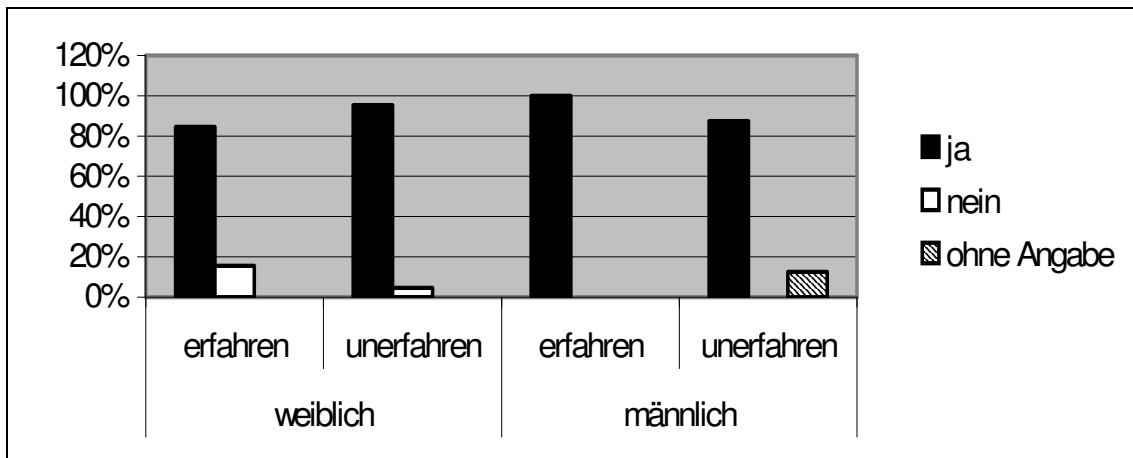


Abbildung 141

7.3.4 Abbildungen der Auswertung der Medizinstudenten und Psychologiestudenten

Die Auswertung bei den Studenten erfolgt nach Geschlecht und wird fachübergreifend dargestellt.

Die Aufteilung erfolgt in:

- × Psychologiestudent weiblich (n=17)
- × Psychologiestudent männlich (n=6)
- × Medizinstudent weiblich (n=20)
- × Medizinstudent männlich (n=30)

1. Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

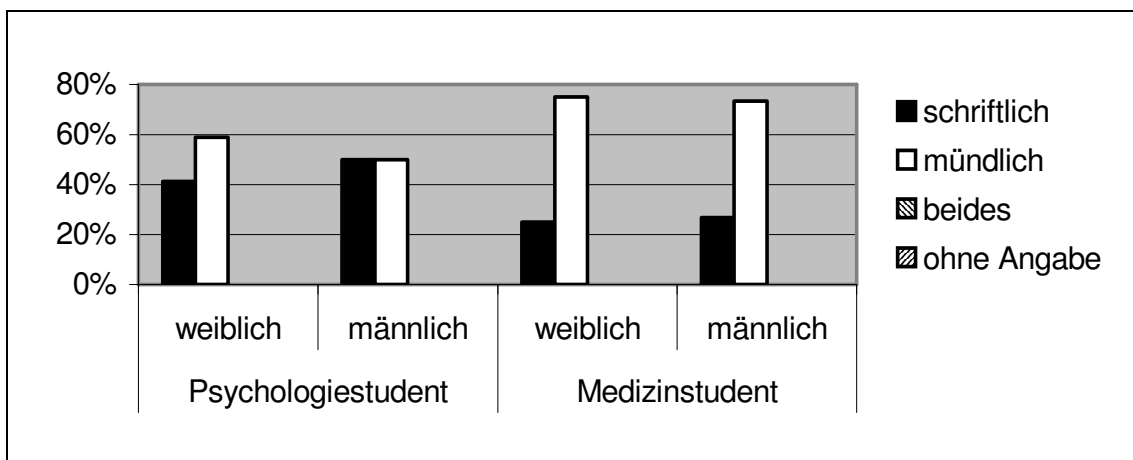


Abbildung 142

2. Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

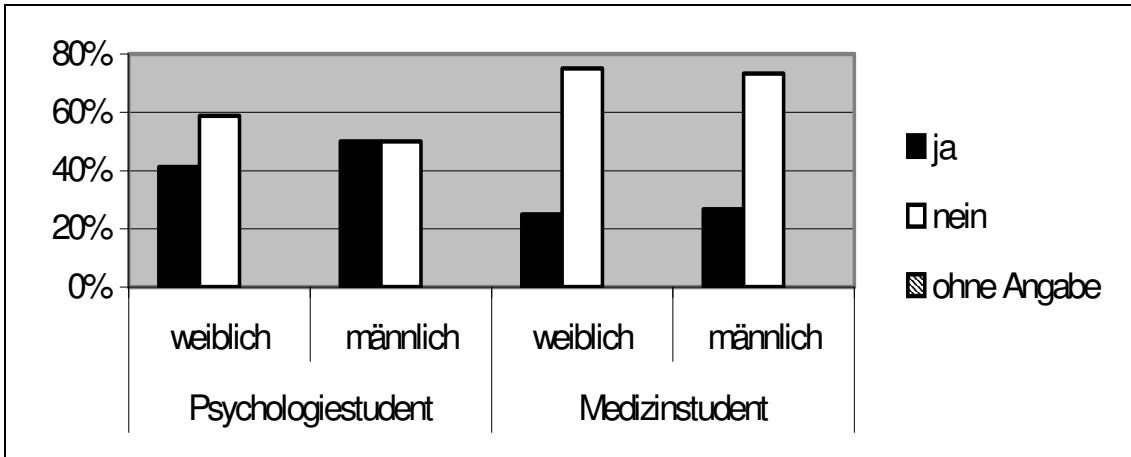


Abbildung 143

3. Wäre ein solcher Vertrag besser für stationäre oder nicht stationär behandelte Patienten geeignet?

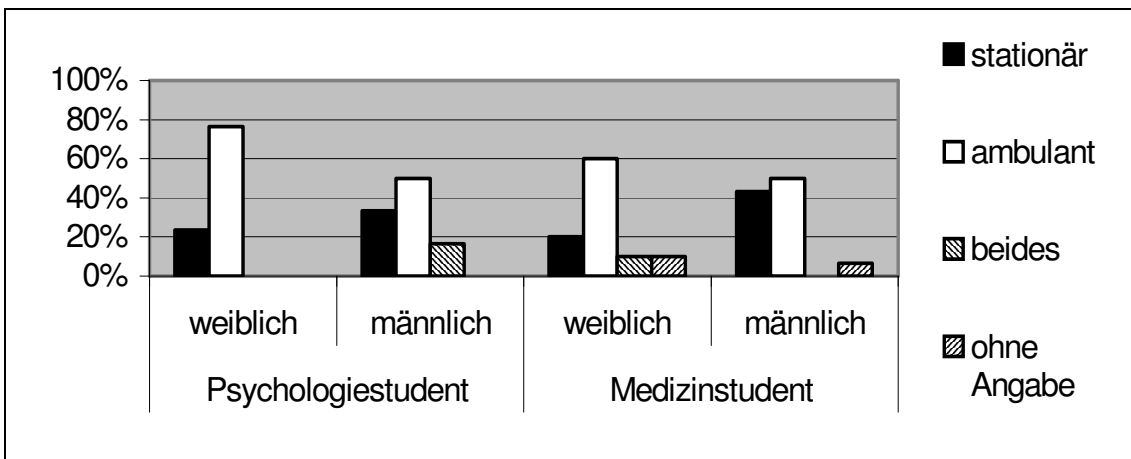


Abbildung 144

4. Wäre ein solcher Vertrag bei allen suizidalen Patienten anwendbar?

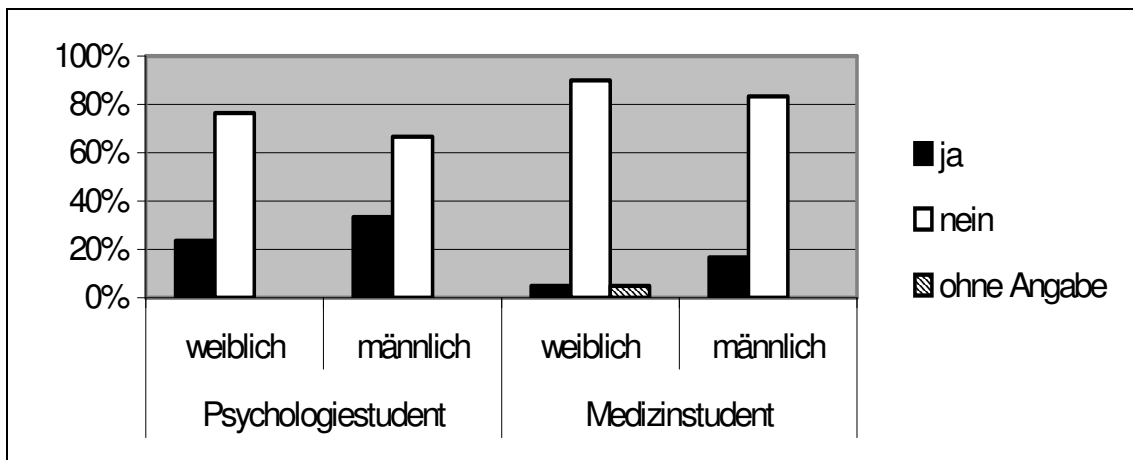


Abbildung 145

5. Sind Sie davon überzeugt, dass suizidale Patienten den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

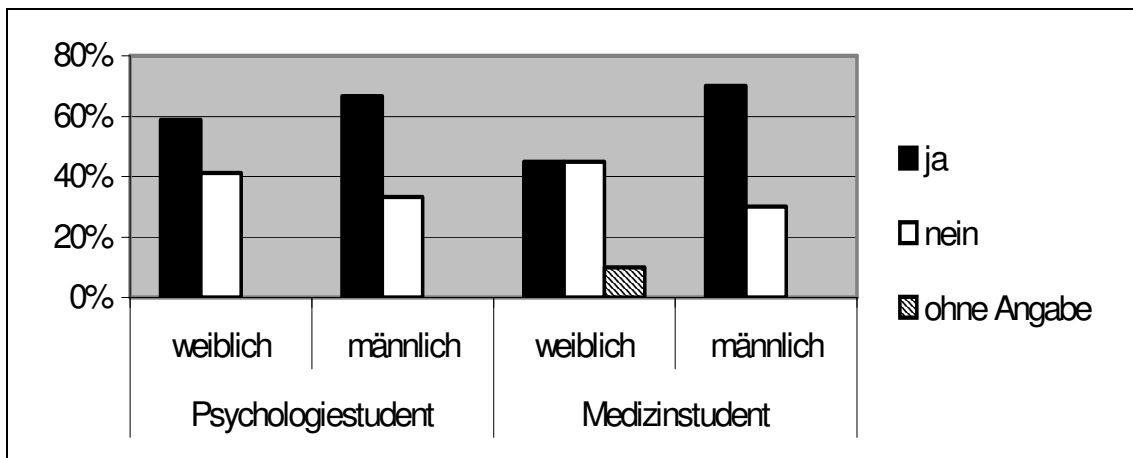


Abbildung 146

6. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise verträglich wären?

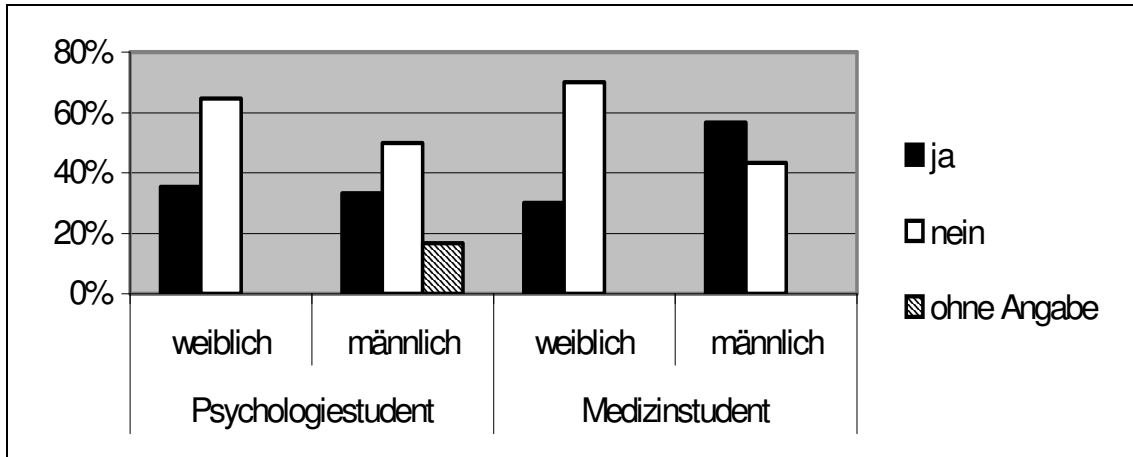


Abbildung 147

7. Wie lange sollte ein solcher Vertrag gültig sein?

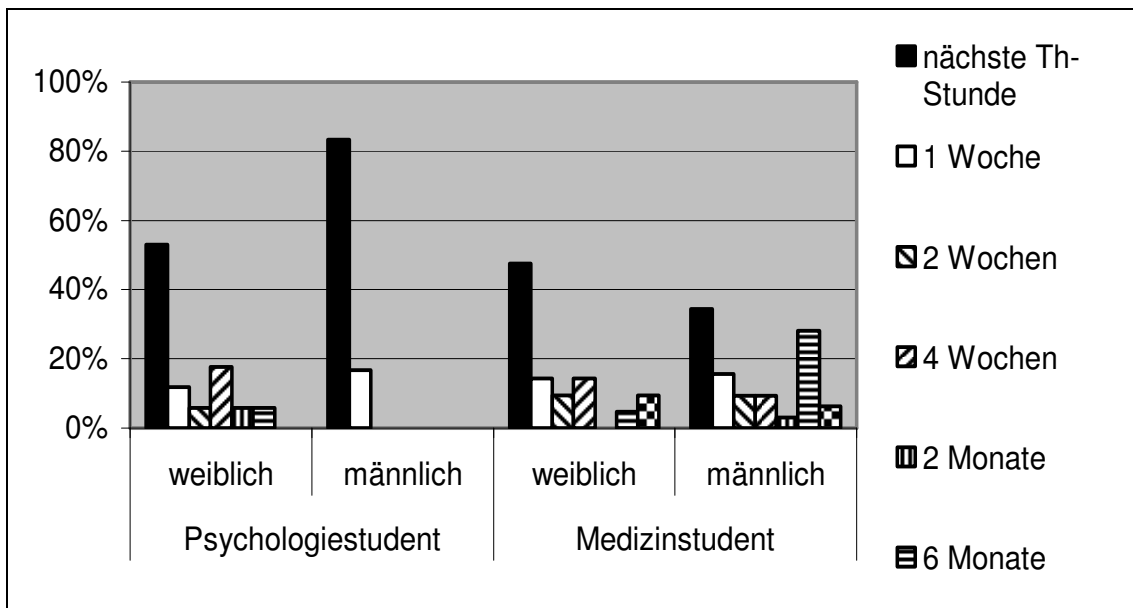


Abbildung 148

8. Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

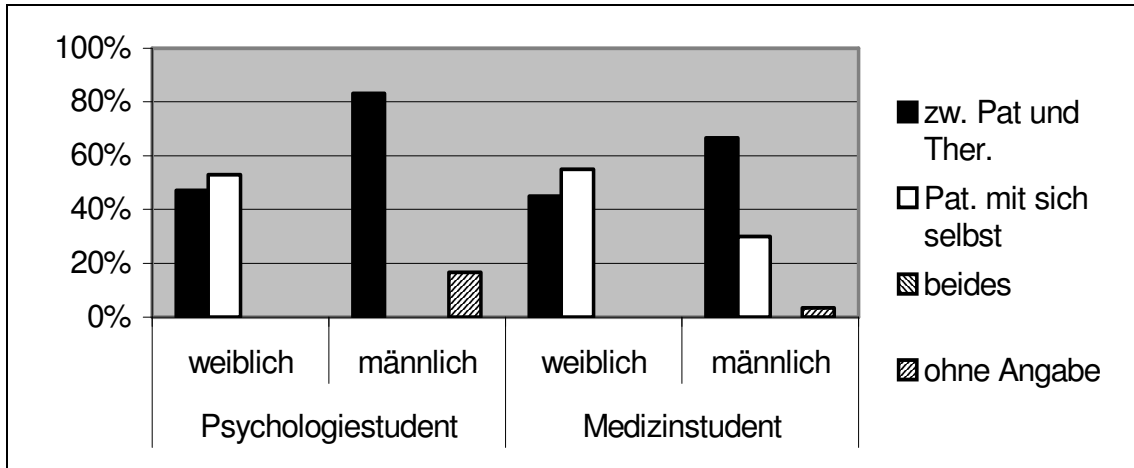


Abbildung 149

9. Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag vom Suizid abhalten?

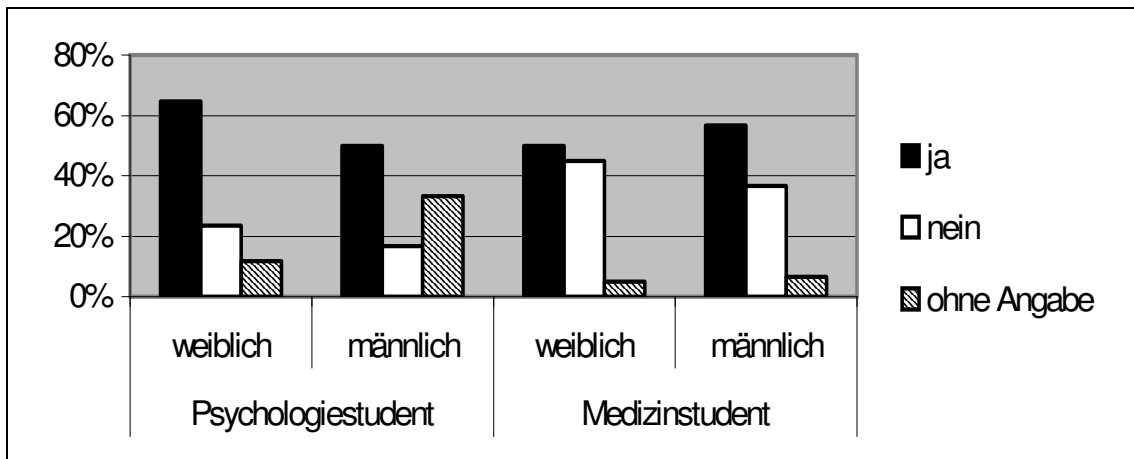


Abbildung 150

10. Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen Nicht-Suizid-Vertrag unterschreiben?

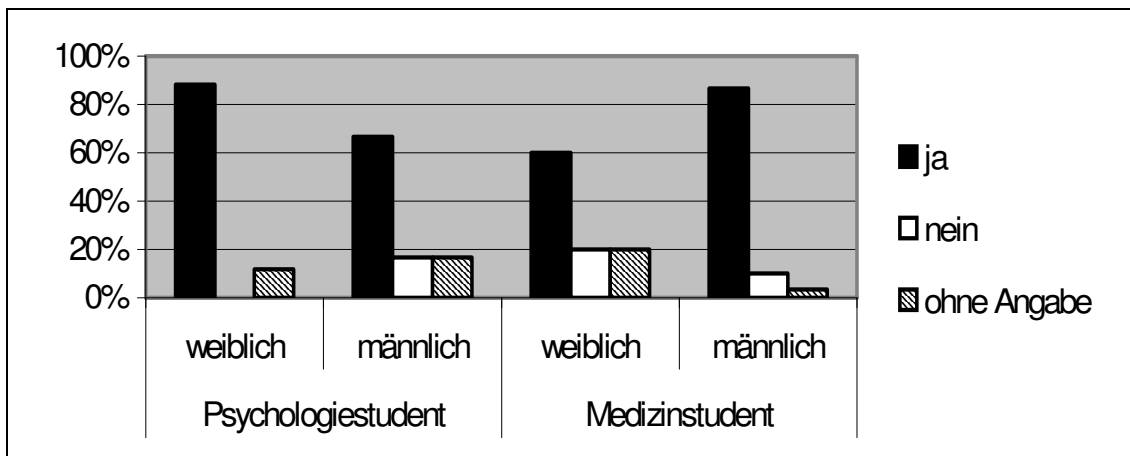


Abbildung 151

11. Könnte ein solcher Nicht-Suizid-Vertrag als Schutz dienen, wenn ein Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

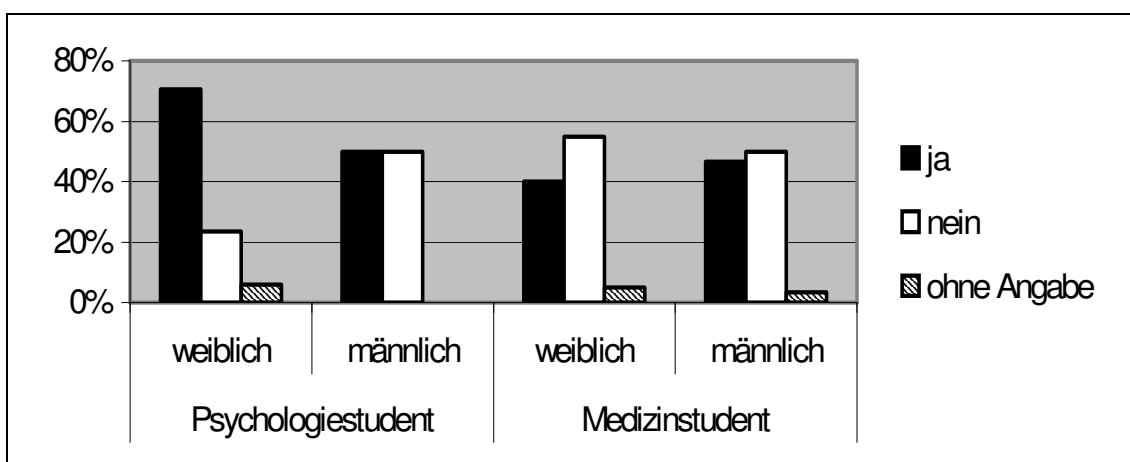


Abbildung 152

12. Fänden Sie es wichtig, die Autonomie eines suizidalen Patienten zu stärken?

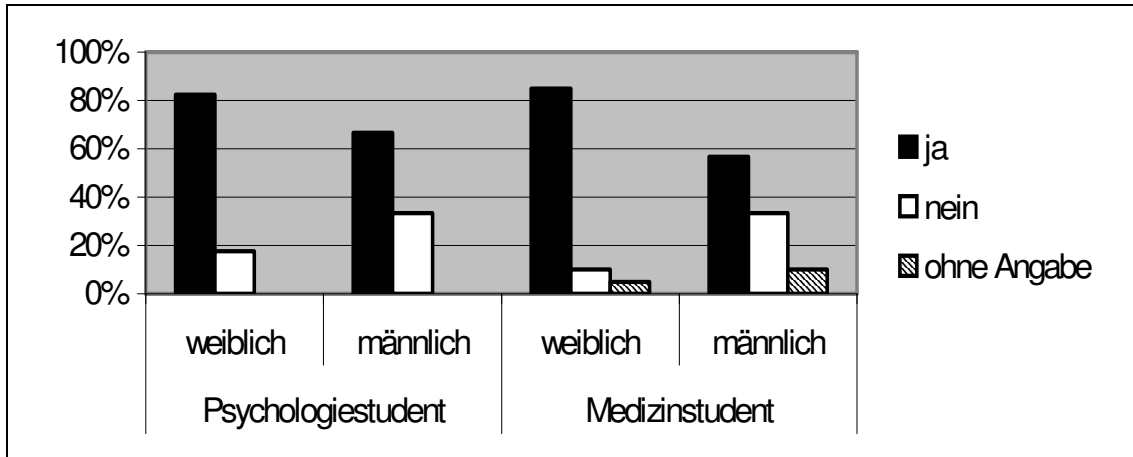


Abbildung 153

13. Wer sollte Ihrer Meinung nach, ein Exemplar des Vertrages erhalten?

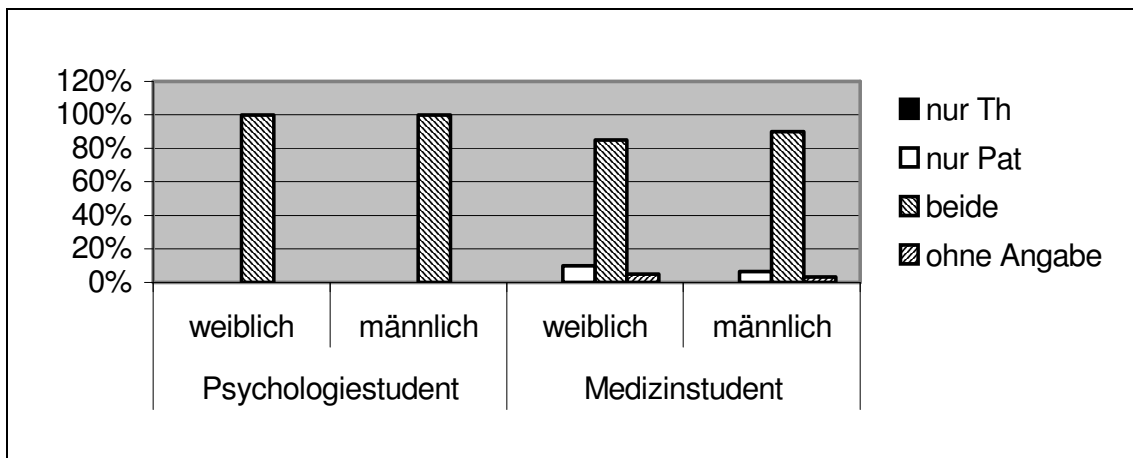


Abbildung 154

14. Fänden Sie es sinnvoll, das einzige Exemplar des Vertrages dem Patienten auszuhändigen?

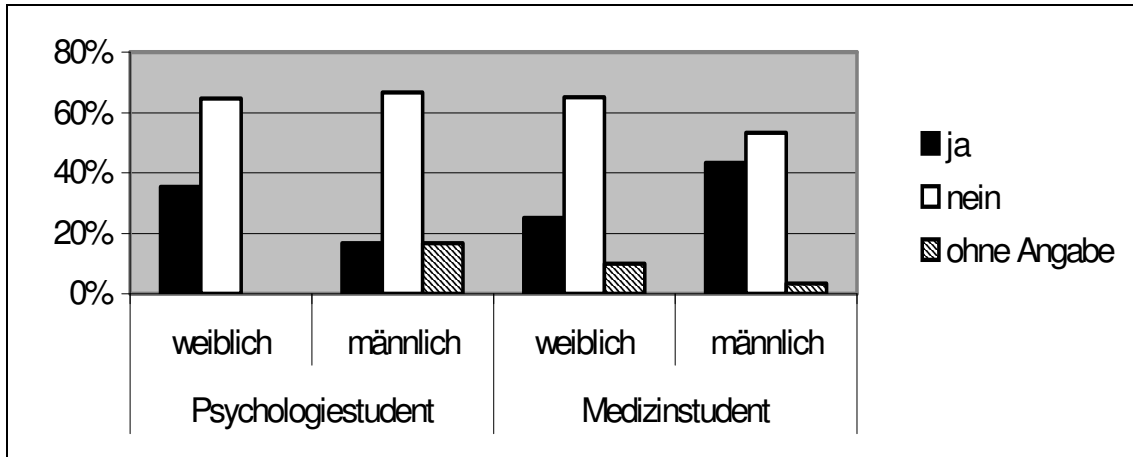


Abbildung 155

15. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

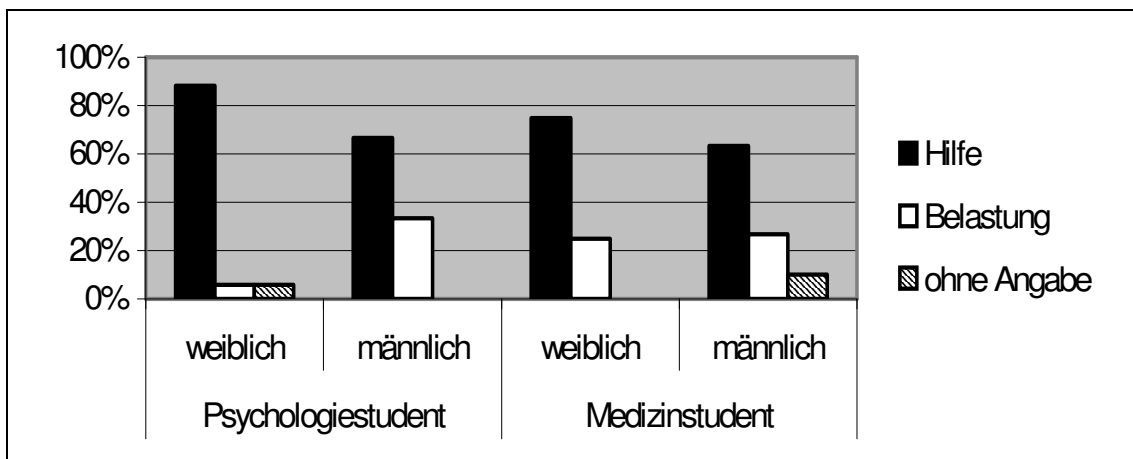


Abbildung 156

16. Könnte das ständige Mitführen des Vertrages als zusätzlicher Schutz vor einer weiteren suizidalen Handlung gesehen werden oder hätte diese Tatsache Ihrer Meinung nach keine antisuizidale Wirkung?

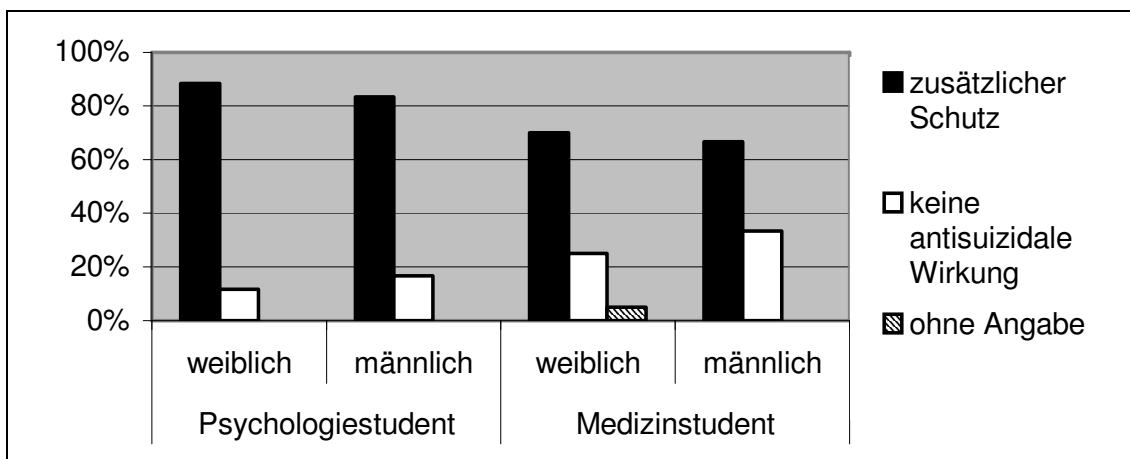


Abbildung 157

17. Könnte ein solcher Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

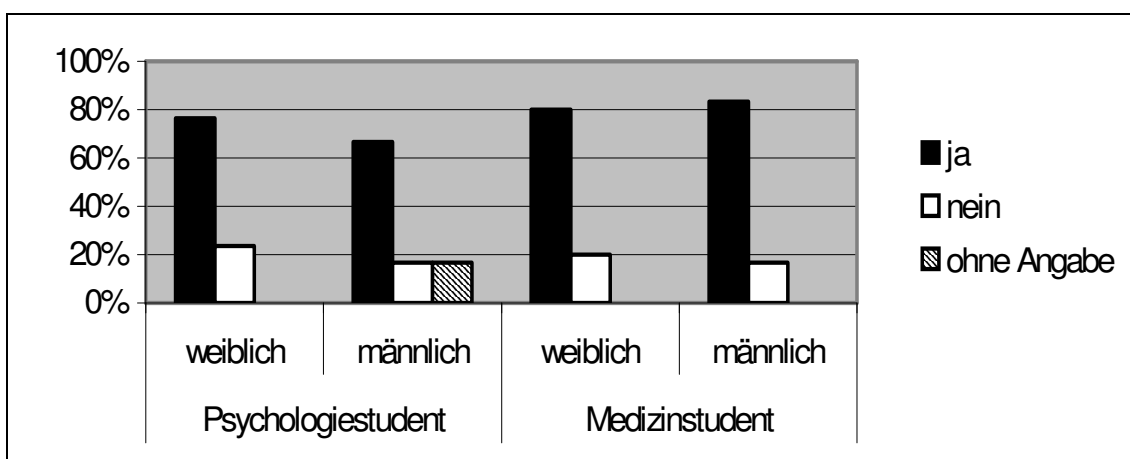


Abbildung 158

18. Finden Sie, dass ein solcher Vertrag dem Patienten das Gefühl geben könnte, dass der Therapeut sich um ihn sorgt?

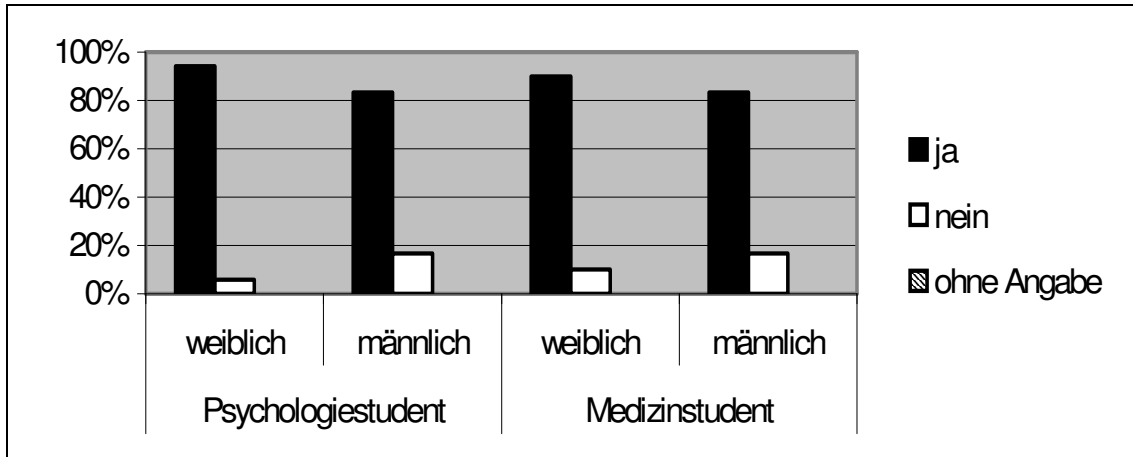


Abbildung 159

19. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine bessere Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten geschaffen werden, mit oder ohne einen solchen Vertrag?

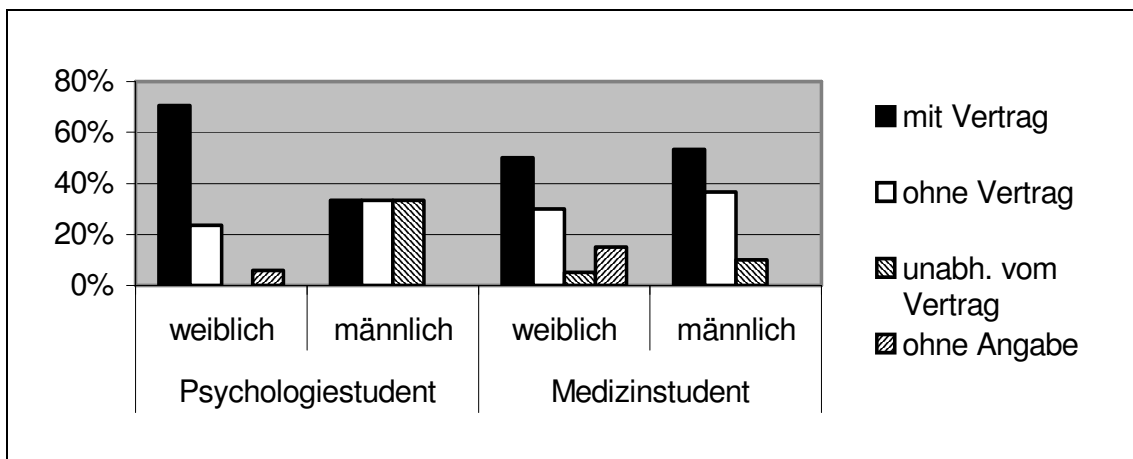


Abbildung 160

20. Wäre es sinnvoller, dass man den Vertrag als Ausdruck seiner Sorge um das Wohl des Patienten darstellt oder dass man den Vertrag als einen Bestandteil der Therapie darstellt?

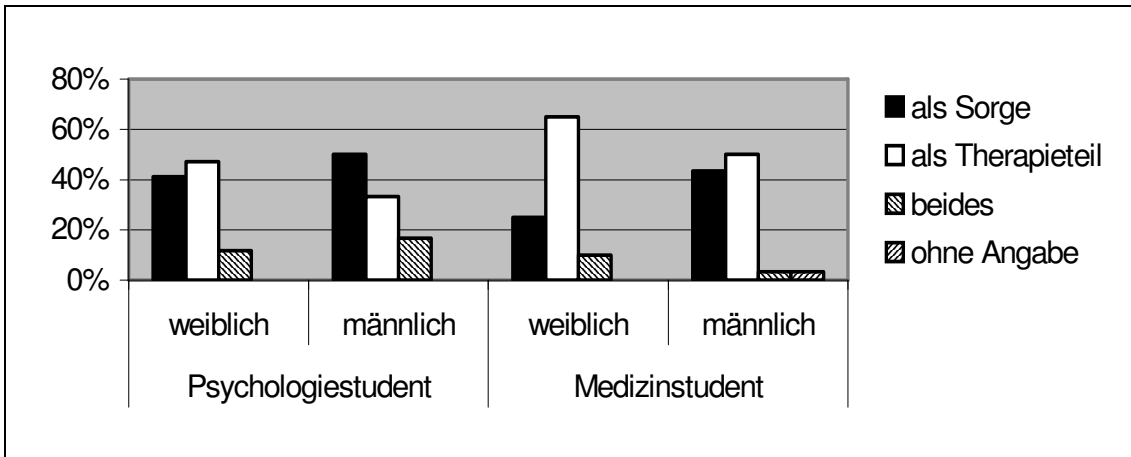


Abbildung 161

21. Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeines Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

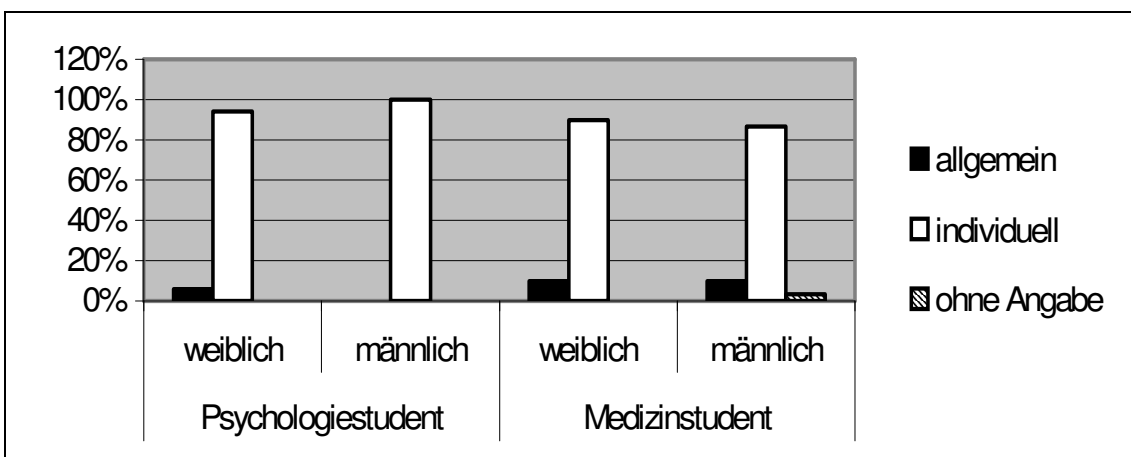


Abbildung 162

22. Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

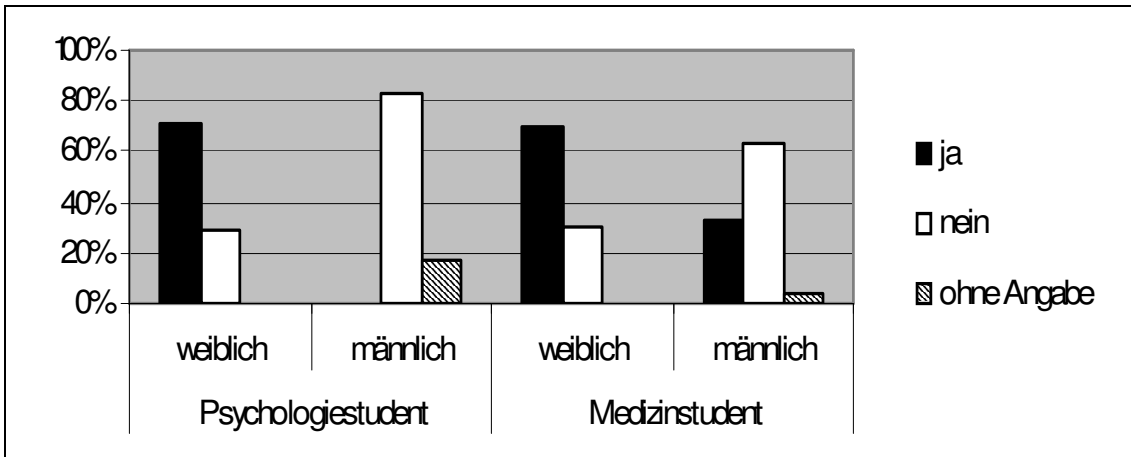


Abbildung 163

23. Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

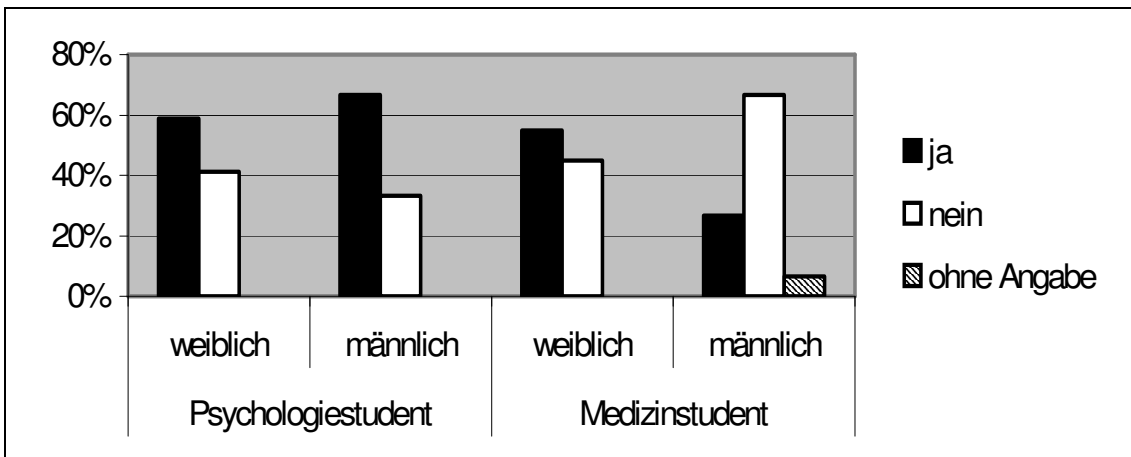


Abbildung 164

24. Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

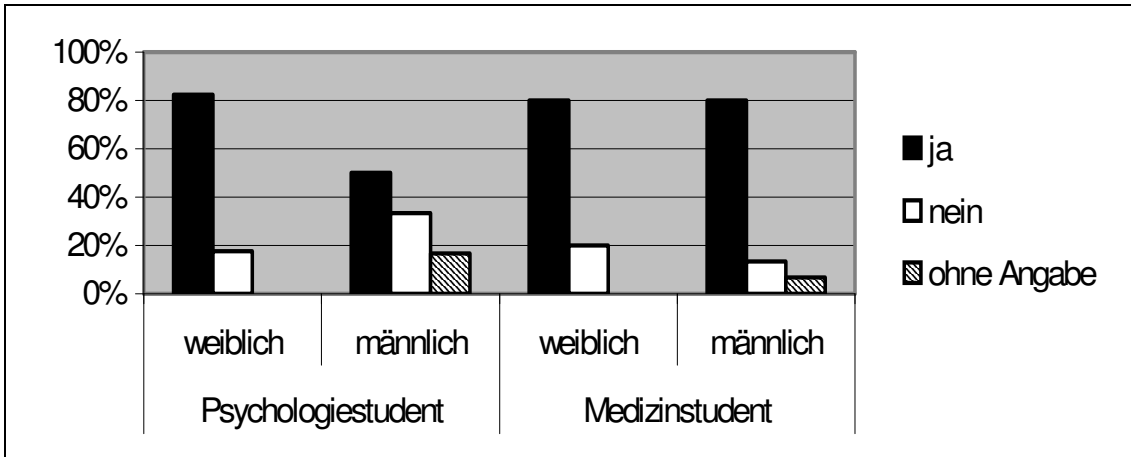


Abbildung 165

25. Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

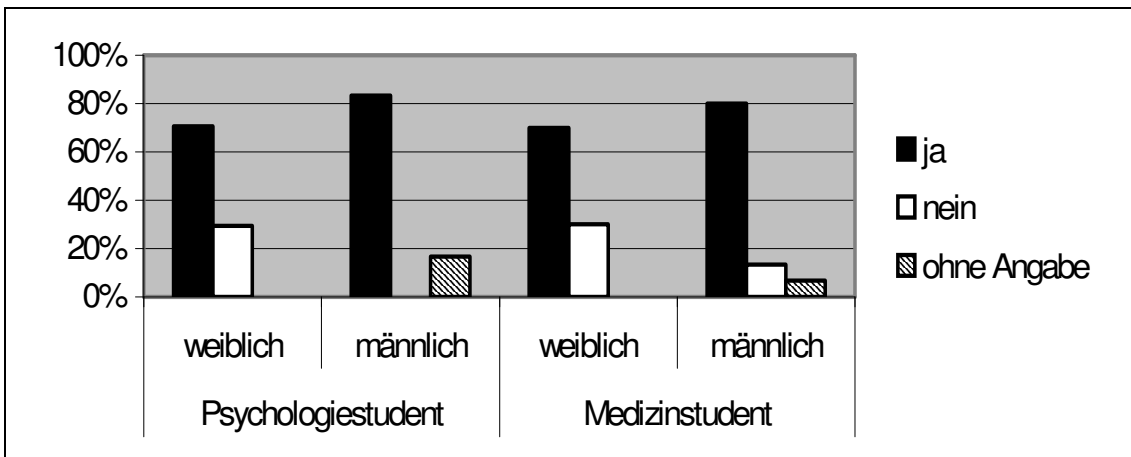


Abbildung 166

26. Sollte der Therapeut auch den Vertrag unterschreiben?

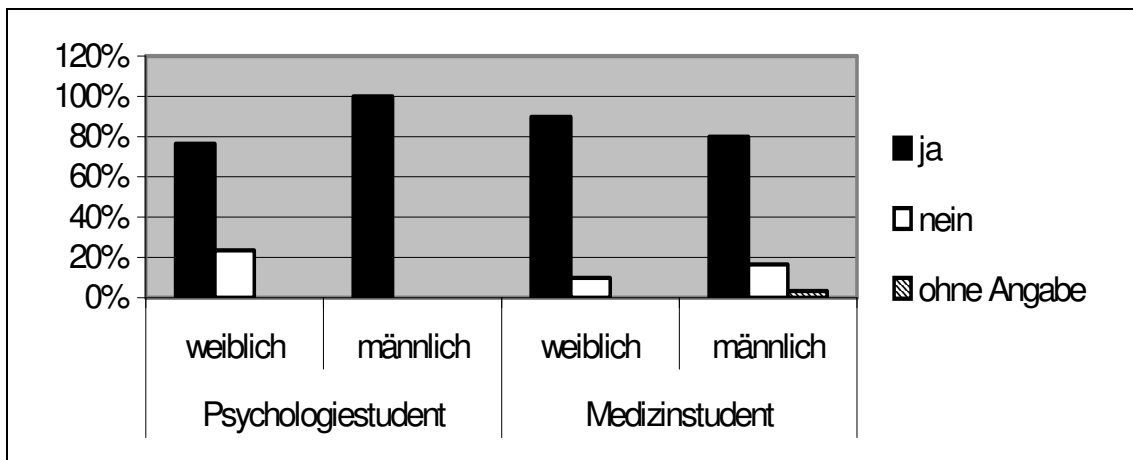


Abbildung 167

27. Sollte man im Vertrag die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreiben?

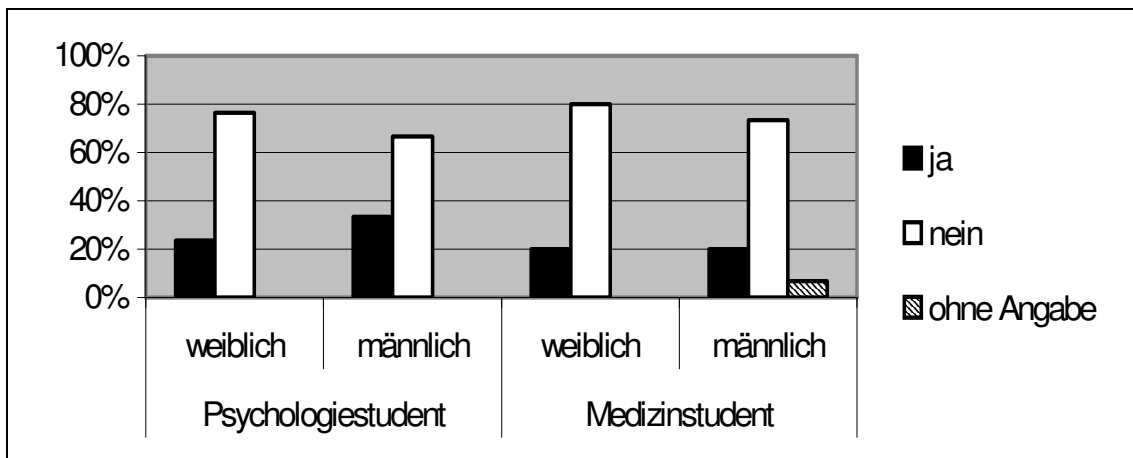


Abbildung 168

28. Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

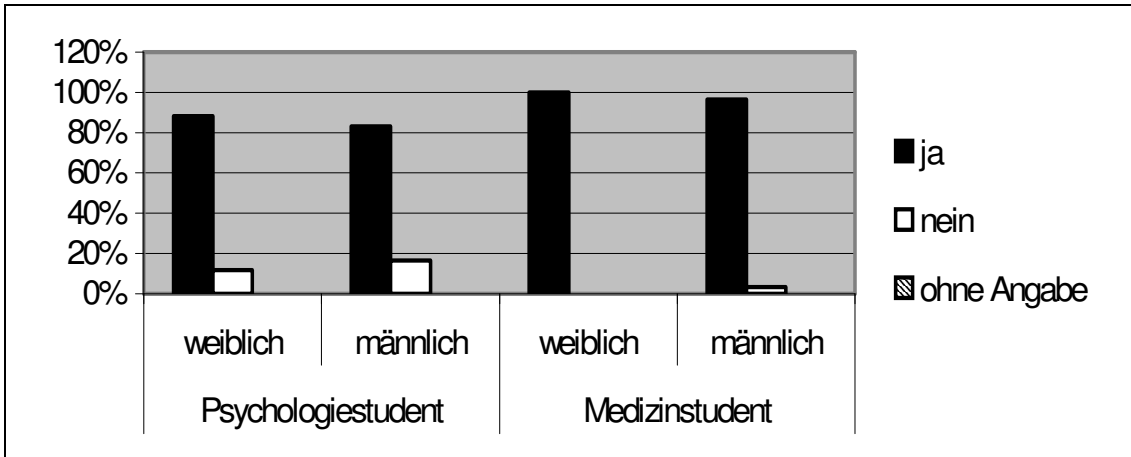


Abbildung 169

29. Fänden Sie es sinnvoll, den Patienten eigene Strategien suchen zu lassen?

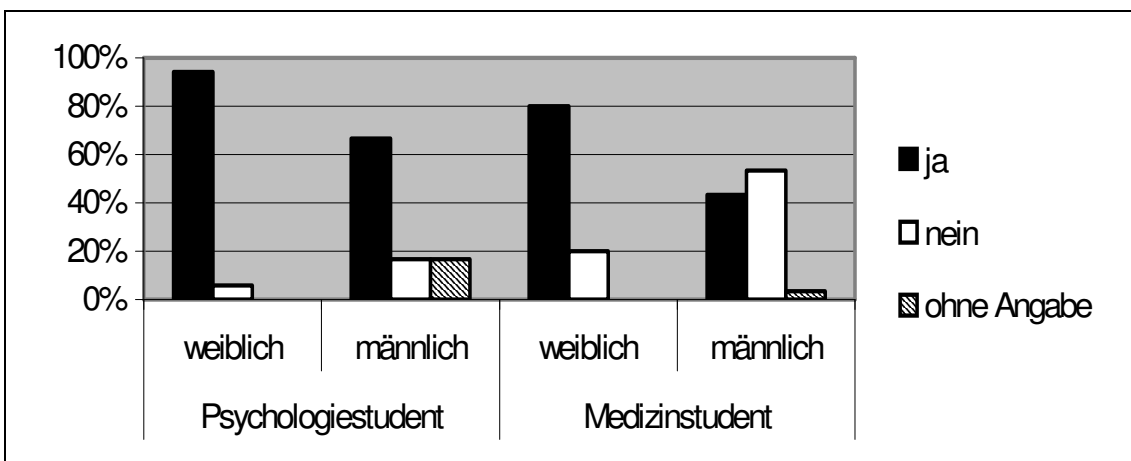


Abbildung 170

30. Würden Sie dem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

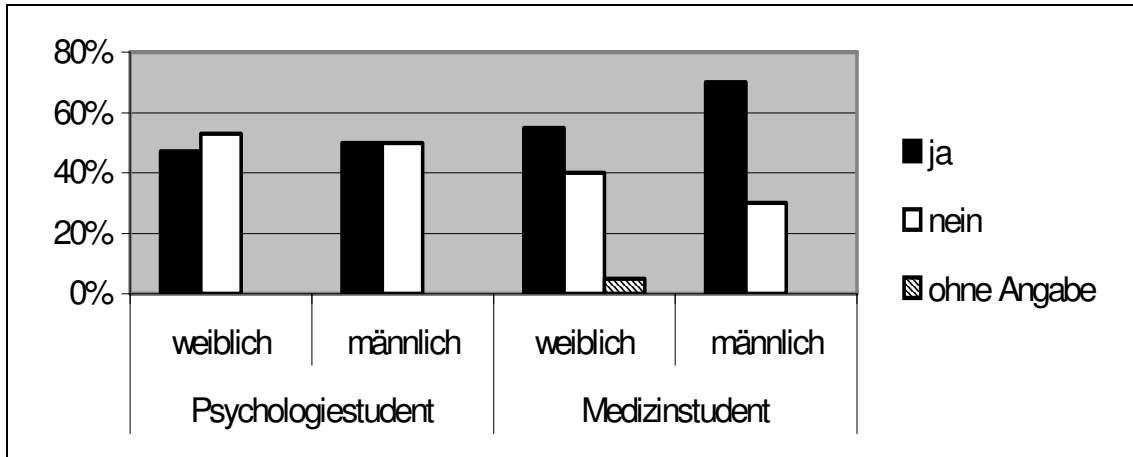


Abbildung 171

31. Fänden Sie es sinnvoll, einen Plan über einen festgesetzten Zeitraum zu erstellen, in dem der Patient vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat?

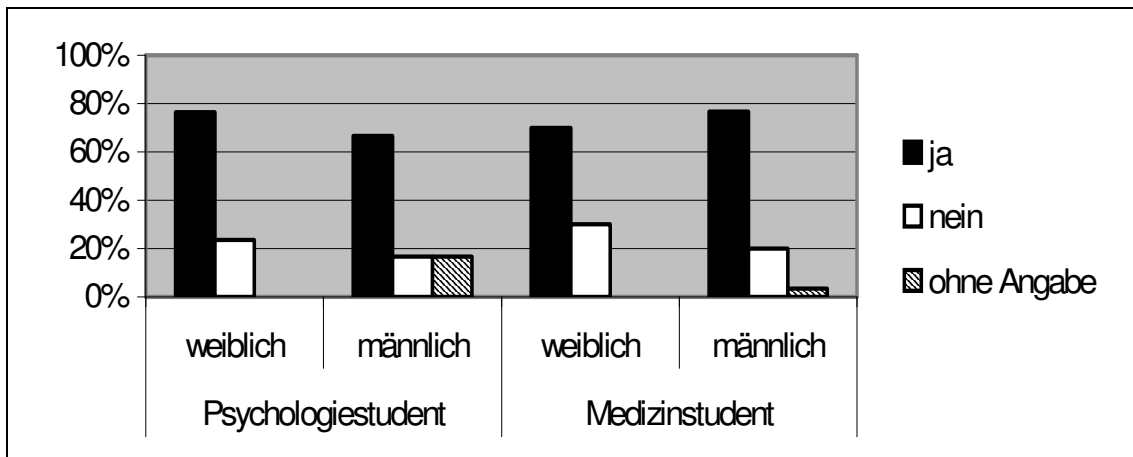


Abbildung 172

32. Fänden Sie für den Therapieverlauf pos/neg Konsequenzen bei (Nicht)-Erfüllung von vorgegebenen Aufgaben nützlich?

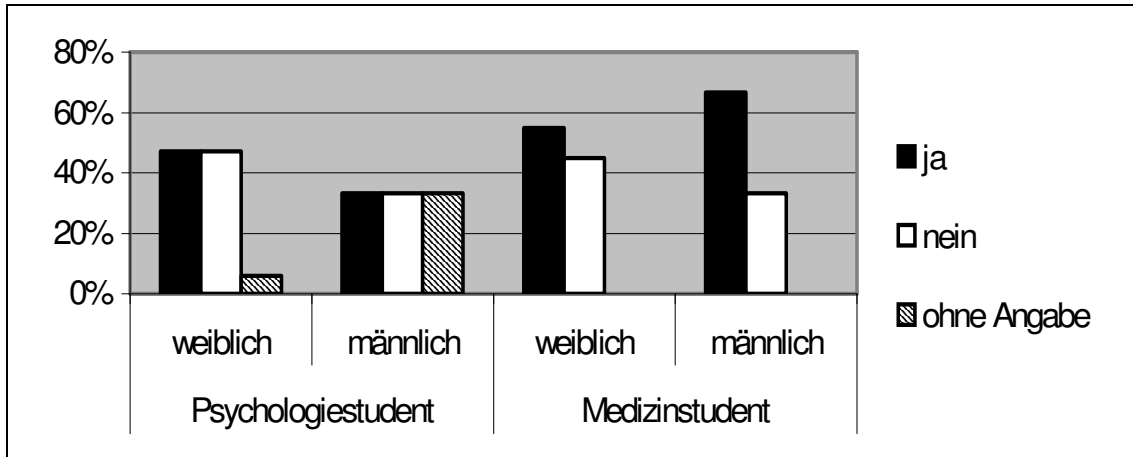


Abbildung 173

33. Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

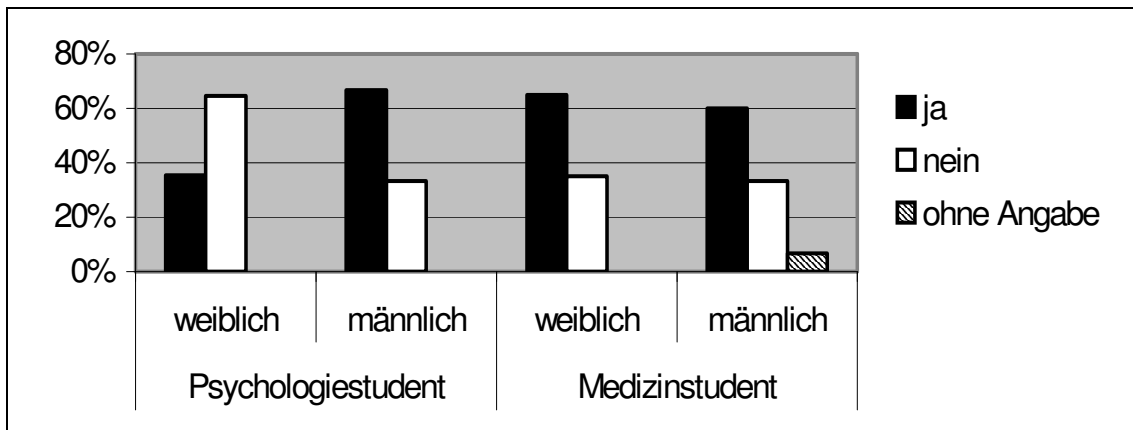


Abbildung 174

34. Einige Therapeuten setzen den Vertrag als diagnostisches Mittel zur Erkennung von akuter Suizidalität aufgrund folgender Theorie ein: Es bestehe keine akute Suizidalität, wenn der Patient den Vertrag unterschreibe. Wenn der Patient nicht unterschreibe, sei er suizidgefährdet. Würden Sie dieser Theorie zustimmen?

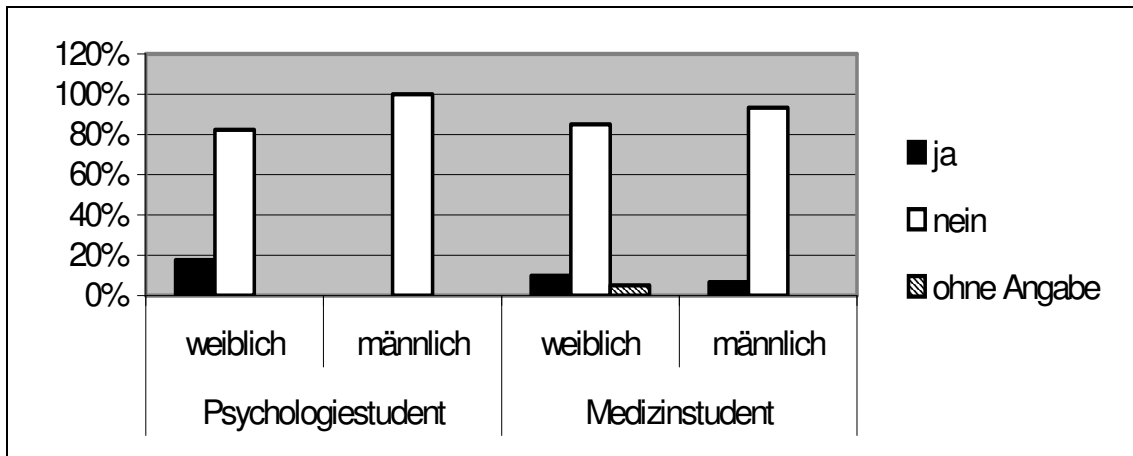


Abbildung 175

35. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht , sich das Leben zu nehmen?

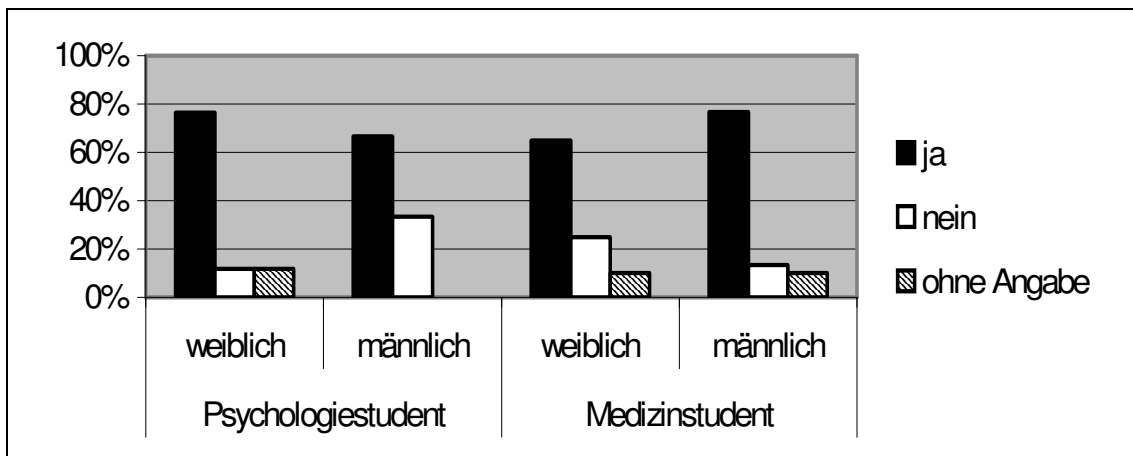


Abbildung 176

36. Hat ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen suizidalen Menschen vom Suizid abzuhalten?

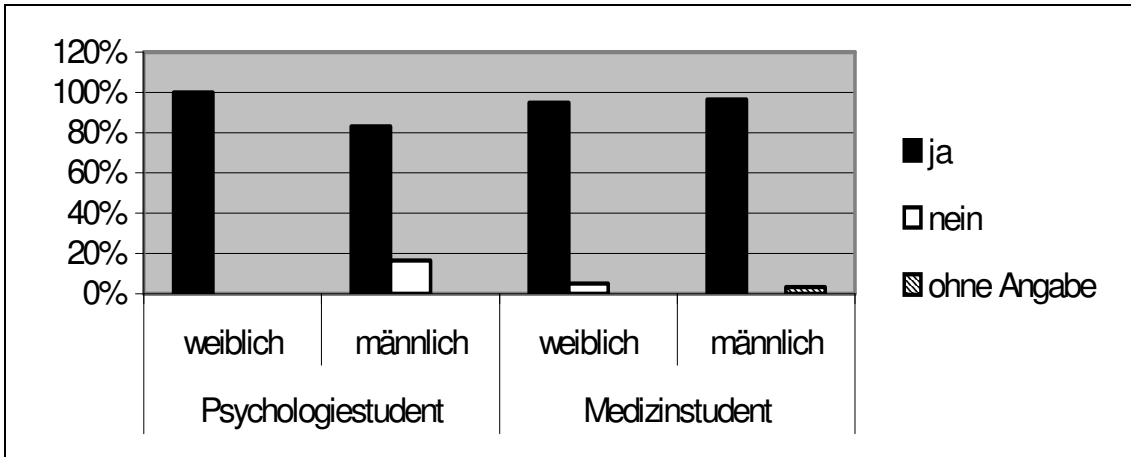


Abbildung 177

37. Kann man den Vertrag als eigenständige Therapie oder nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren sehen?

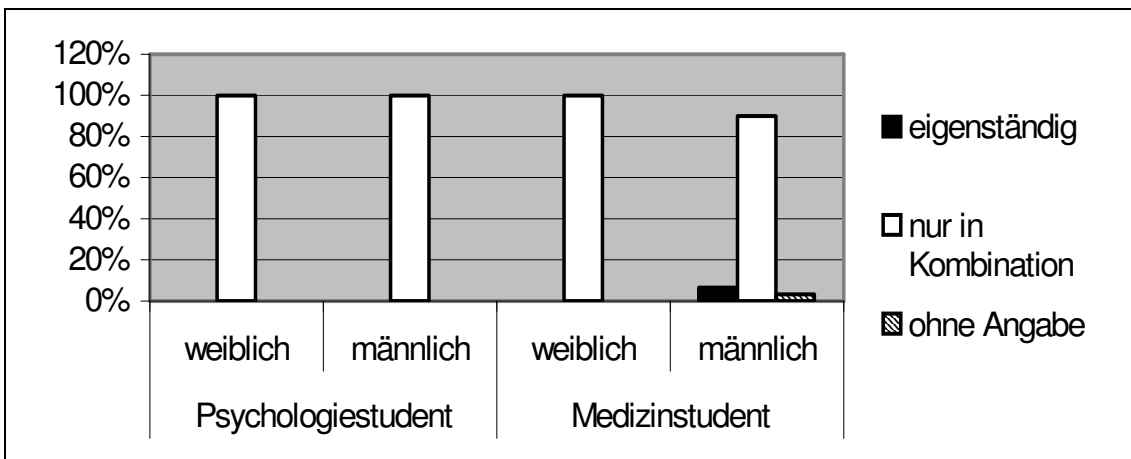


Abbildung 178

38. Würden Sie als Therapeut einen Nicht-Suizid-Vertrag anwenden?

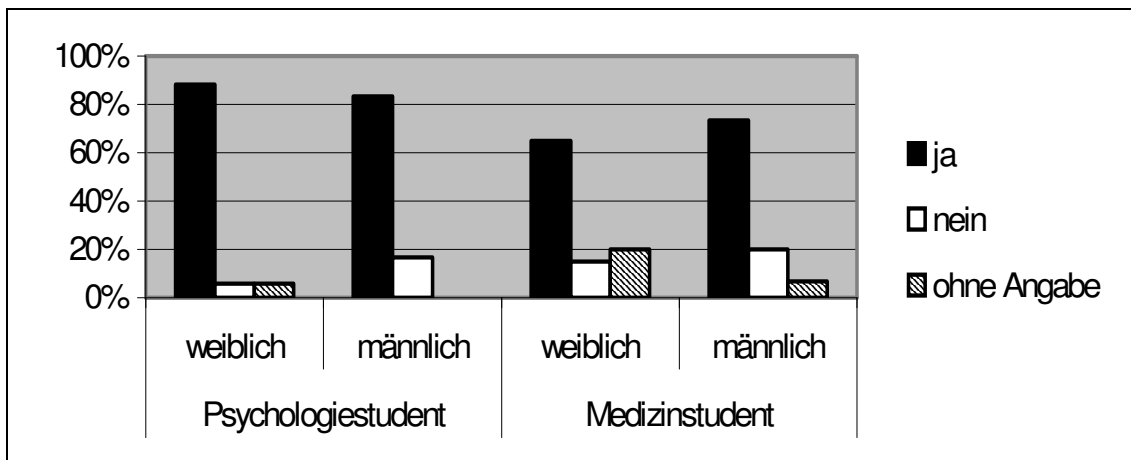


Abbildung 179

7.3.5 Abbildung aller Fragen der Auswertung von Bevölkerung sowie psychiatrischen und suizidalen Patienten im Vergleich

Die Auswertung der „Nicht-Spezialistengruppe“ folgt zuerst in einer groben Aufteilung zwischen Bevölkerung, psychiatrischen Patienten und suizidalen Patienten allgemein. In der weiteren Auswertung wird in den einzelnen Gruppen noch unterdifferenziert.

Die Aufteilung erfolgt in folgenden Gruppen:

- × Suizidale Patienten (n=28)
- × Psychiatrische Patienten (n=68)
- × Bevölkerung (n=57)

1. Welchen Schulabschluss haben Sie?

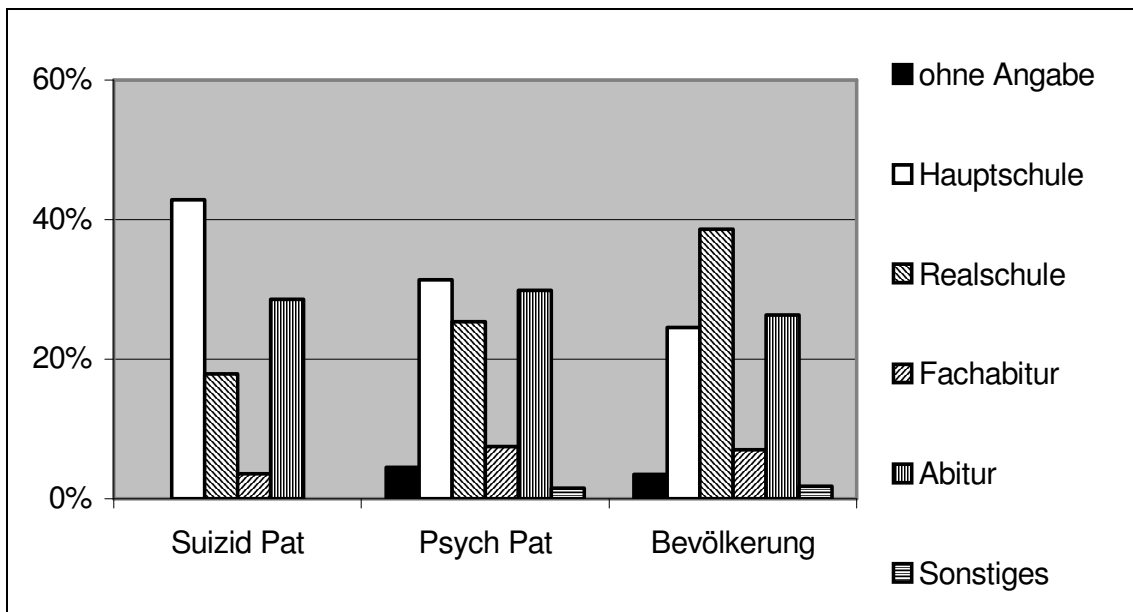


Abbildung 180

2. Sind Sie berufstätig?

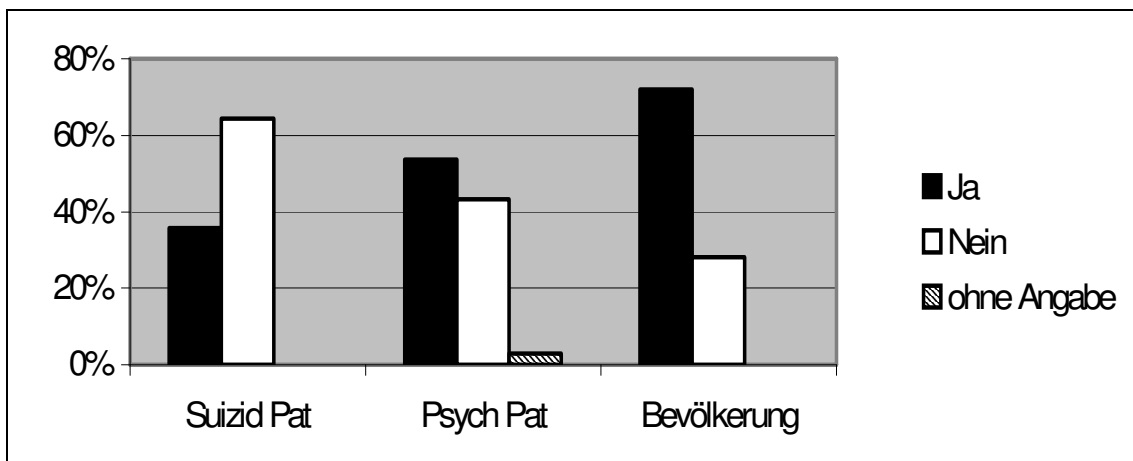


Abbildung 181

3. Ihr Familienstand?

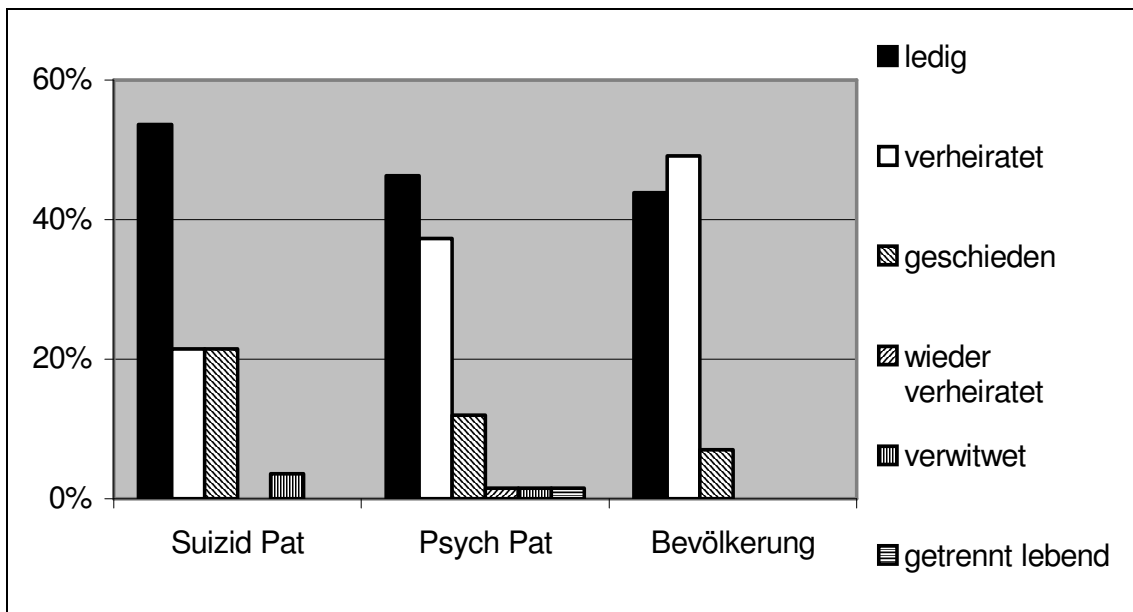


Abbildung 182

4. Wie leben Sie?

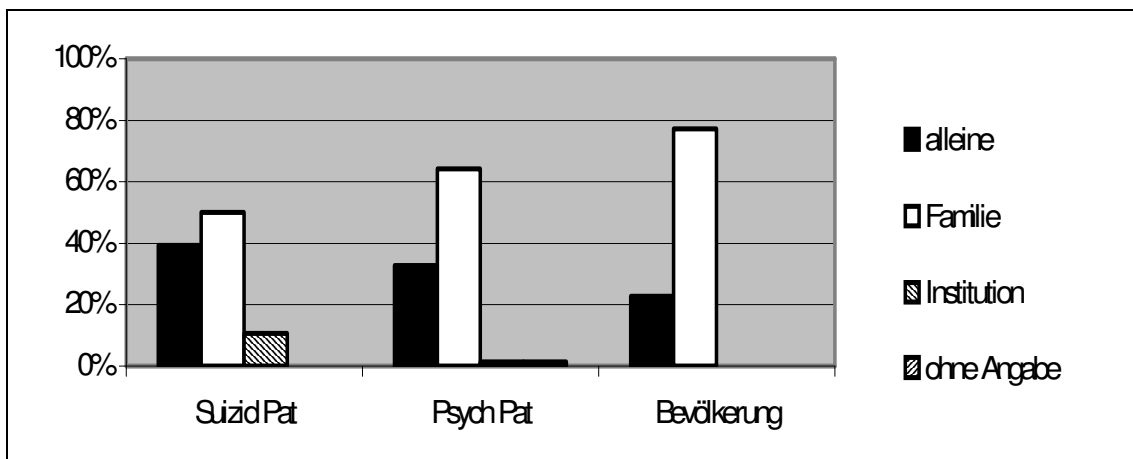


Abbildung 183

5. Leben Sie in einer Partnerschaft?

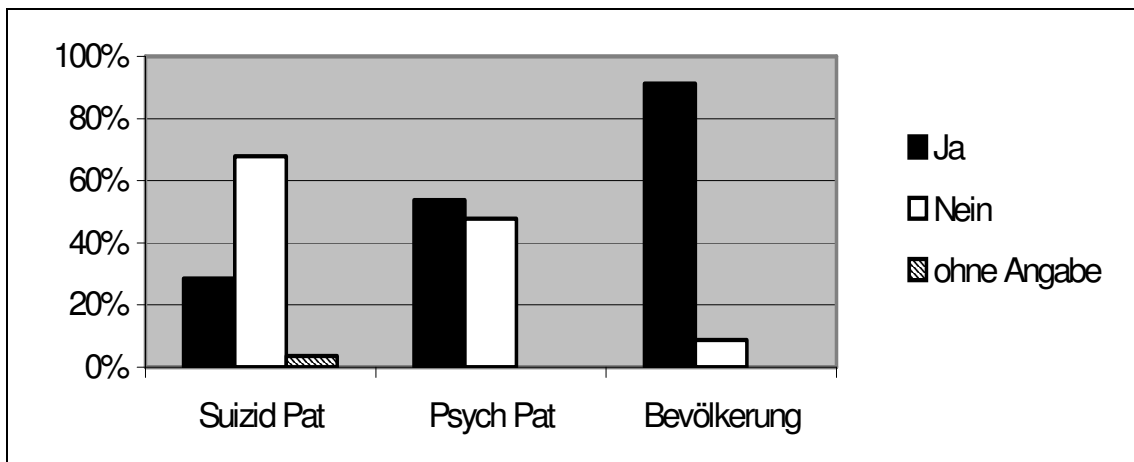


Abbildung 184

6. Wenn ja, in welcher Art von Partnerschaft?

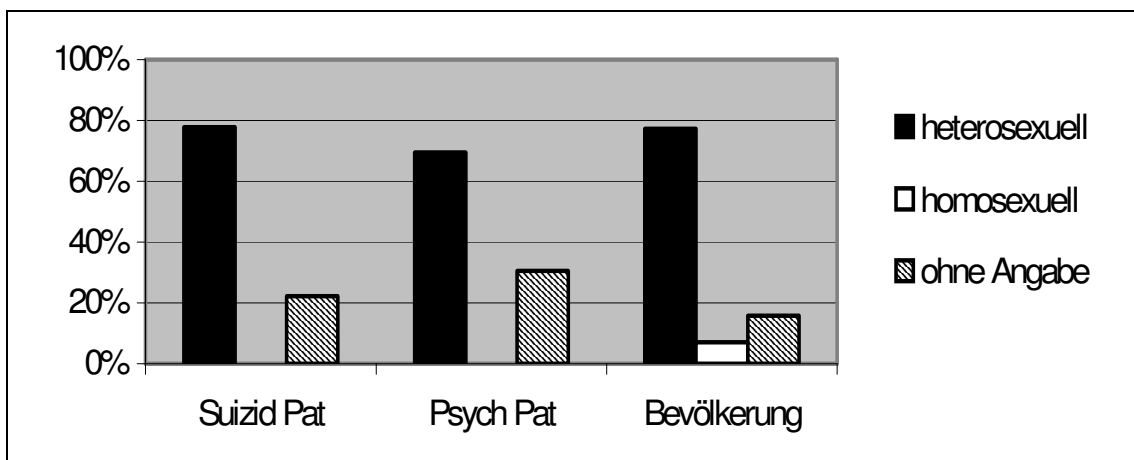


Abbildung 185

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

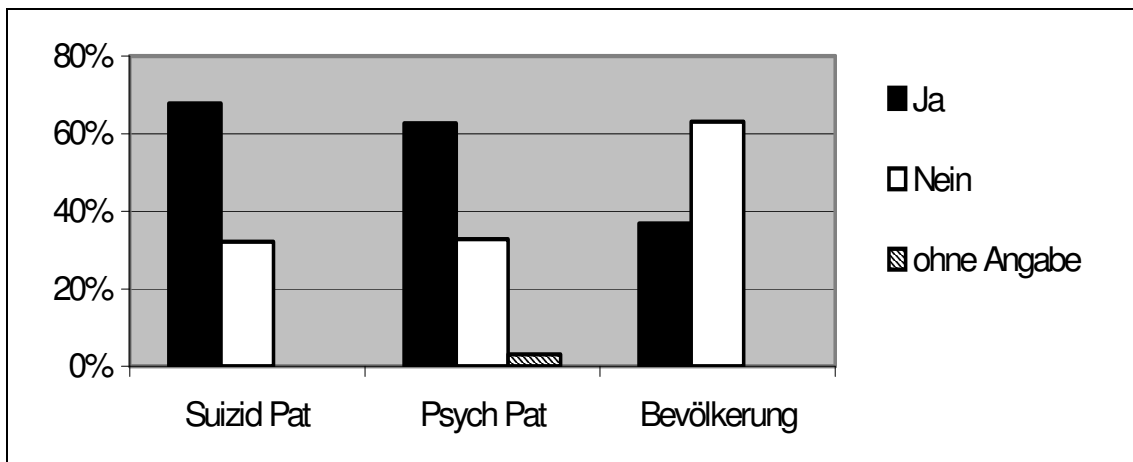


Abbildung 186

8. Hatten Sie schon einmal ein Problem mit Drogen?

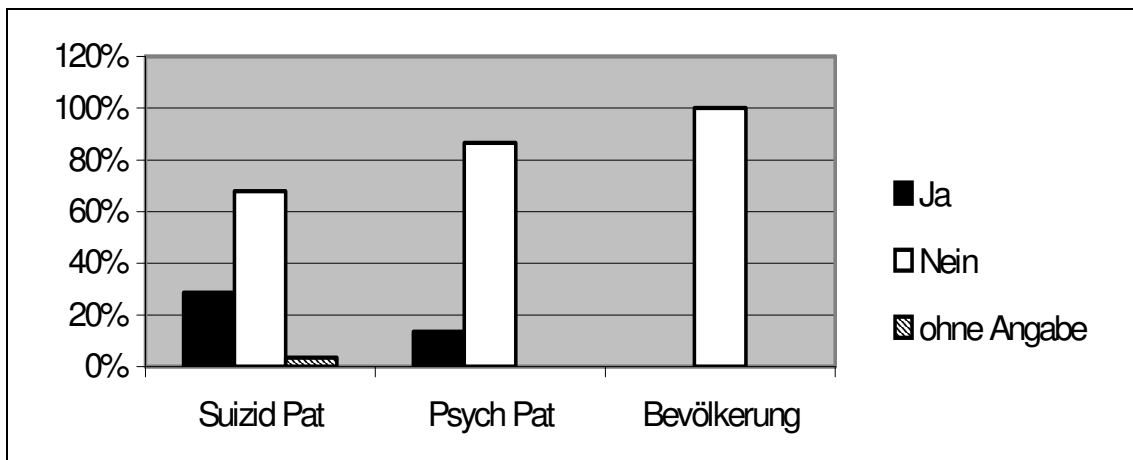


Abbildung 187

9. Haben Sie zur Zeit ernsthafte berufliche Probleme?

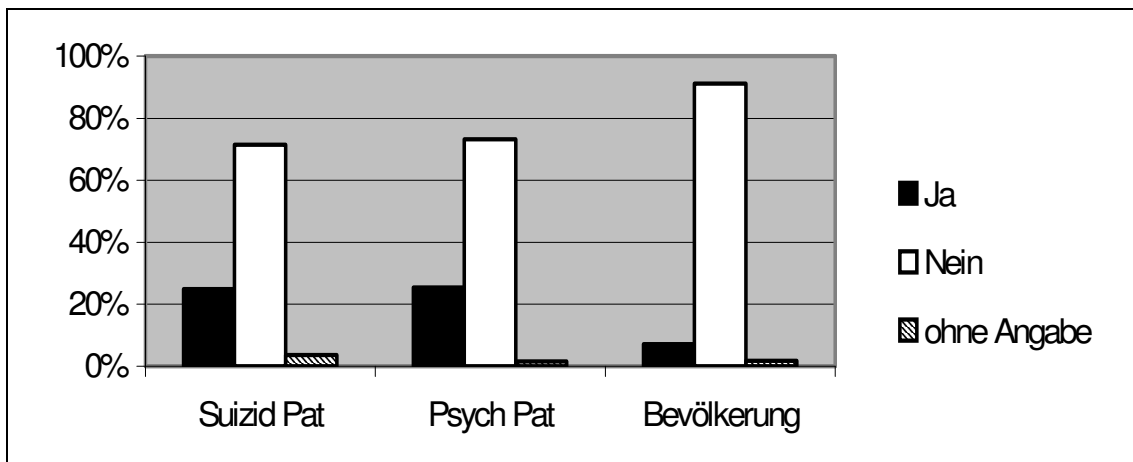


Abbildung 188

10. Haben Sie zur Zeit ernsthafte finanzielle Probleme?

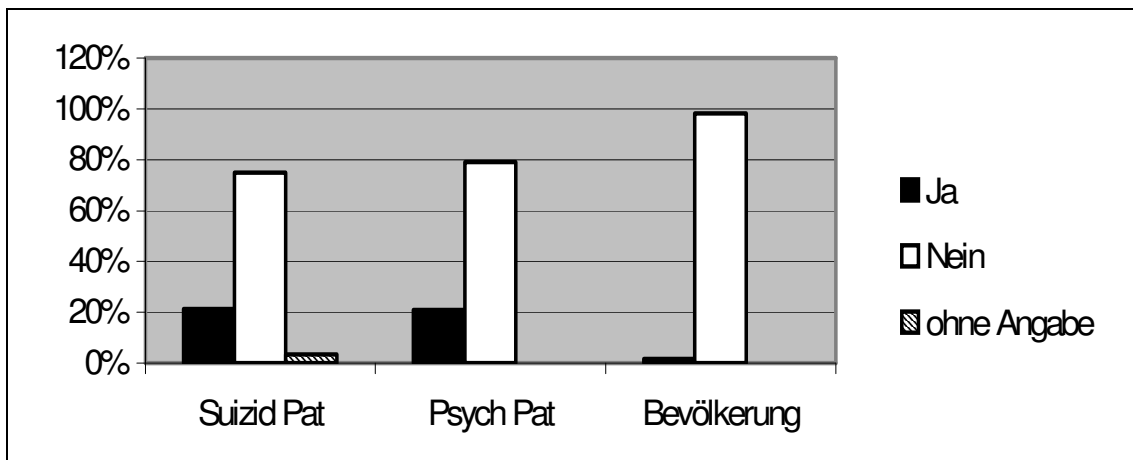


Abbildung 189

11. Haben Sie zur Zeit ernsthafte gesundheitliche Probleme?

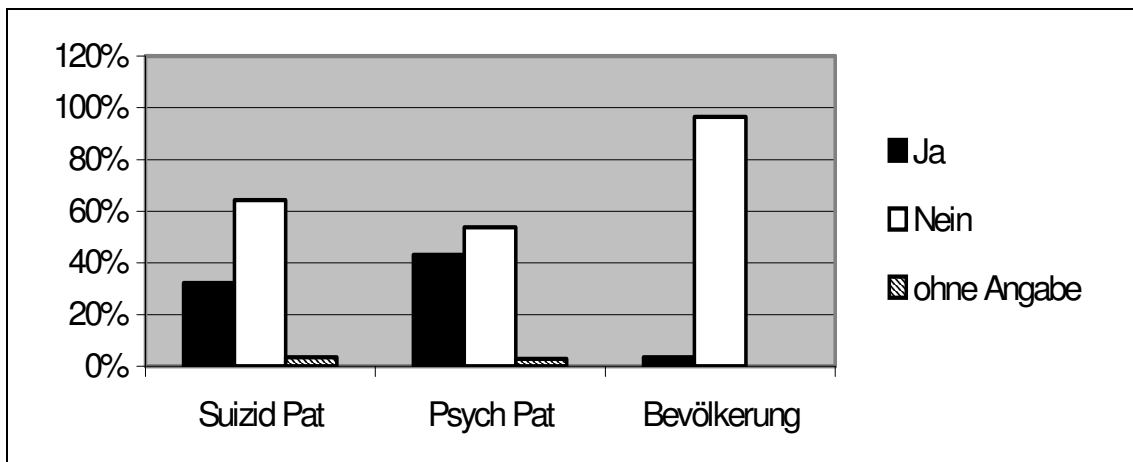


Abbildung 190

12. Wie fühlen Sie sich momentan?
(ausgedrückt in einer Skala von 0 bis 10)

Suizid Pat	Psych Pat	Bevölkerung
6	5	8
5	8	9
4	6	7

Abbildung 191

13. Gibt es Menschen außerhalb Ihrer Familie, mit denen Sie offen über Ihre Probleme reden können?

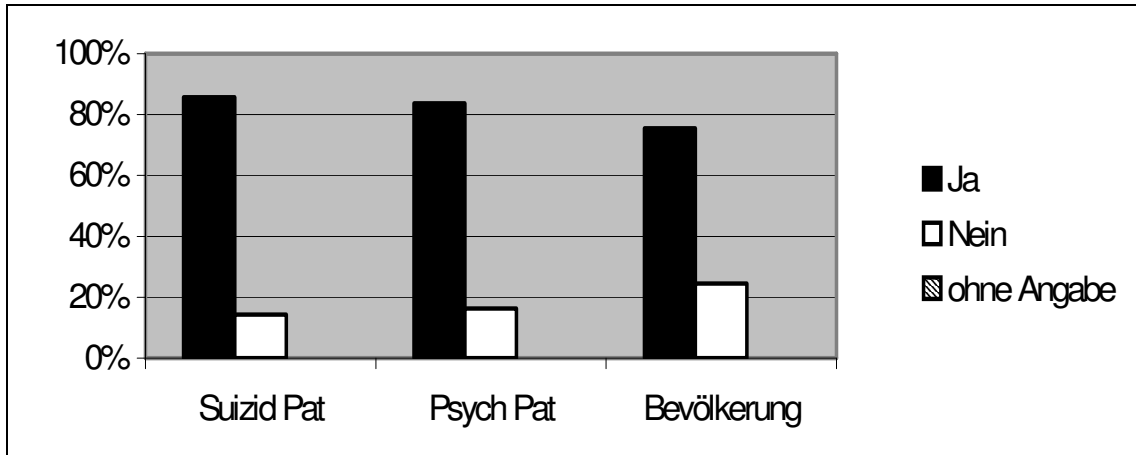


Abbildung 192

14. Gibt es familiäre Probleme, die Sie sehr belasten?

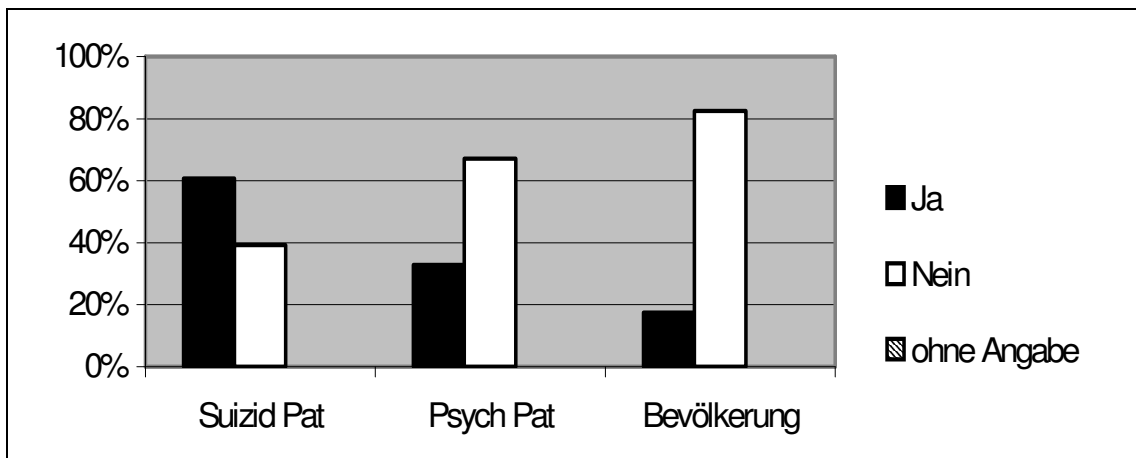


Abbildung 193

15. Fühlen Sie sich zur Zeit in Ihrer Partnerschaft wohl?

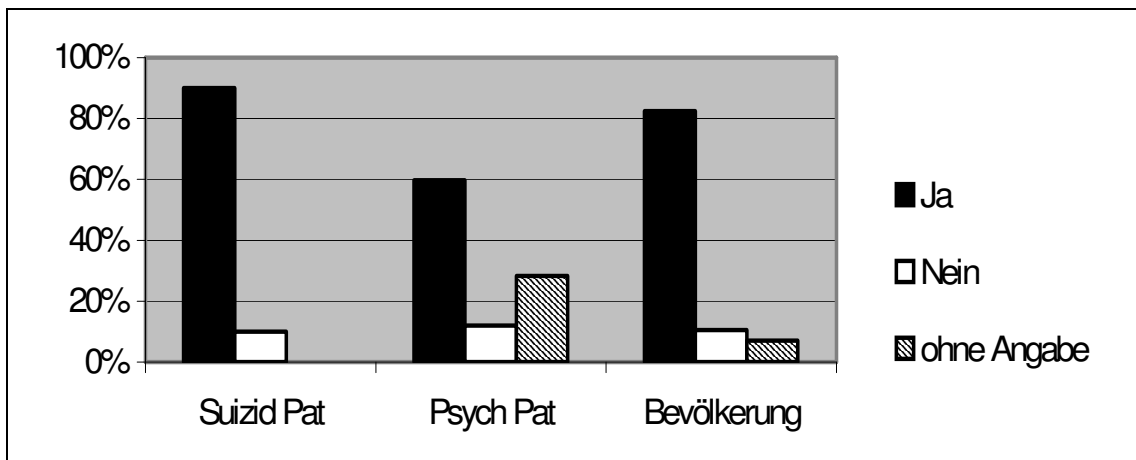


Abbildung 194

16. Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung?

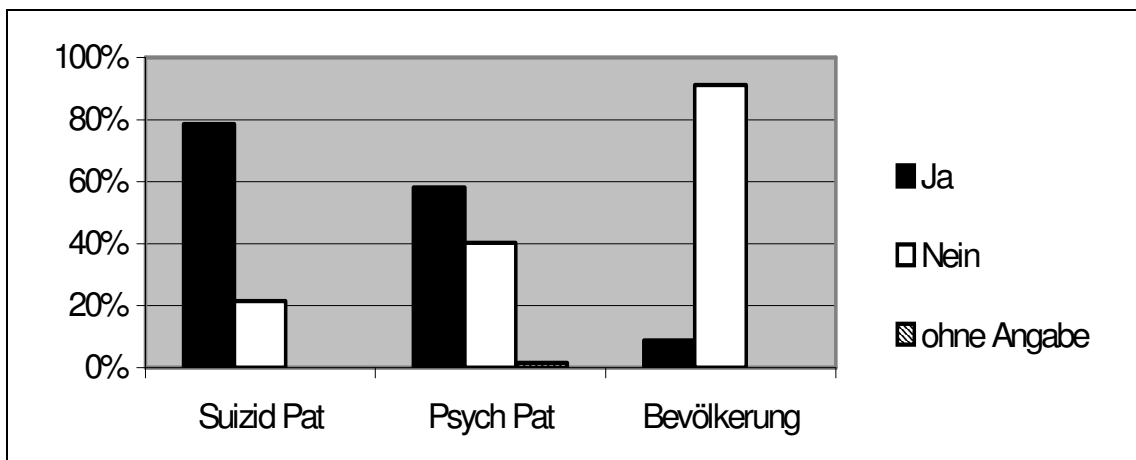


Abbildung 195

17. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

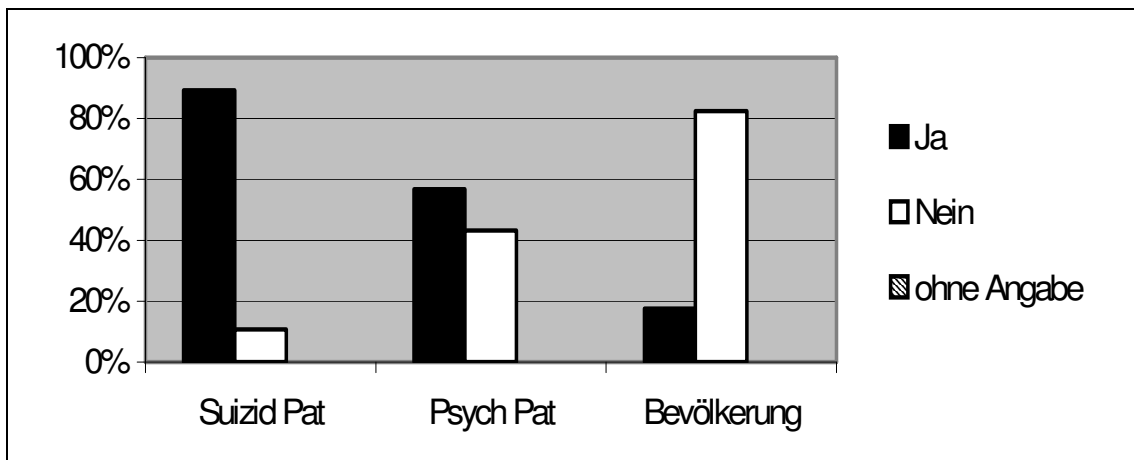


Abbildung 196

18. Glauben Sie an Gott oder ein höheres Wesen?

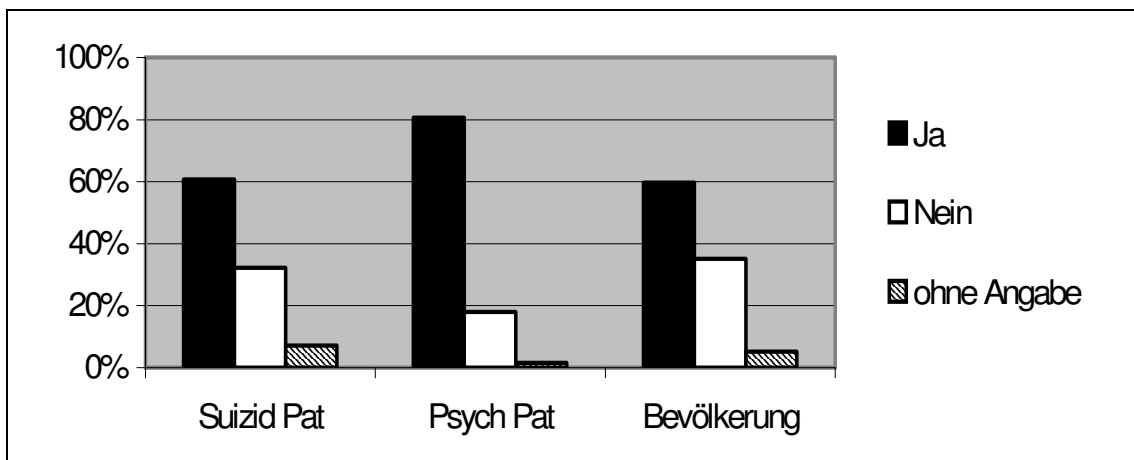


Abbildung 197

19. Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

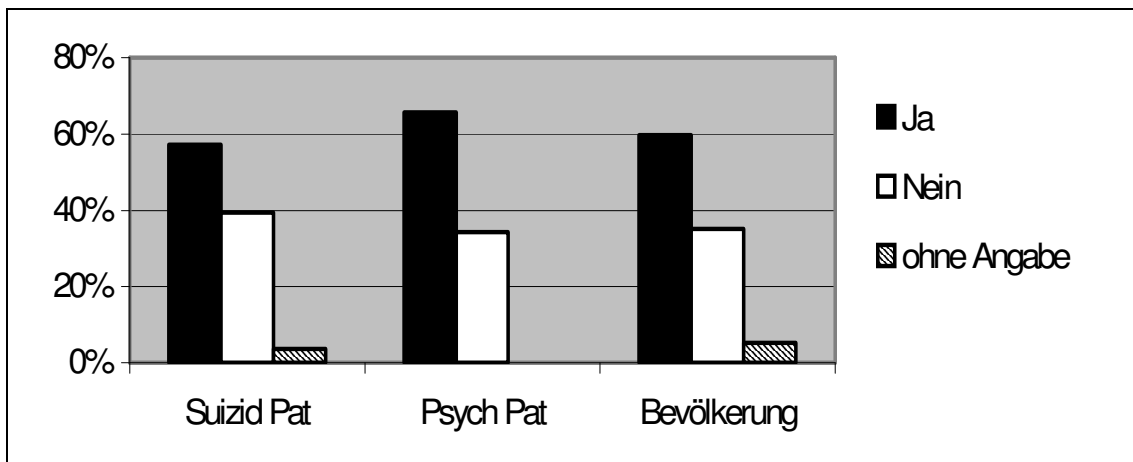


Abbildung 198

20. Wie wurden Sie zum ersten Mal in Ihrem Leben mit dem Thema „Selbsttötung“ konfrontiert?

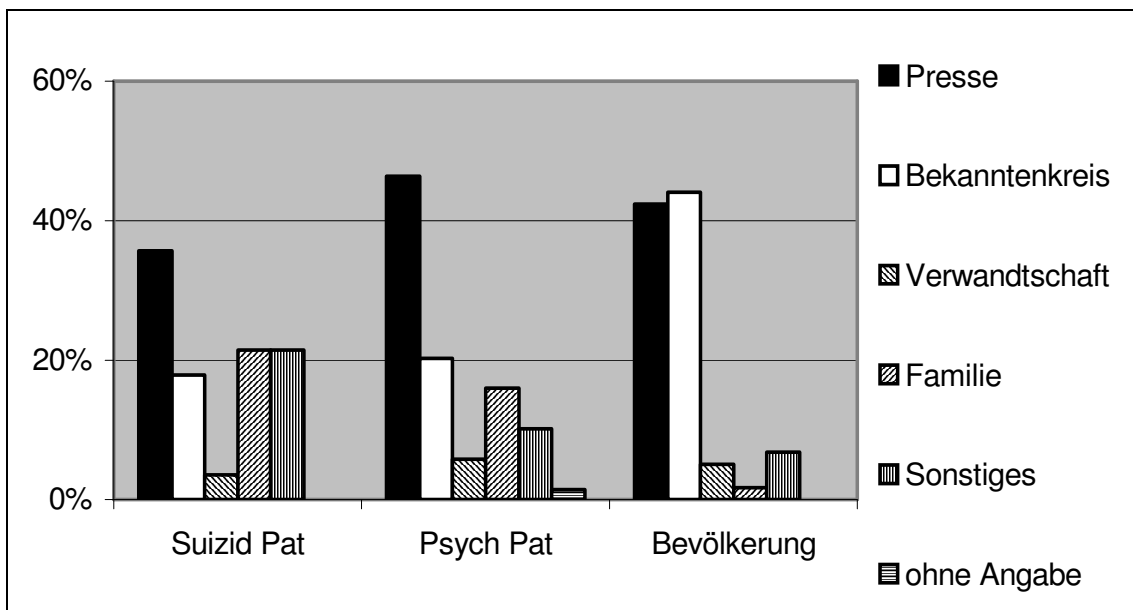


Abbildung 199

21. Welche Gefühle hatten Sie dabei? (Mehrfachantwort möglich)

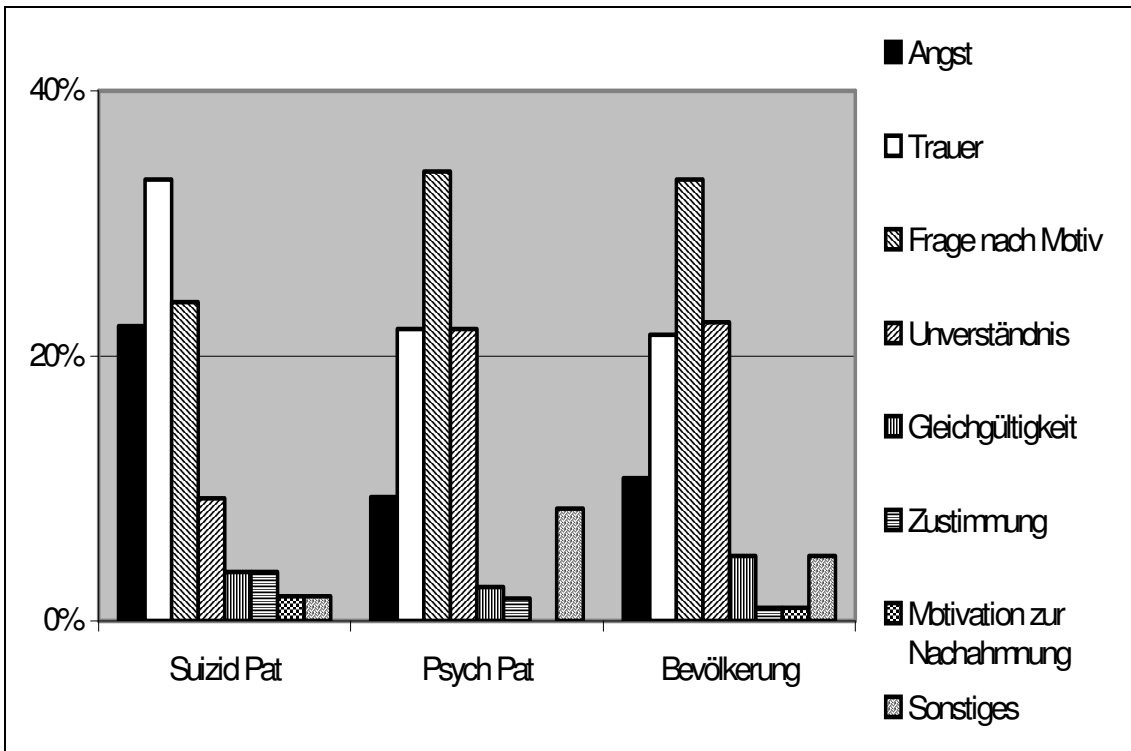


Abbildung 200

22. Hatten Sie selbst schon einmal darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?

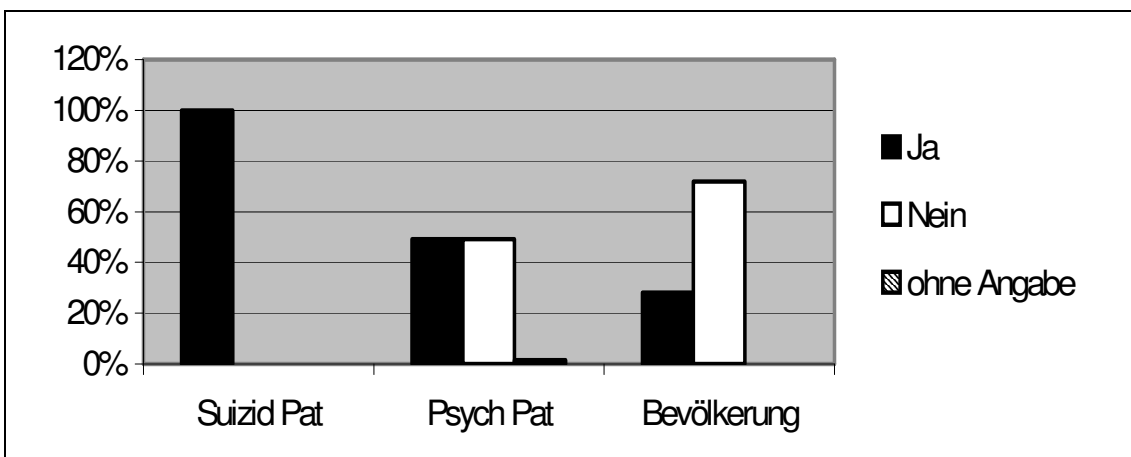


Abbildung 201

23. Wann traten solche Gedanken auf?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Bei Depressionen	Bei Depressionen	Trennung, Ehekrise
Unter Alkoholeinfluss	Unter Alkoholeinfluss	Burnout-Syndrom
Ohne Angabe	Überforderung	Finanzieller Ruin
Aussichtslosigkeit (Krebserkrankung, finanzielle Schwierigkeiten, Stress)	Angst, Trauer	

Abbildung 202

24. Hatten sich Ihnen diese Gedanken aufgedrängt?

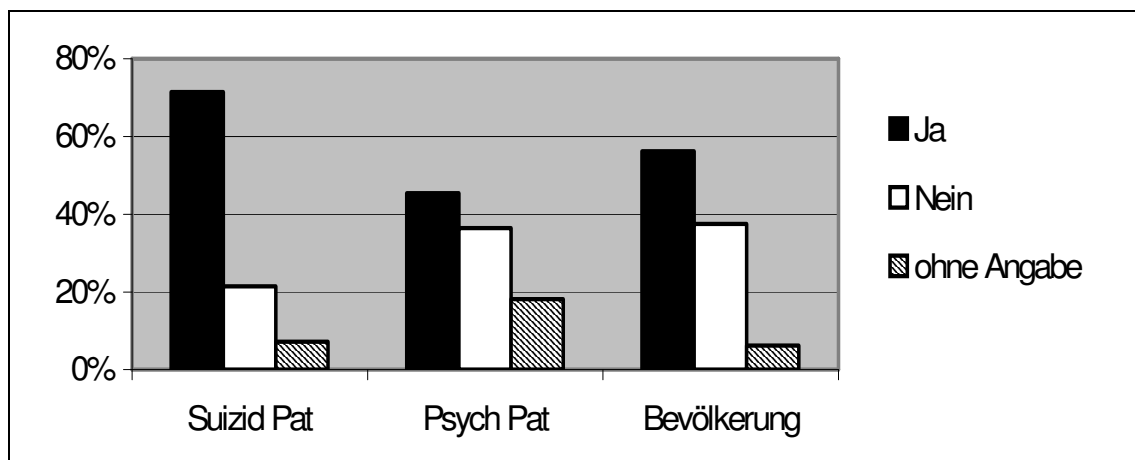


Abbildung 203

25. Wie weit waren Sie in Ihren Gedanken gegangen?

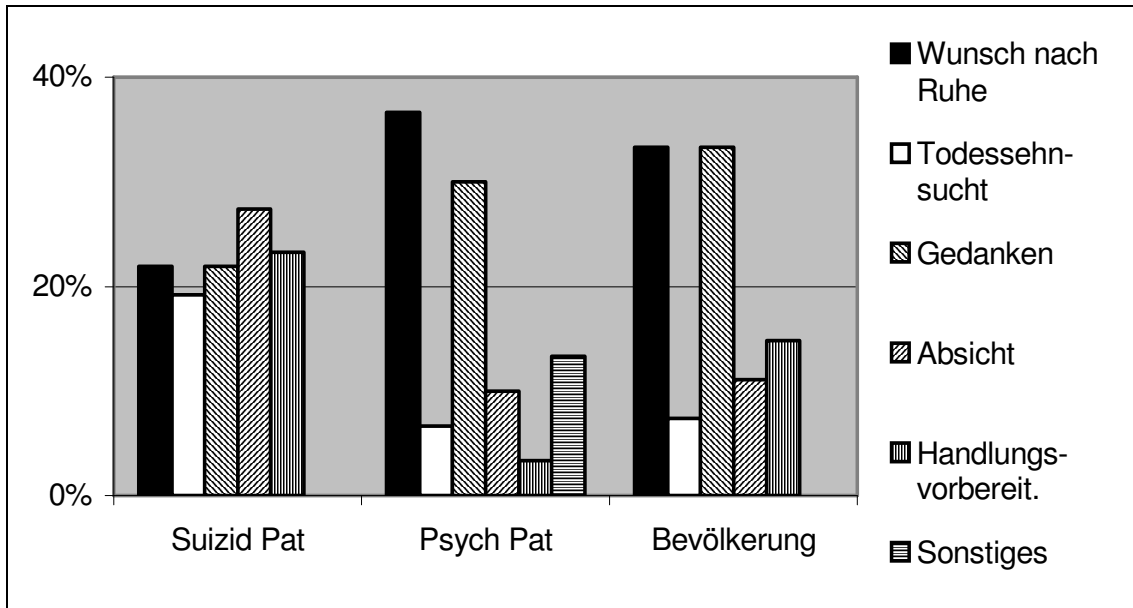


Abbildung 204

26. Wie sind Sie damals mit solchen Gedanken umgegangen?

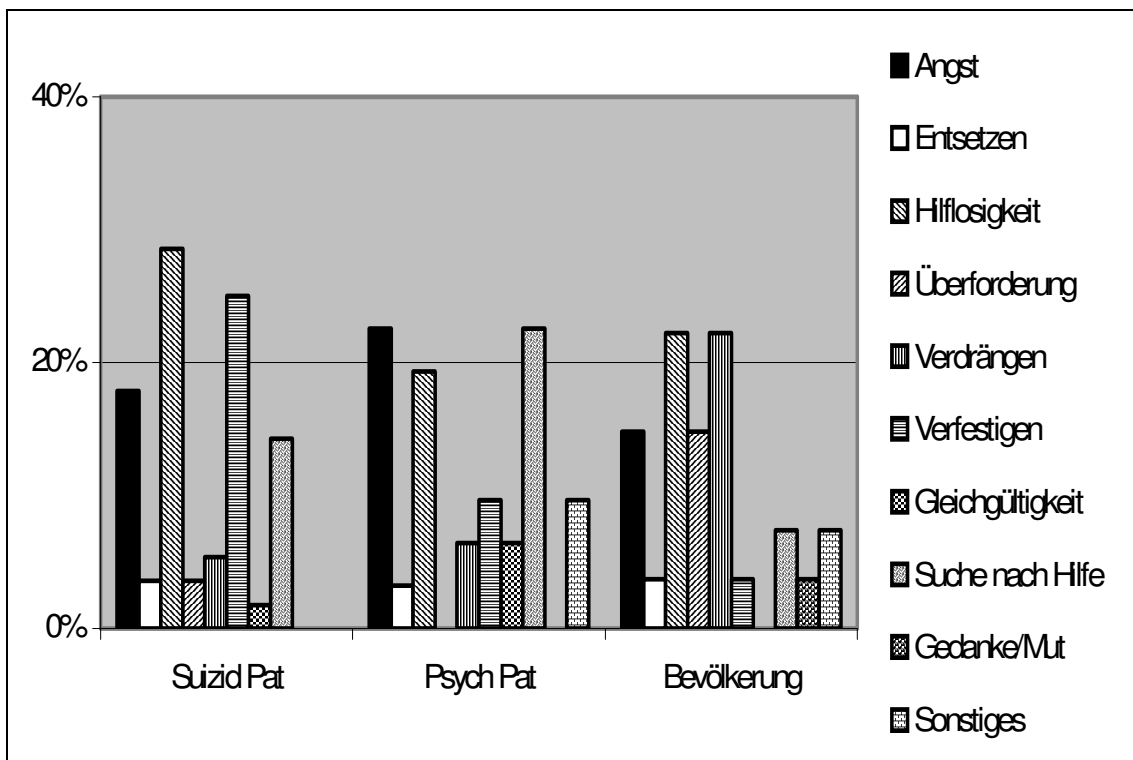


Abbildung 205

27. Denken Sie momentan daran, sich das Leben zu nehmen zu wollen?

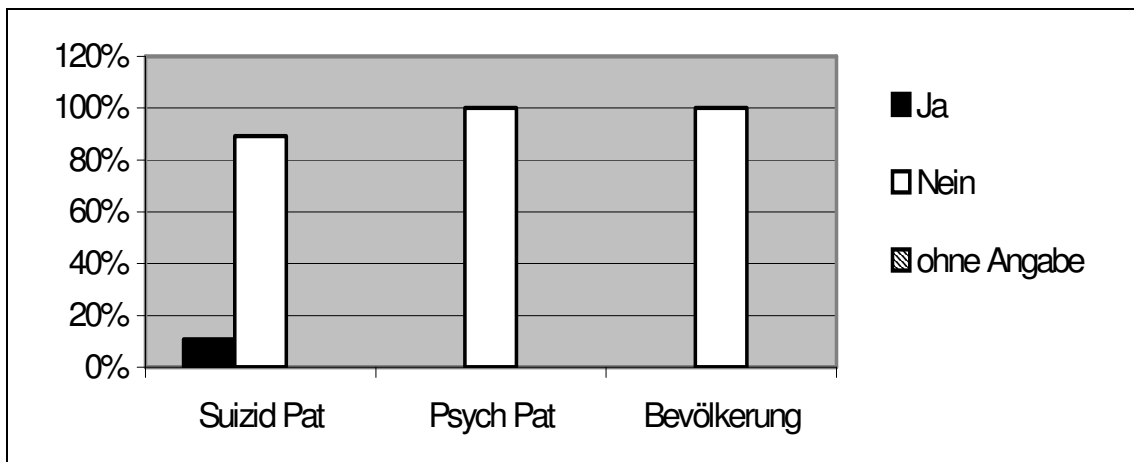


Abbildung 206

28. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?

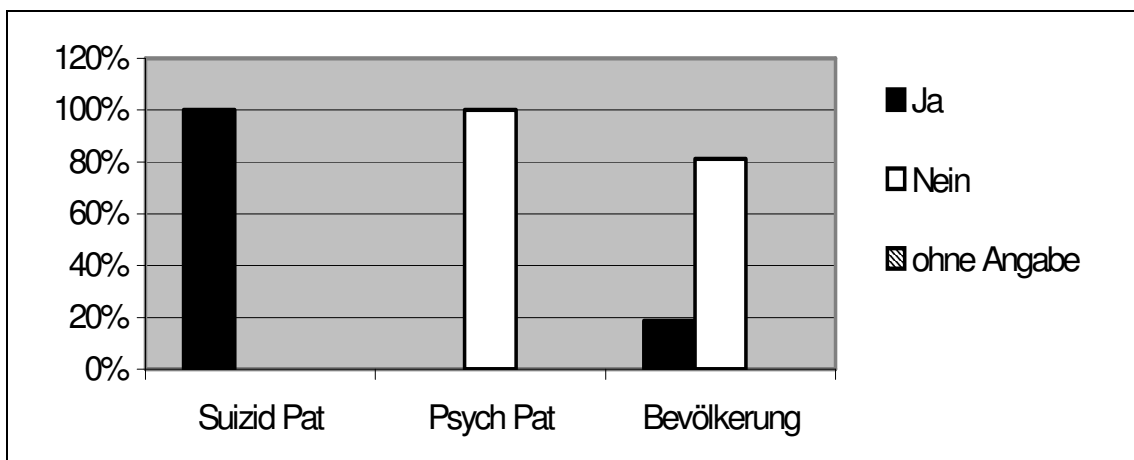


Abbildung 207

29. Was hatte Sie dazu veranlasst, sich das Leben nehmen zu wollen?

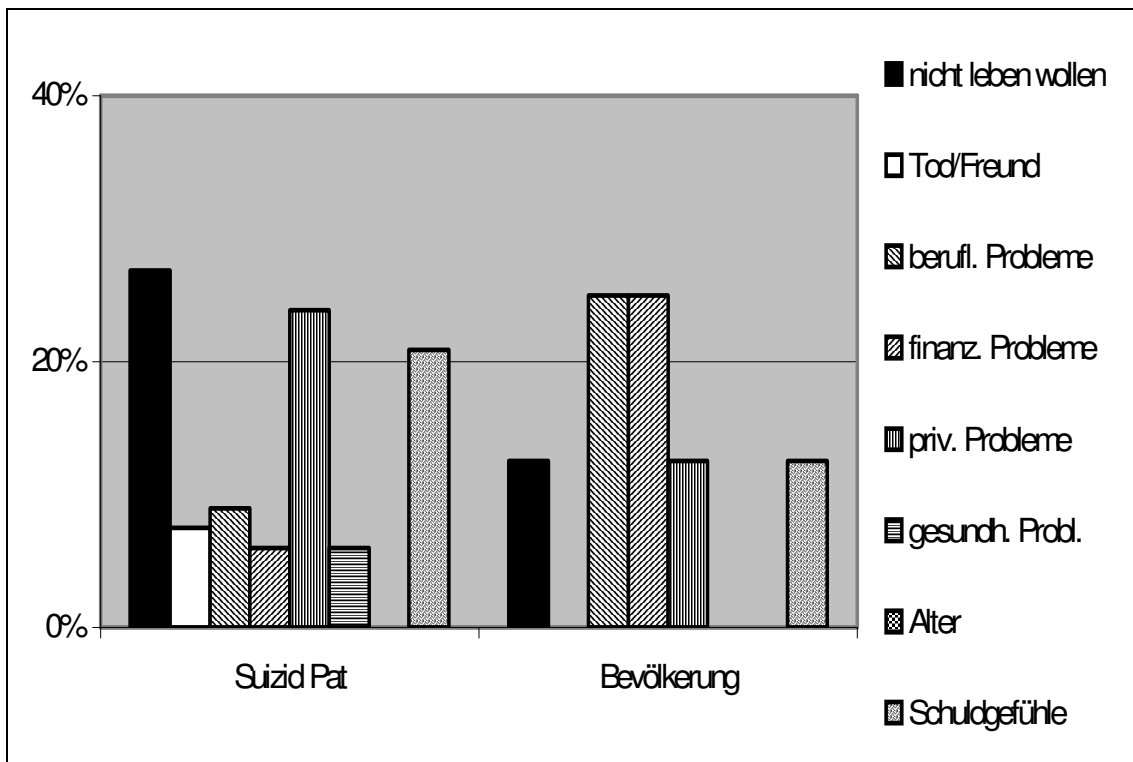


Abbildung 208

30. War die Handlung eher kurzfristig geplant oder war es eher eine Kurzschlussreaktion?

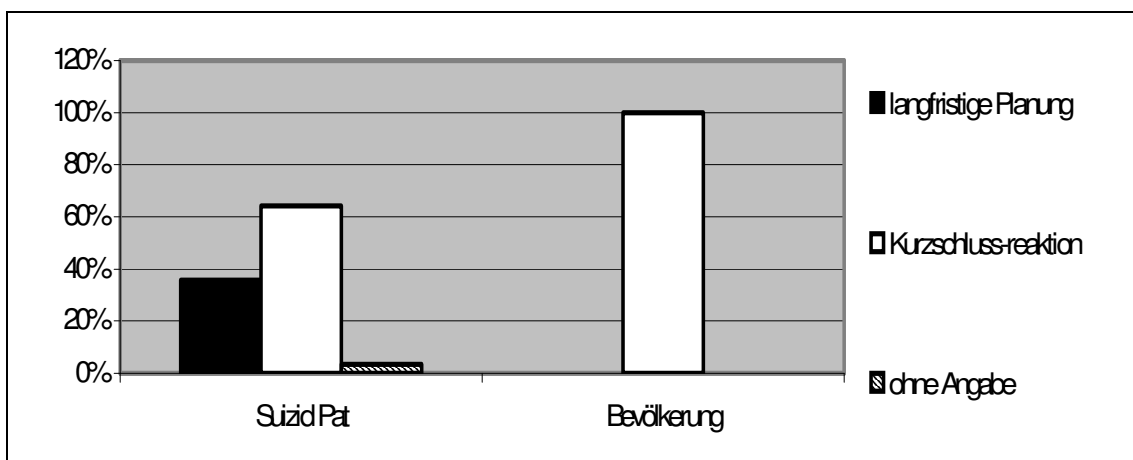


Abbildung 209

31. Haben Sie einen Abschiedsbrief verfasst?

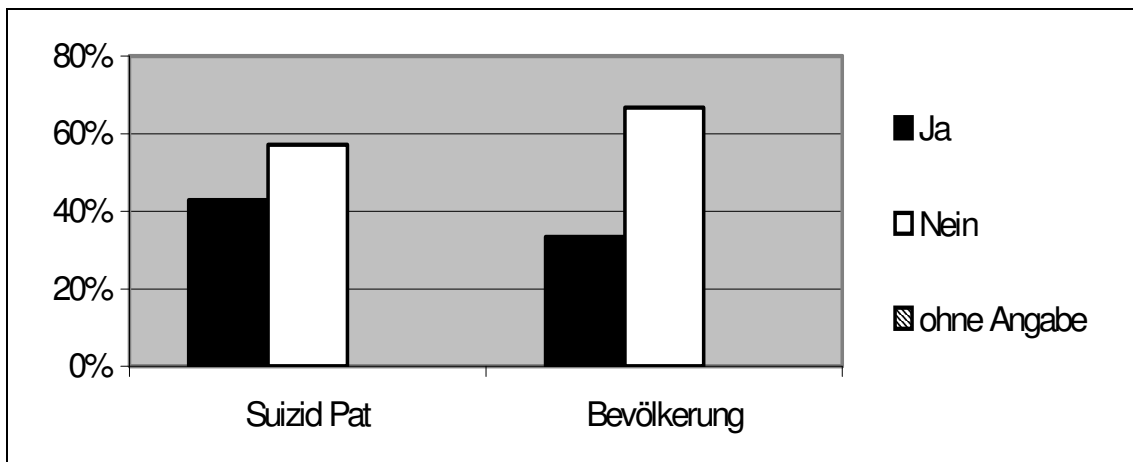


Abbildung 210

32. Welche Methode hatten Sie gewählt?

Suizidale Patienten	Bevölkerung
Pulsadern aufschneiden	Zug / Wasser
Tabletten	Aufhängen / Autounfall
Erhängen	Tabletten
Kombinationen aus mehreren Methoden	

Abbildung 211

33. Warum hatten Sie diese Methode gewählt?

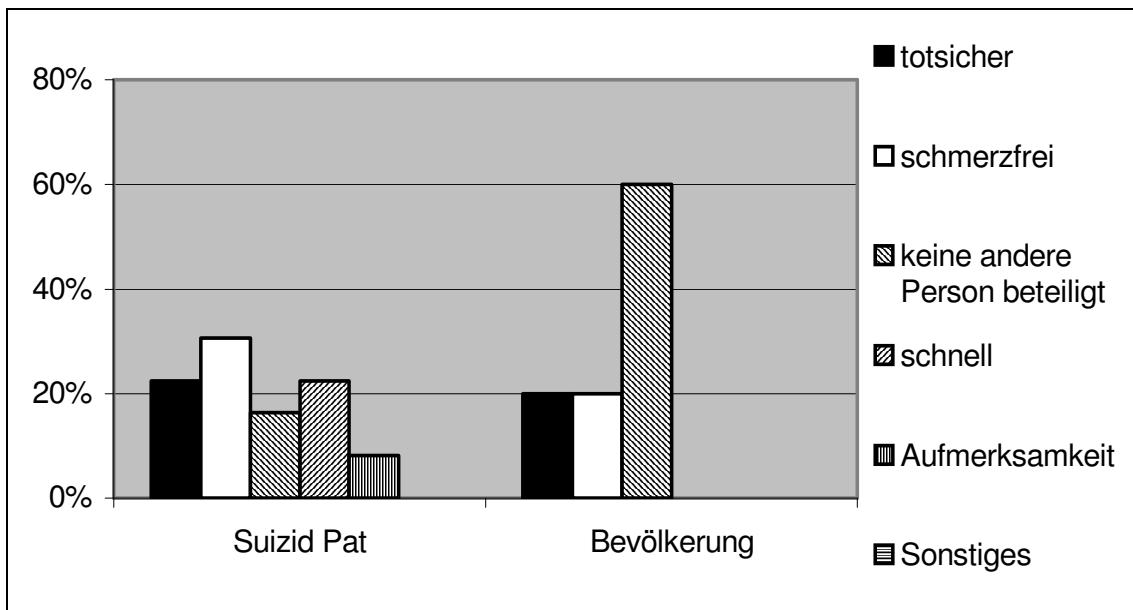


Abbildung 212

34. Wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

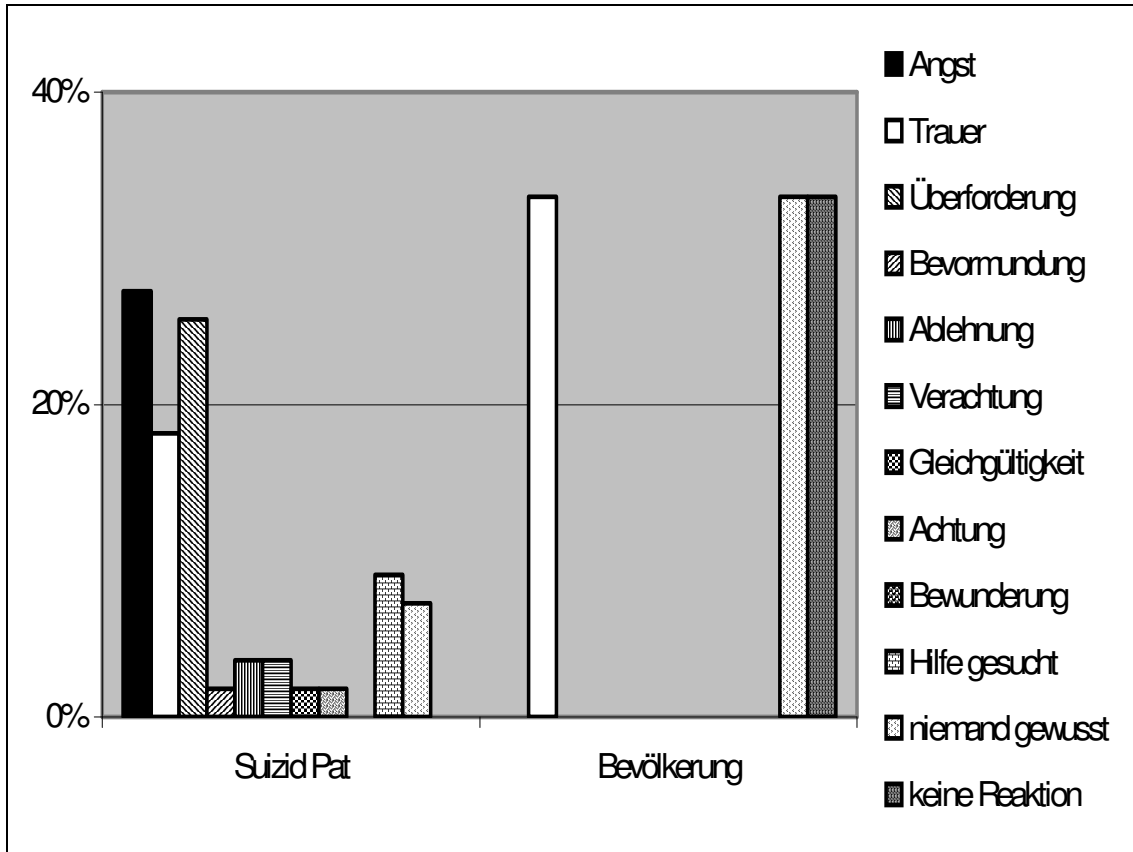


Abbildung 213

35. Wie kamen Sie mit diesen Reaktionen zurecht?

Suizidale Patienten	Bevölkerung
Gut	Gut
Niemandem erzählt	Entschuldigung bei Angehörigen
Gar nicht	Niemandem erzählt

Abbildung 214

36. Wollten Sie etwas in Ihrem Umfeld bewirken dadurch, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

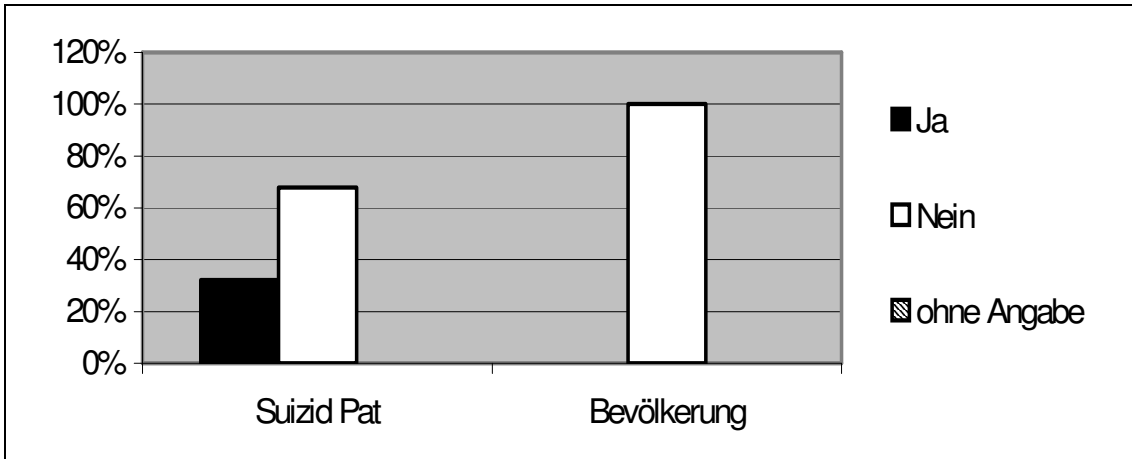


Abbildung 215

37. Hat sich Ihr Umfeld so verändert, wie Sie es beabsichtigt hatten?

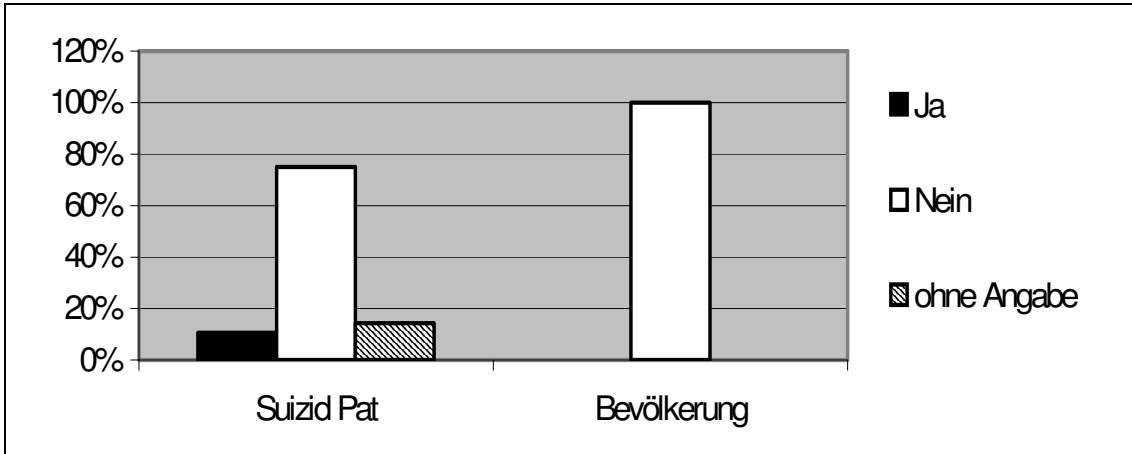


Abbildung 216

38. Was hatten Sie sich dadurch erhofft, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

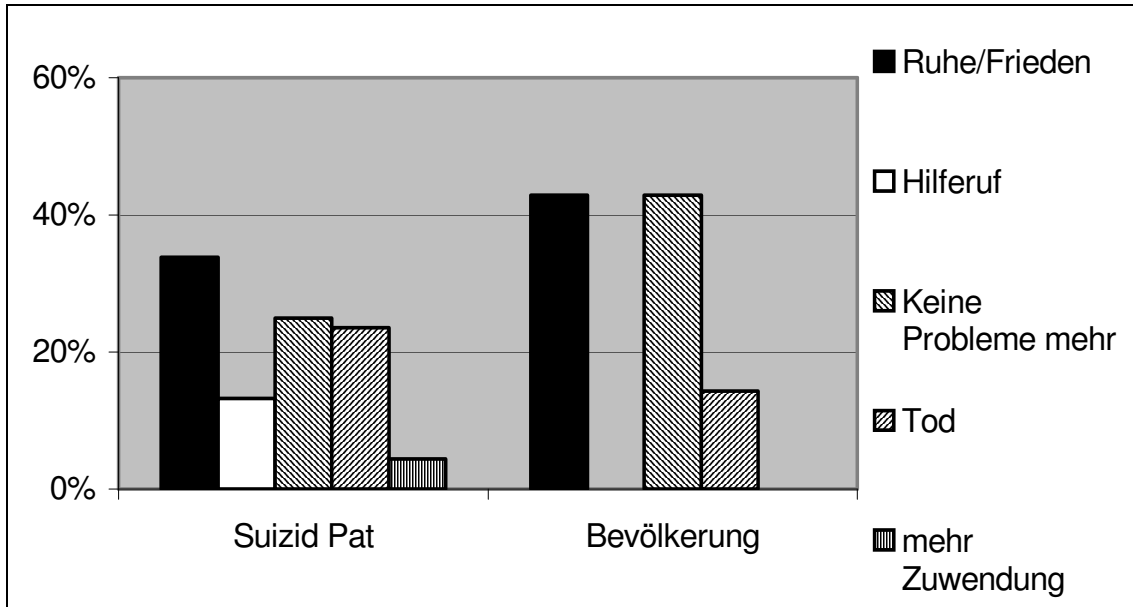


Abbildung 217

39. Wie denken Sie heute über Ihre damaligen Absichten, sich das Leben nehmen zu wollen?

Suizidale Patienten	Bevölkerung
Froh, dass es nicht geklappt hat	Leichtsinnig
Ohne Angabe	Dumm
Dumm, schwachsinnig, war nicht richtig	Schwachsinn
Keine Reue	

Abbildung 218

40. Würden Sie es wieder tun?

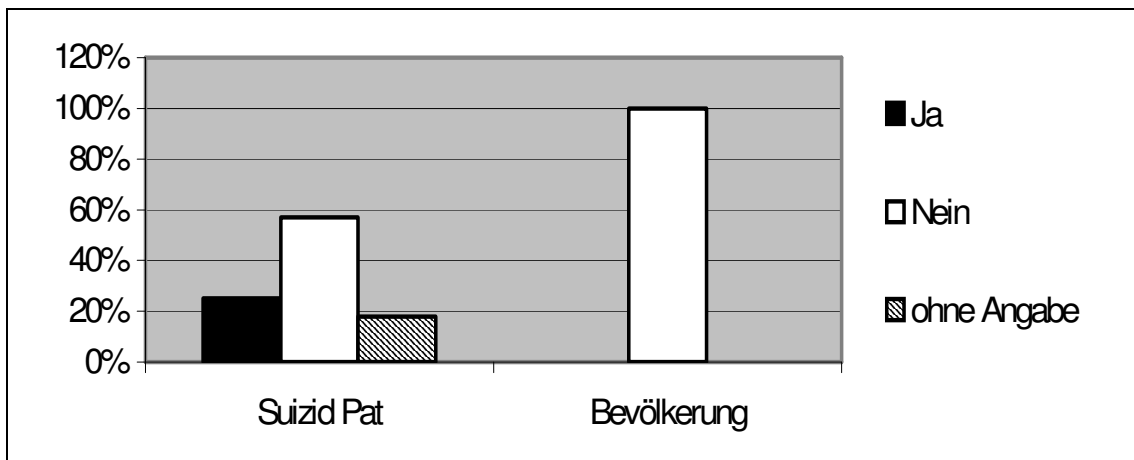


Abbildung 219

41. Wenn ja, warum würden Sie es wieder tun?

In Abhängigkeit der vorhergehenden Frage betrifft diese Frage nur suizidale Patienten:

- × Kurzschlussreaktion
- × Leben nicht lebenswert
- × Kontrollverlust
- × Keine Probleme mehr, kein Kampf gegen mich
- × Leben ist zu viel, kein Ausweg mehr da

42. Welchen Begriff bringen Sie mit dem Tod in Verbindung?

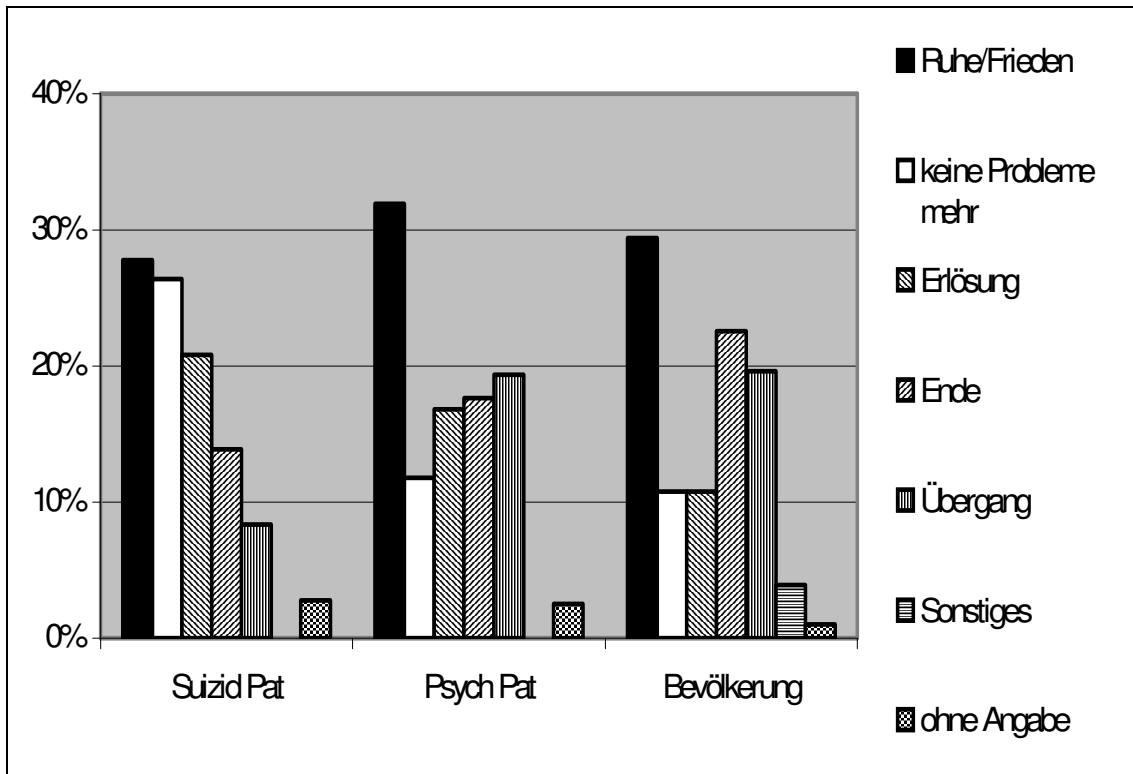


Abbildung 220

43. Haben Sie Angst vor den eigenen Tod?

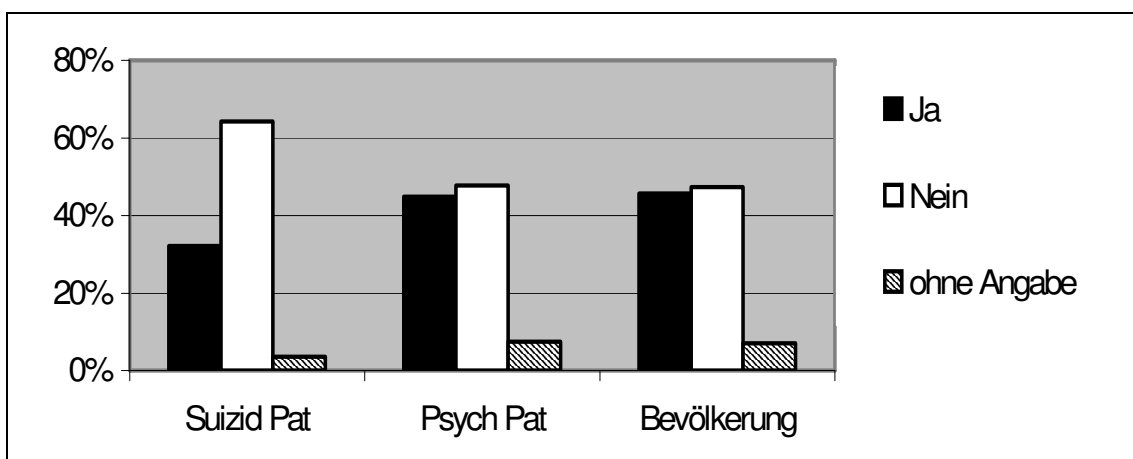


Abbildung 221

44. Haben Sie Angst vor dem Tod nahestehender Menschen?

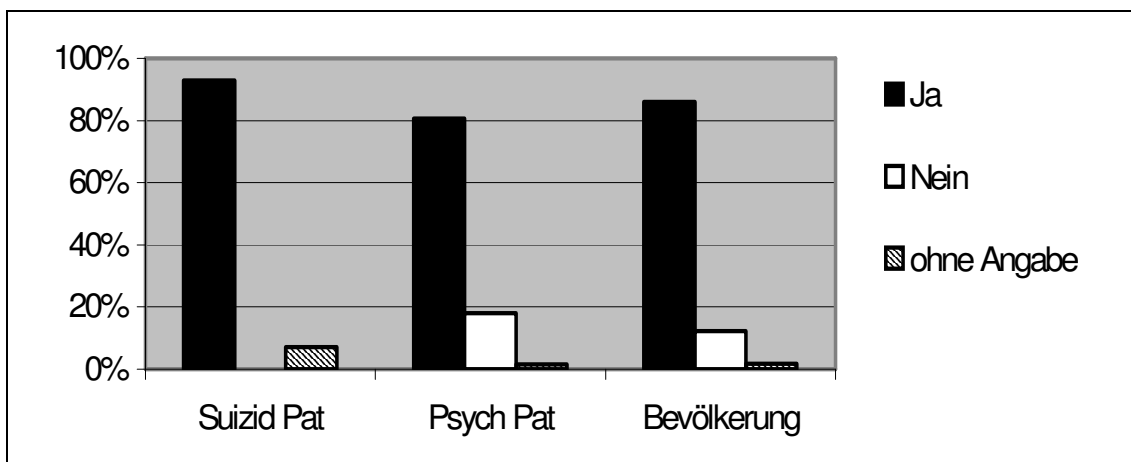


Abbildung 222

45. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, sich das Leben zu nehmen?

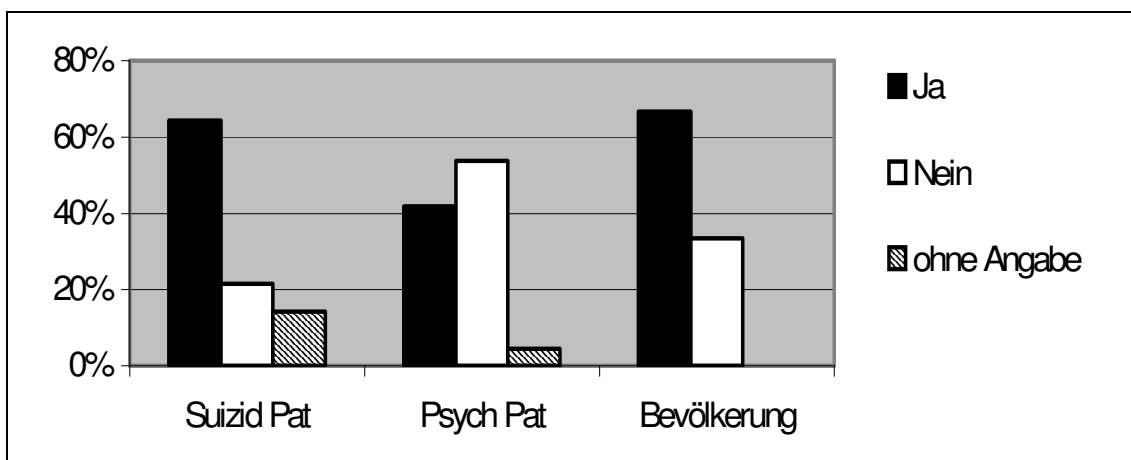


Abbildung 223

46. Hat Ihrer Meinung nach ein Mensch das Recht, einen Menschen davon abzuhalten, der sich das Leben nehmen will?

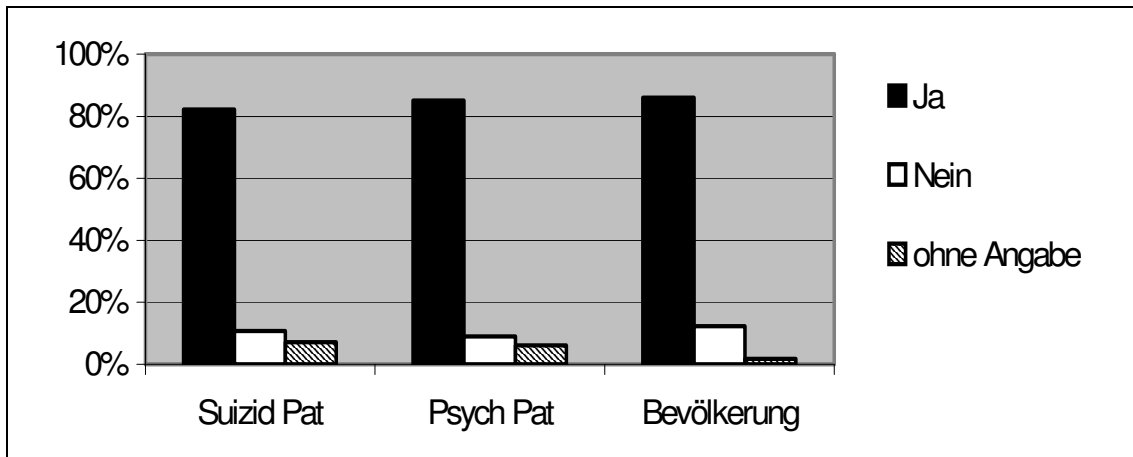


Abbildung 224

47. Welche Lebensereignisse könnten Sie momentan dazu veranlassen, dass Sie daran denken würden, sich das Leben zu nehmen?

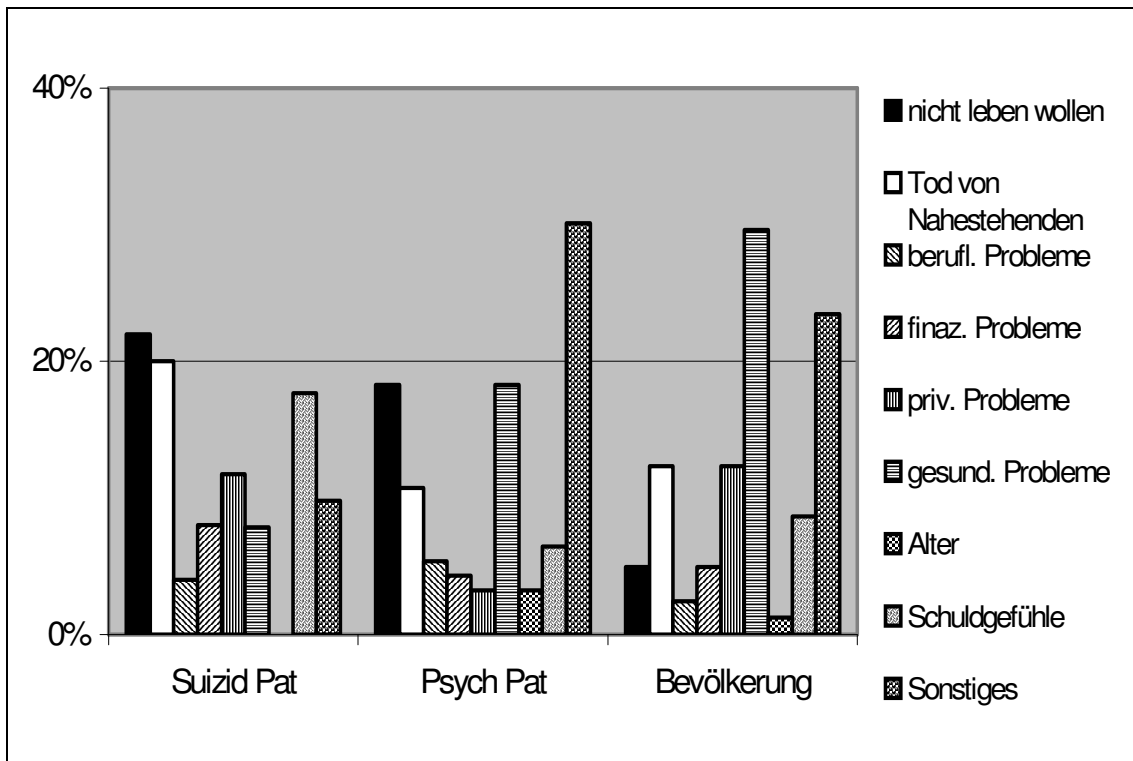


Abbildung 225

48. Was könnte Sie dazu veranlassen, eine Handlung zu tun, um sich das Leben zu nehmen?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Perspektivlosigkeit	Nichts	Nichts
Einsamkeit	Unheilbare Krankheit	Unheilbare Krankheit
Tod von Nahestehenden	Tod von Nahestehenden	Behinderung
Angst	Schmerzen	Akute, negative Veränderungen im Leben
Private Probleme	Perspektivlosigkeit	Keine Perspektiven

Abbildung 226

49. Wofür lohnt es sich zu leben?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Familie	Familie	Familie
Freunde	Für sich	Freunde
Für sich selbst	Für das Leben	Für das Leben
Liebe	Liebe	Gutes tun
	Kinder	Partner

Abbildung 227

50. Haben Sie schon einmal einen solchen Vertrag unterschrieben?

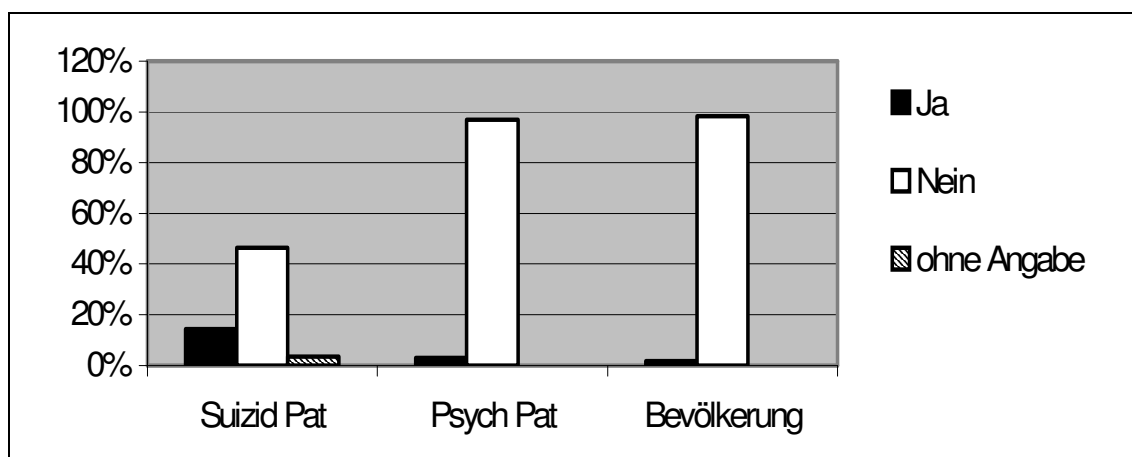


Abbildung 228

51. Wenn ja, könnte Sie kurz zusammenfassen, wie Ihr Vertrag ausgesehen hat?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Ich werde gebraucht. Der Therapeut hat mir noch Wichtiges zu sagen.	Kein Suizidversuch während Klinikaufenthalt (REHA)	Ich habe versprochen, den Arzt vor dem nächsten Suizidversuch anzurufen. Den Vertrag legte ich auf meinen Nachttisch.
Ich darf mich nicht lebensgefährlich verletzen oder andere Dinge tun, die den Tod hervorrufen. Versprechen, Hilfe zu holen.		

Abbildung 229

52. Haben Sie sich an den Vertrag gebunden gefühlt?

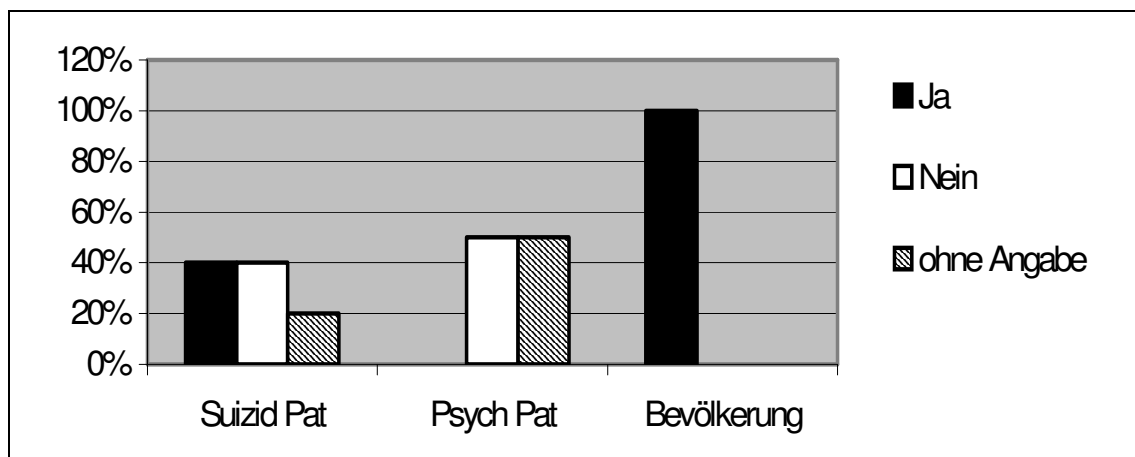


Abbildung 230

53. Hat Ihr Vertrag Sie zum Weiterleben bewogen?

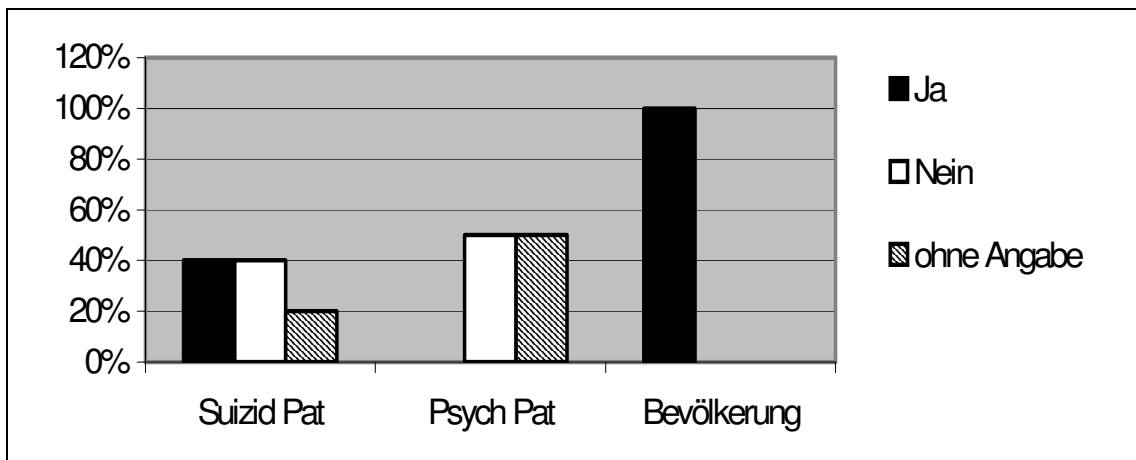


Abbildung 231

54. Welche Rolle hat Ihr Vertrag damals in Ihrer Therapie eingenommen?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Große Rolle; Vertagung des Todes	Keine	Hilfreiche Bindung
Ich hatte meine Ruhe. Lediglich Absicherung der Klinik, falls ich mich doch umbringe.		
Keine		

Abbildung 232

55. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

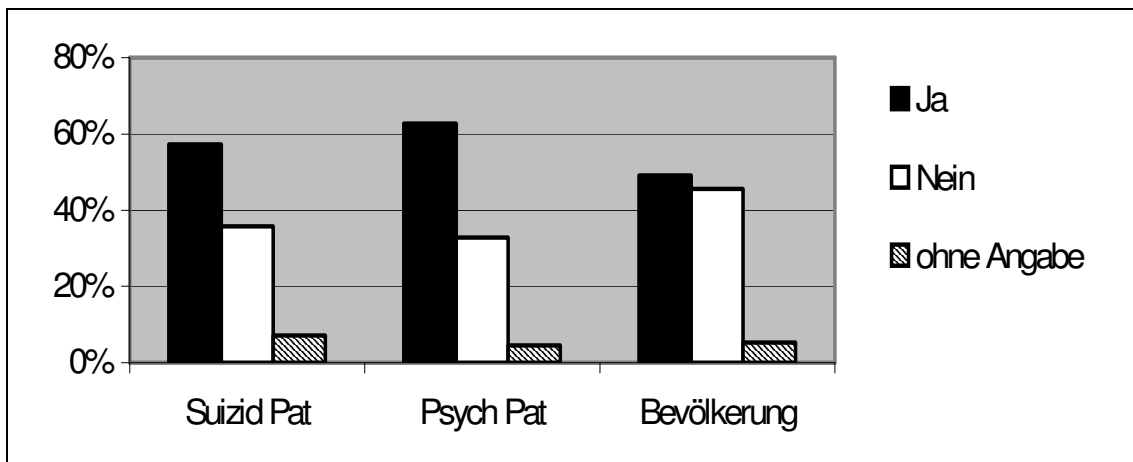


Abbildung 233

56. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

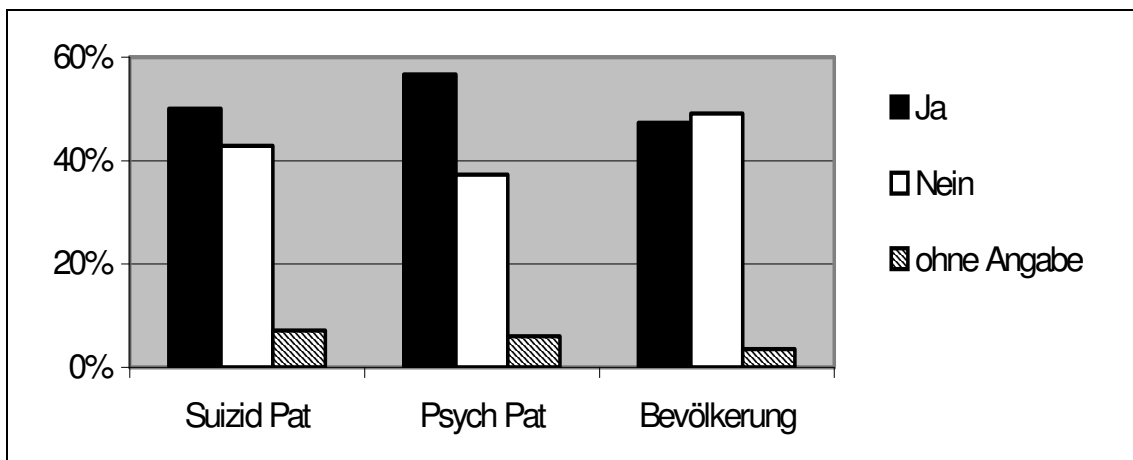


Abbildung 234

57. Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

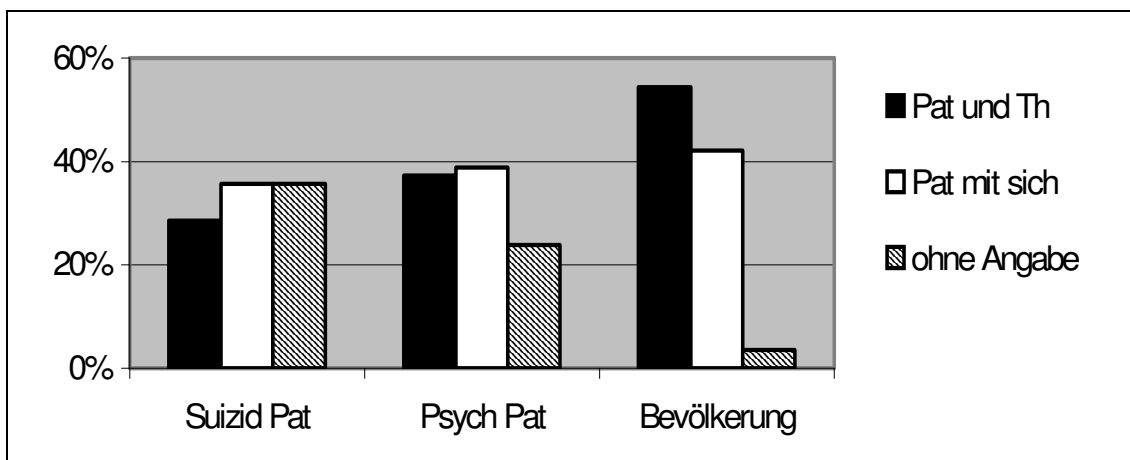


Abbildung 235

58. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

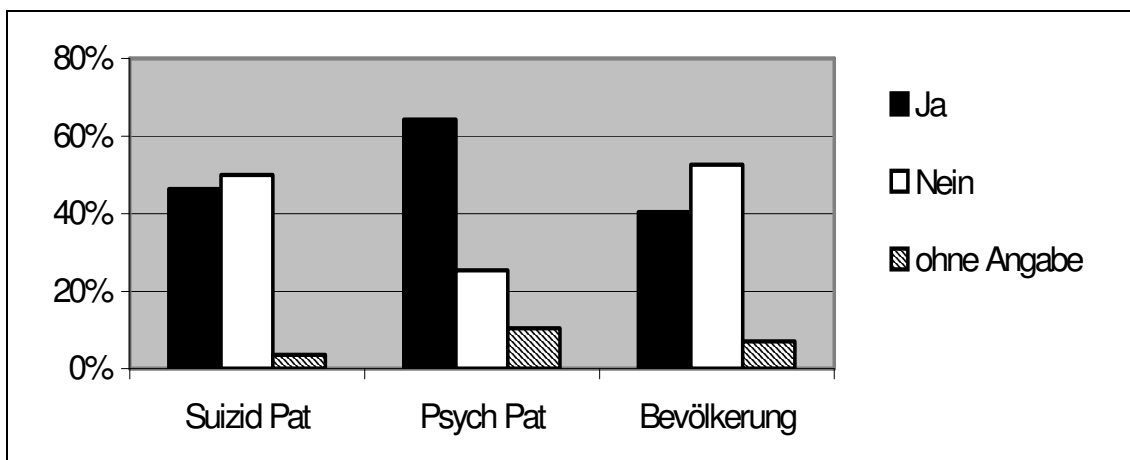


Abbildung 236

59. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

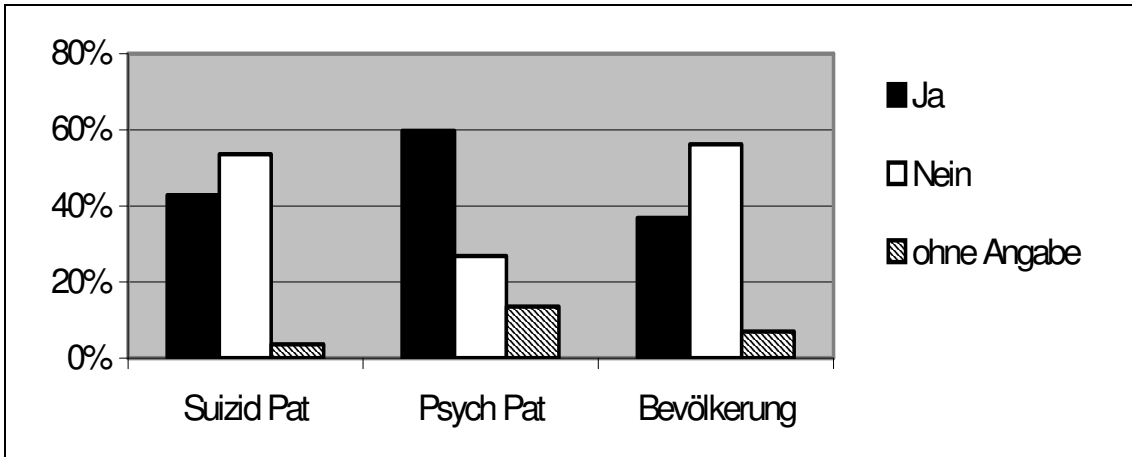


Abbildung 237

60. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

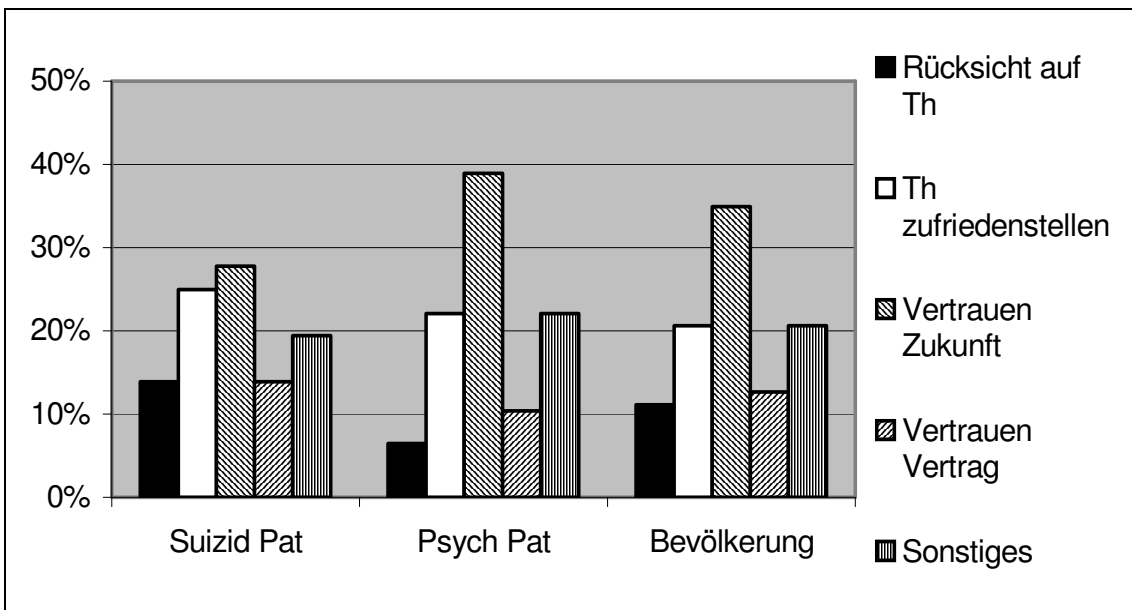


Abbildung 238

61. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

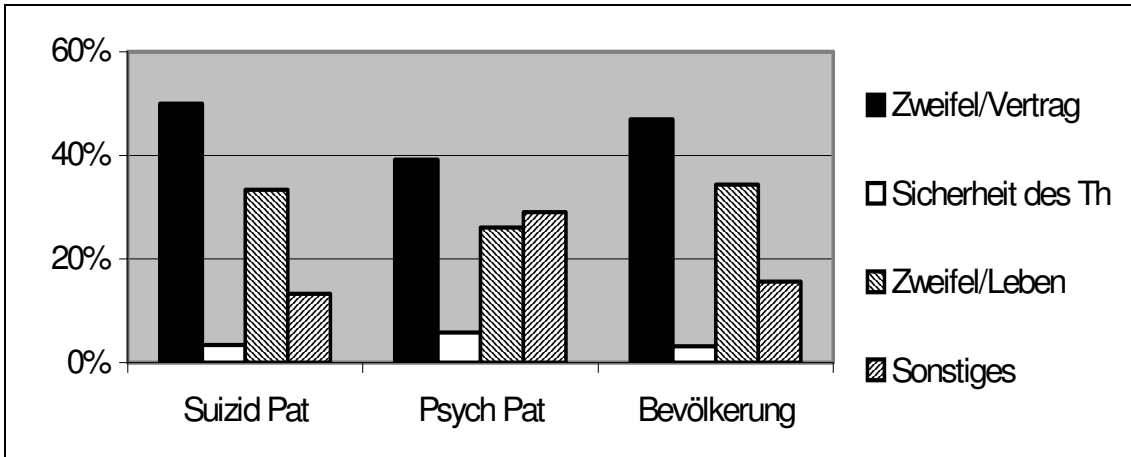


Abbildung 239

62. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

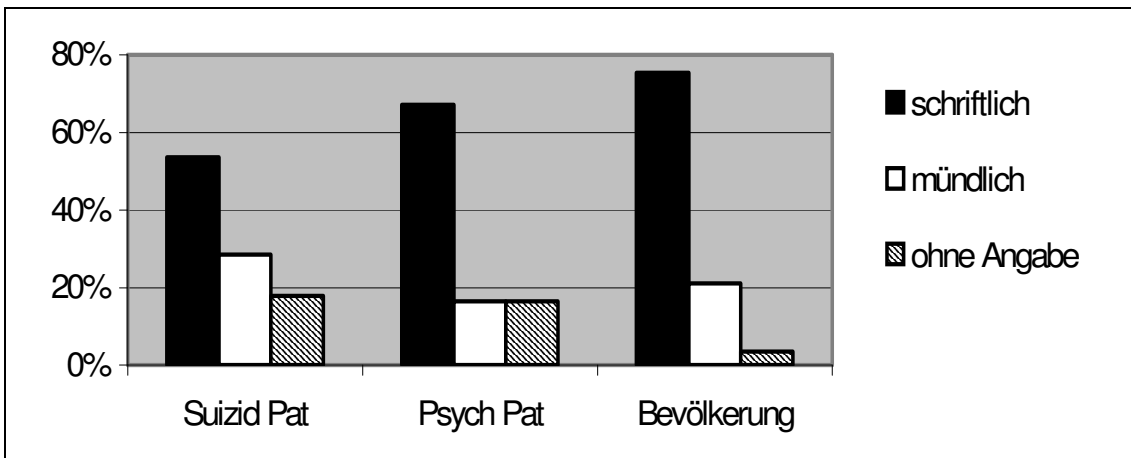


Abbildung 240

63. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

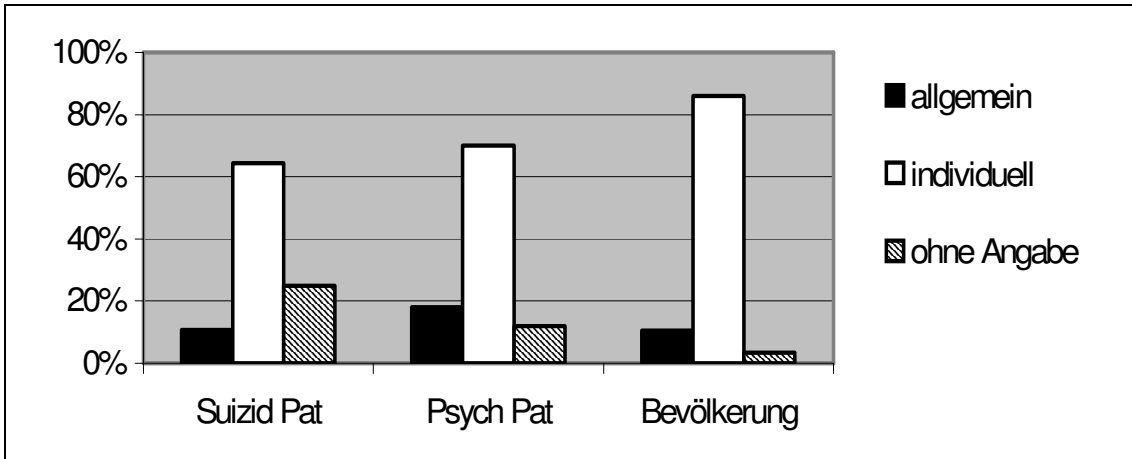


Abbildung 241

64. Sollte man Ihrer Meinung nach einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

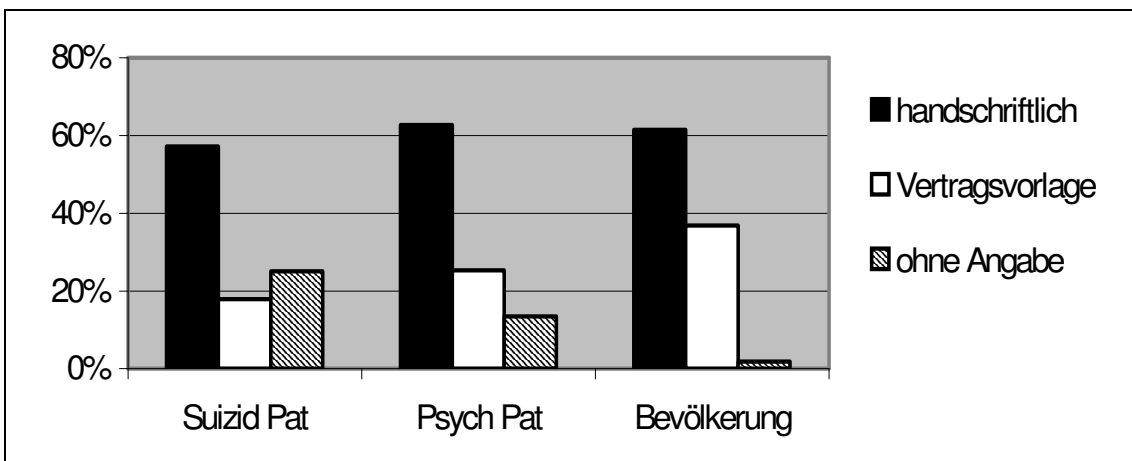


Abbildung 242

65. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurz gefassten Vertrag?

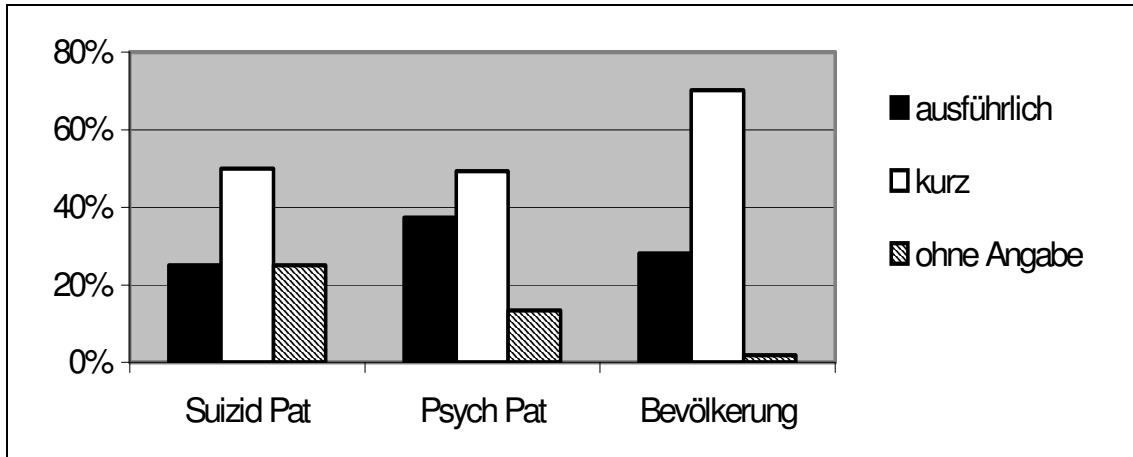


Abbildung 243

66. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

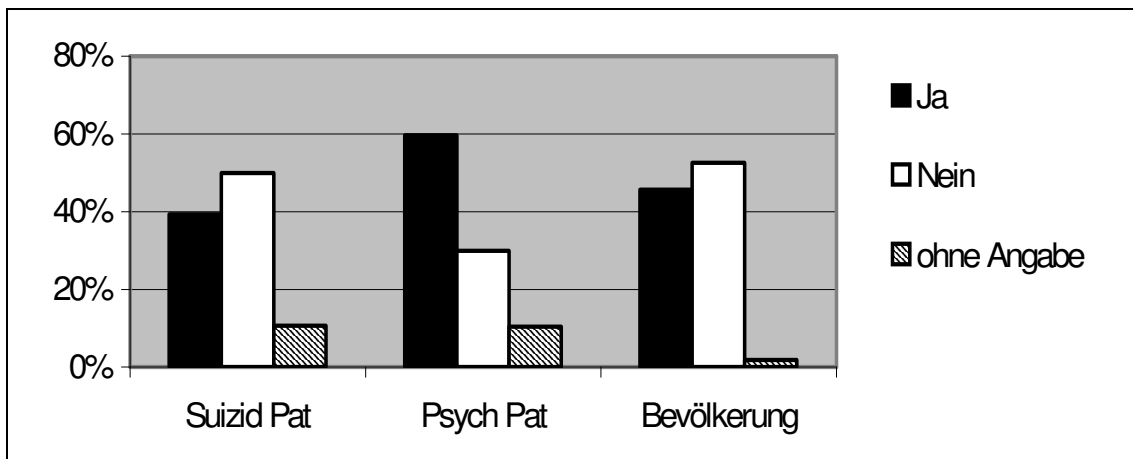


Abbildung 244

67. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

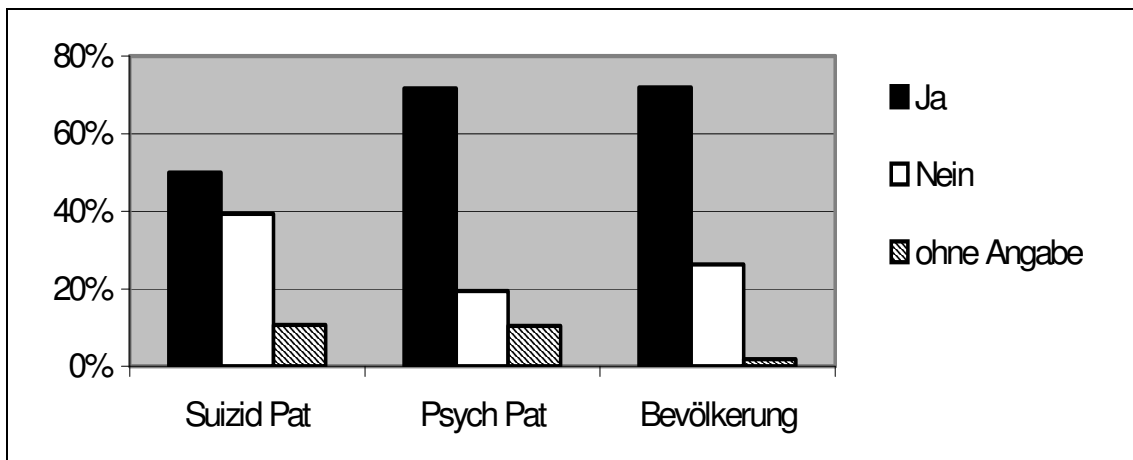


Abbildung 245

68. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

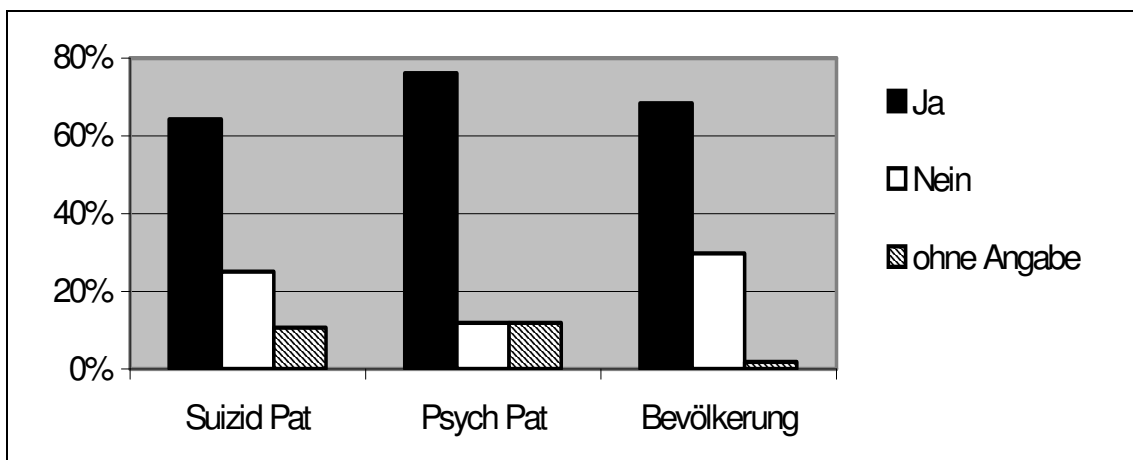


Abbildung 246

69. Wenn ja, welche Verhaltensweise könnte Ihnen am besten helfen?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Gespräch mit Vertrauensperson	Gespräch mit Vertrauensperson oder Therapeut	Gespräch mit Vertrauensperson
Hilfe suchen	Gedankenstopp	Ablenkung
Reden, Sport, unter Menschen gehen	Etwas unternehmen	Spaziergang, Steigern des körperlichen Wohlbefindens

Abbildung 247

70. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

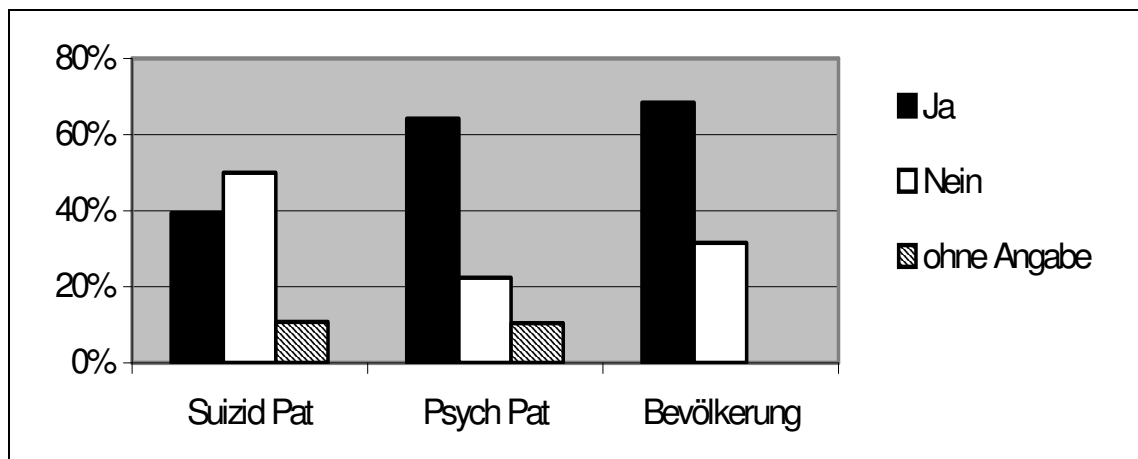


Abbildung 248

71. Wenn ja, welche wären bei Ihnen hilfreich?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Jederzeit erreichbarer Ansprechpartner	Gespräche	Therapeut immer erreichbar
Bedarfsmedikation	Telefonnummer des Therapeuten	Eine Nacht darüber schlafen
Krisendienst anrufen	Aufpasser bei Gefahr	Gespräche mit Familie

Abbildung 249

72. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftliche festgehalten werden?

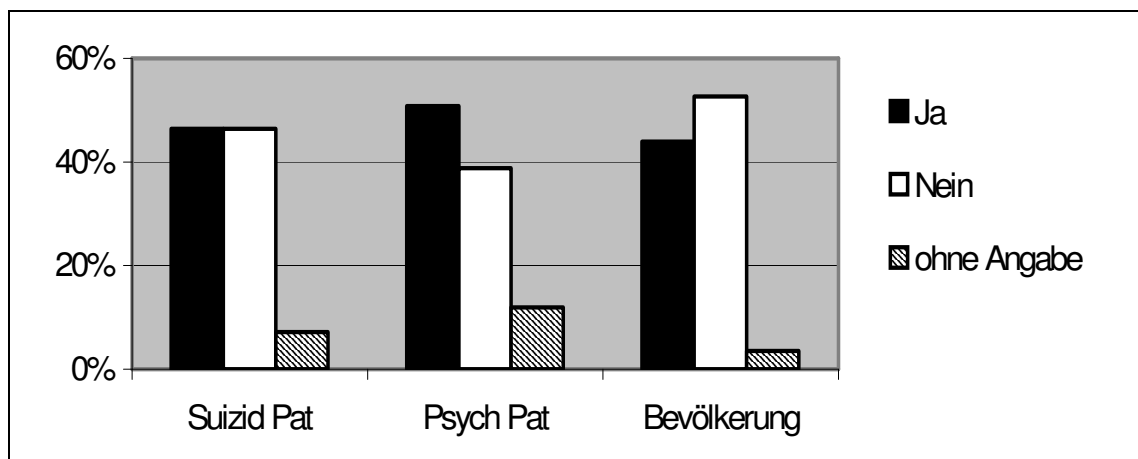


Abbildung 250

73. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

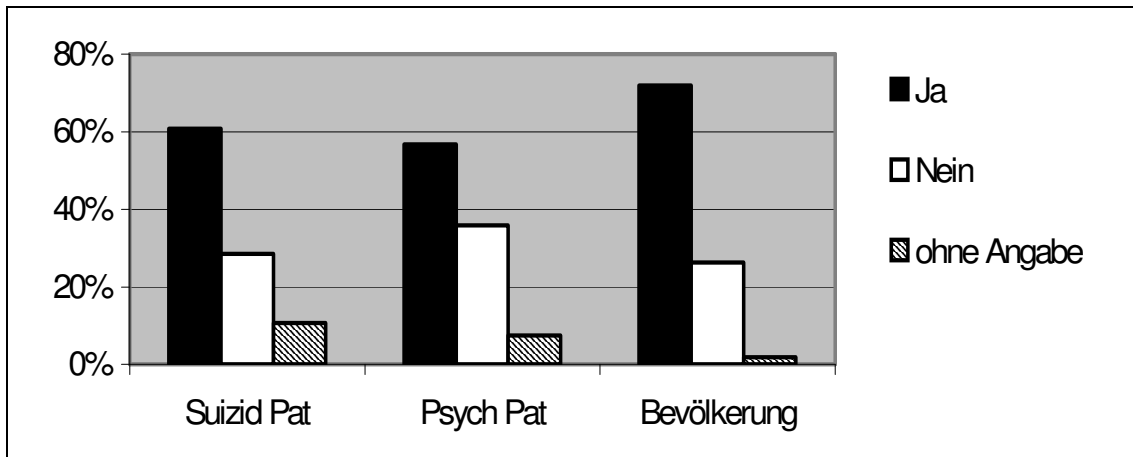


Abbildung 251

74. Glauben Sie, dass Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

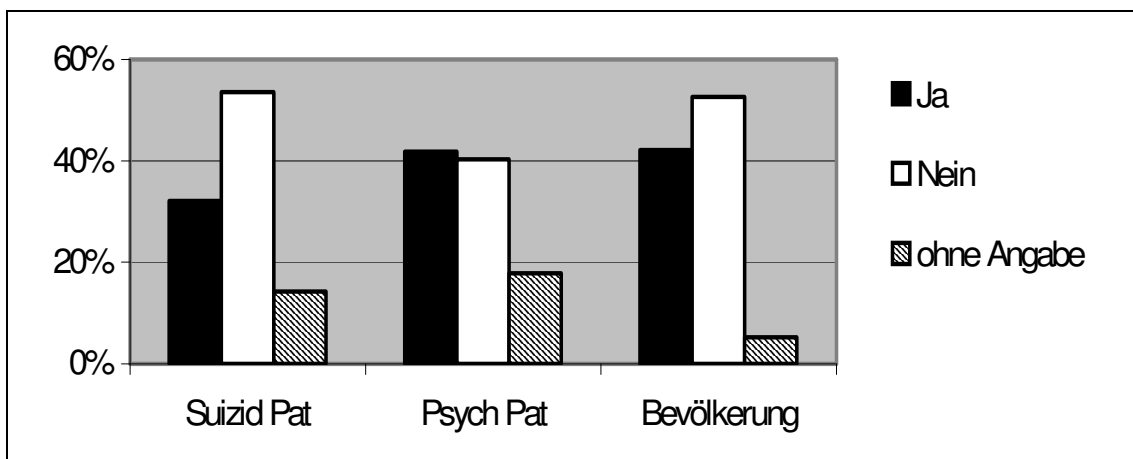


Abbildung 252

75. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der sie sich das Leben nehmen wollen, verträglich wären?

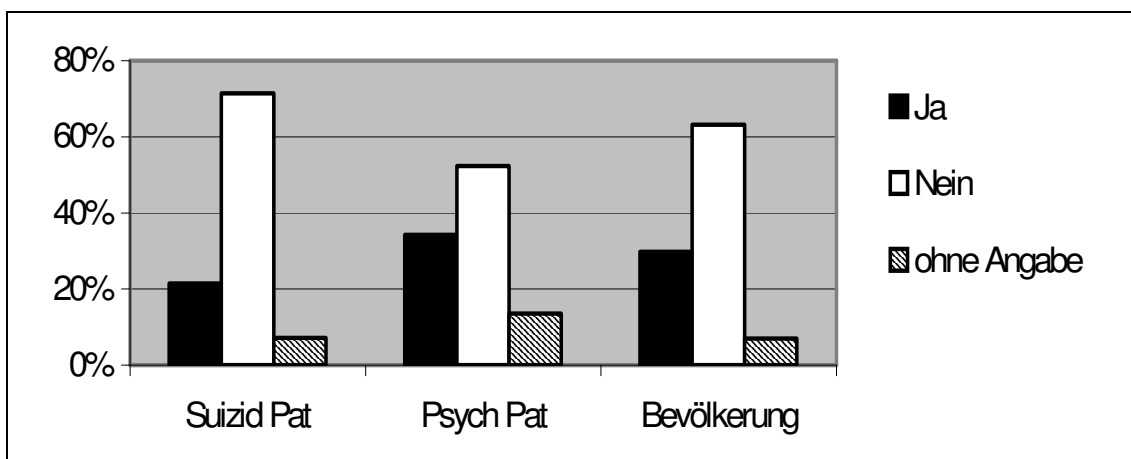


Abbildung 253

76. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

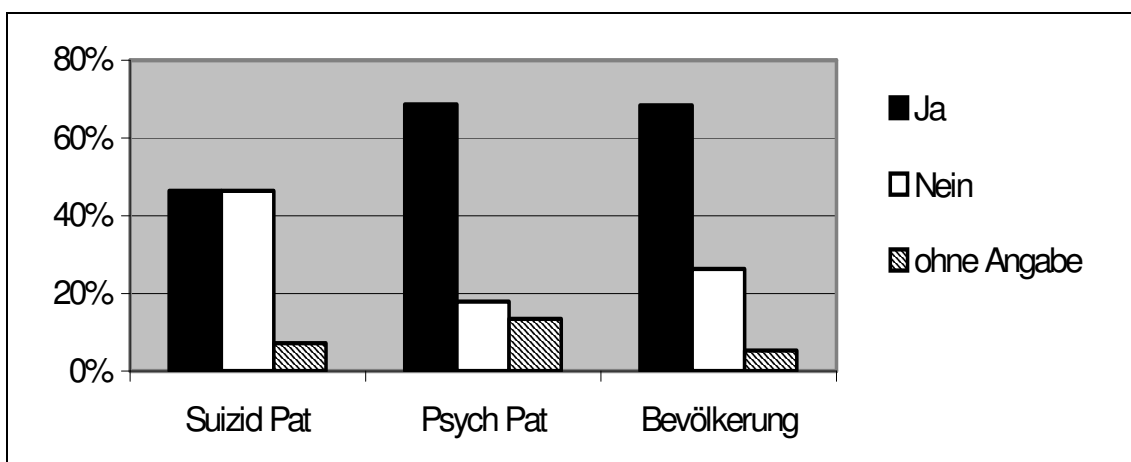


Abbildung 254

77. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

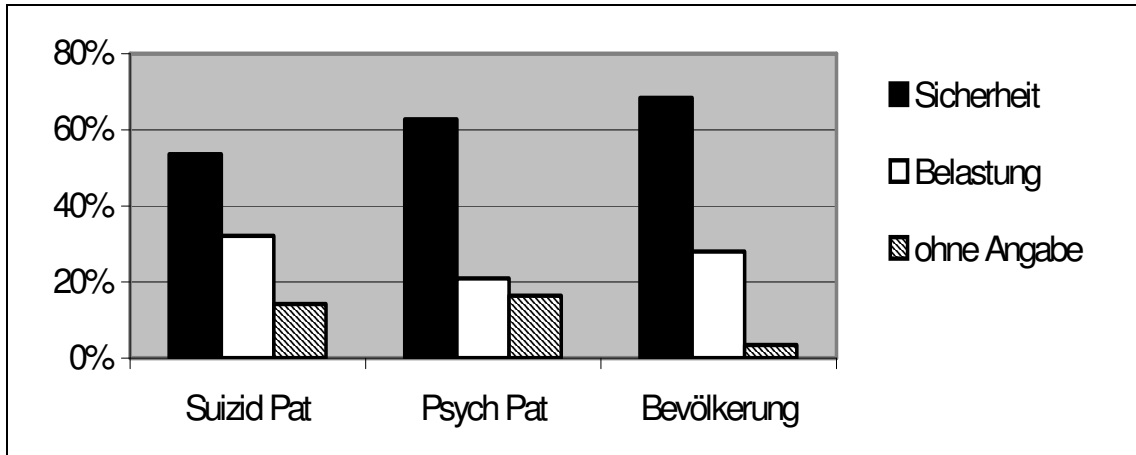


Abbildung 255

78. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

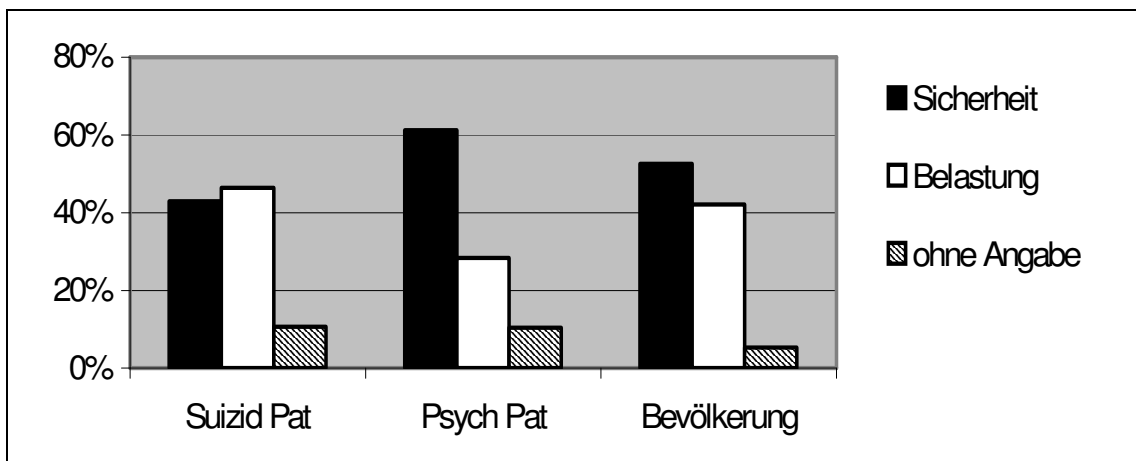


Abbildung 256

79. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

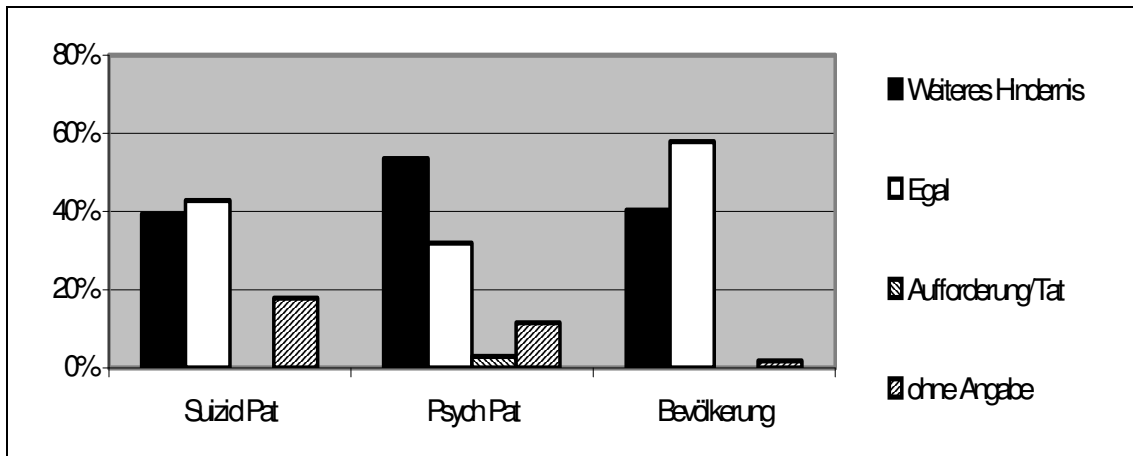


Abbildung 257

80. Wie könnte man Sie in einer Krise auf jeden Fall vom Leben überzeugen?

Suizidale Patienten	Psychiatrische Patienten	Bevölkerung
Gespräche	Familie	Liebe
Familie, wichtige Bezugspersonen	Schönheit des Lebens vor Augen führen	Gespräche
Positive Dinge des Lebens	Gespräche	Familie

Abbildung 258

7.3.6 Abbildungen der Auswertung von suizidalen Patienten im Vergleich

Die Auswertung der suizidalen Patienten wird in mehreren Gruppierungen vorgenommen. Hierzu wird in männlich und weiblich unterteilt. Zusätzlich kommt noch eine Unterdifferenzierung in verschiedene Altersklassifikationen vor wie <25, 25-40 und >40 Jahre.

Die Aufteilung erfolgt in folgende Gruppen:

- × Männlich <25 (n=2)
- × Männlich 25-40 (n=5)
- × Männlich > 40 (n=3)
- × Weiblich <25 (n=8)
- × Weiblich 25-40 (n=5)
- × Weiblich > 40 (n=5)

1. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

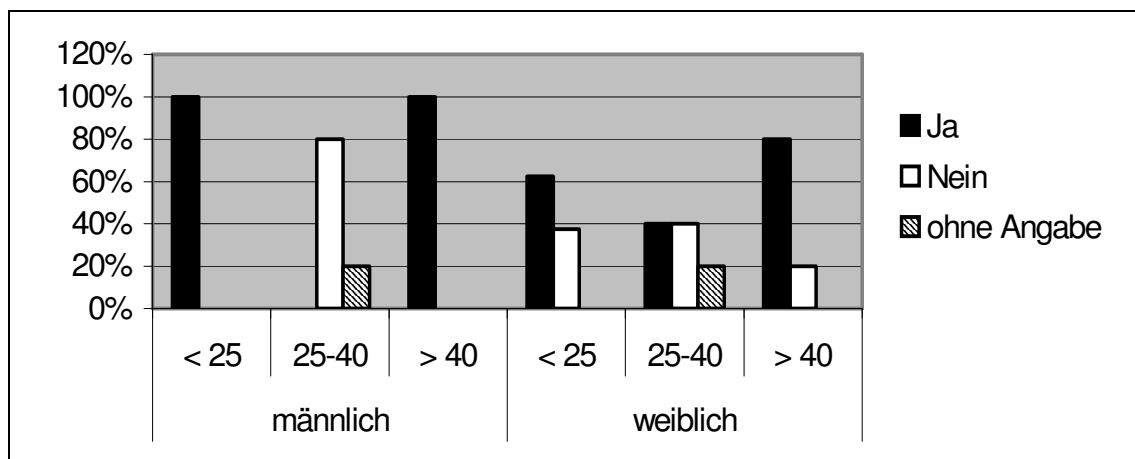


Abbildung 259

2. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

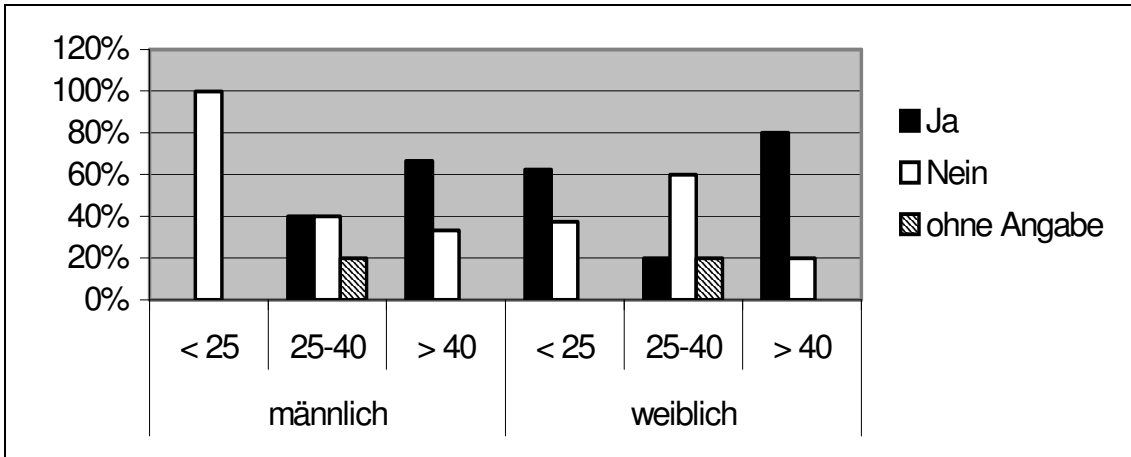


Abbildung 260

3. Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

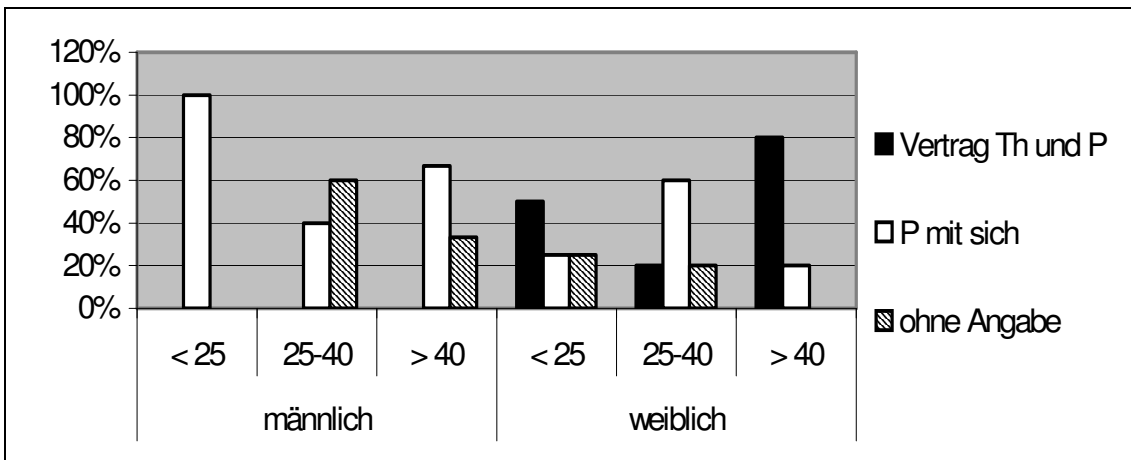


Abbildung 261

4. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

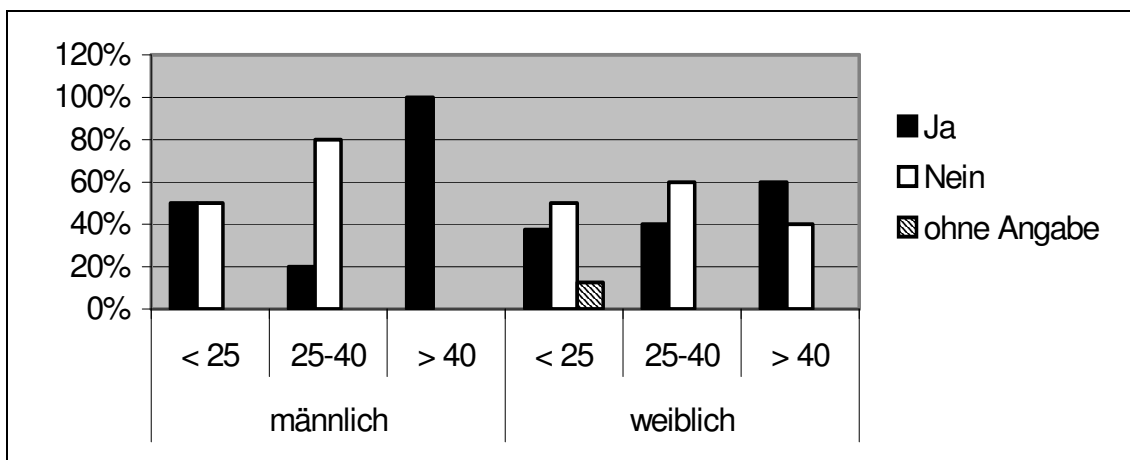


Abbildung 262

5. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, sich das Leben zu nehmen?

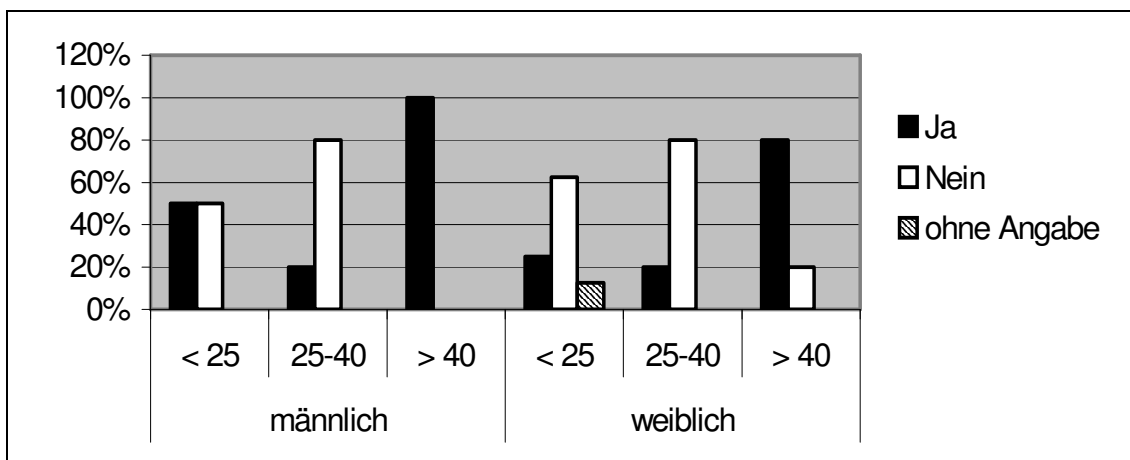


Abbildung 263

6. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

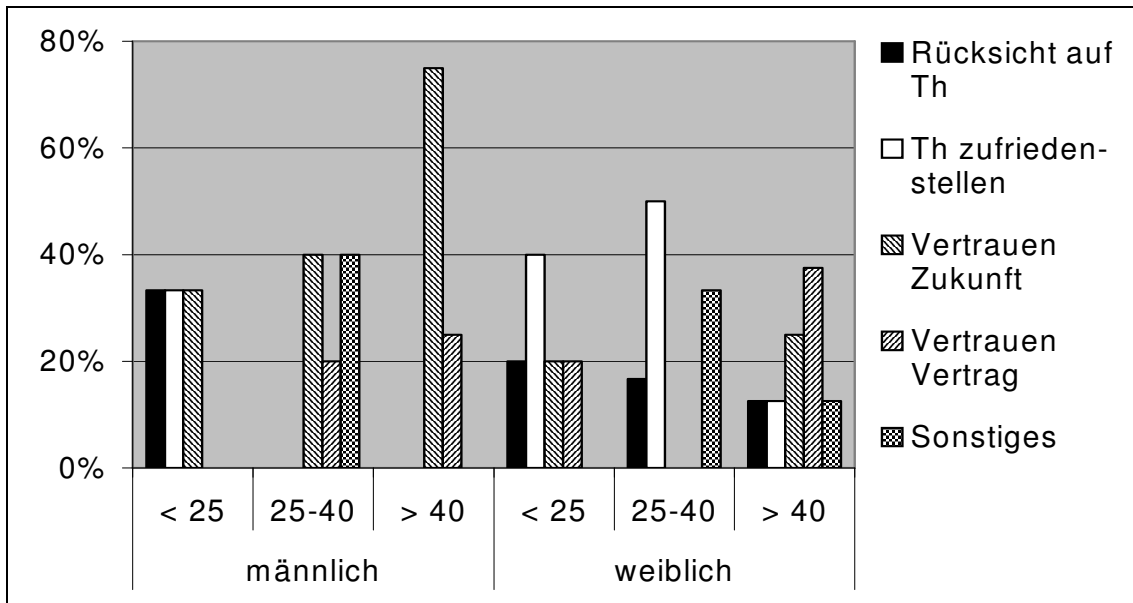


Abbildung 264

7. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

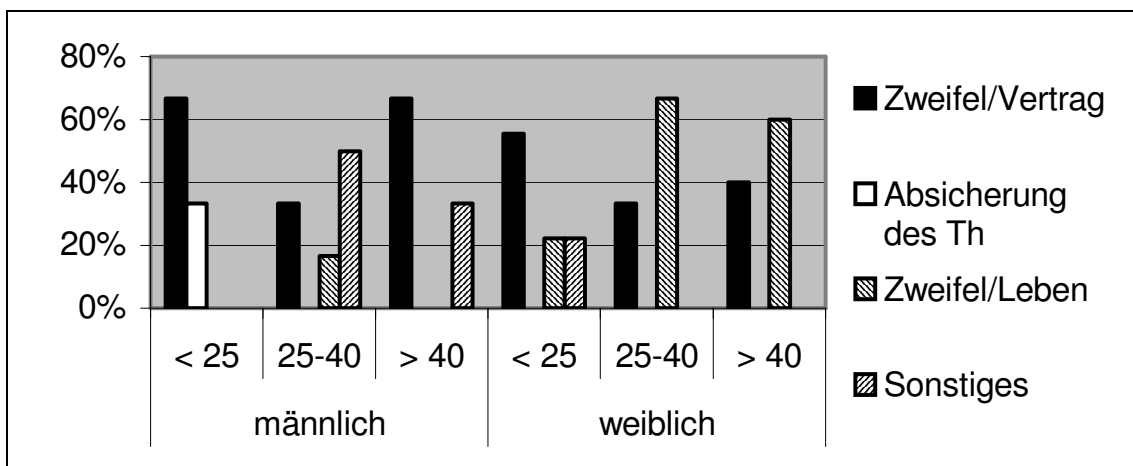


Abbildung 265

8. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

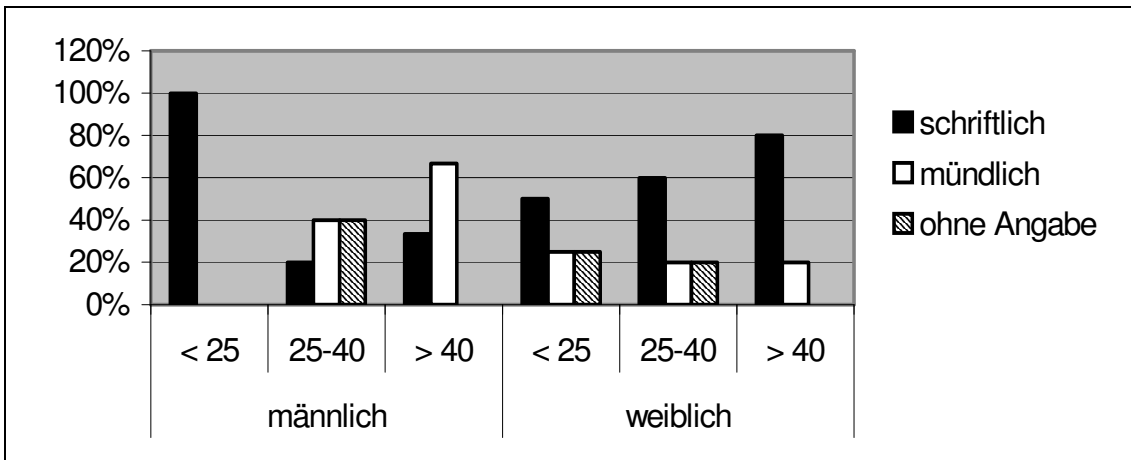


Abbildung 266

9. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

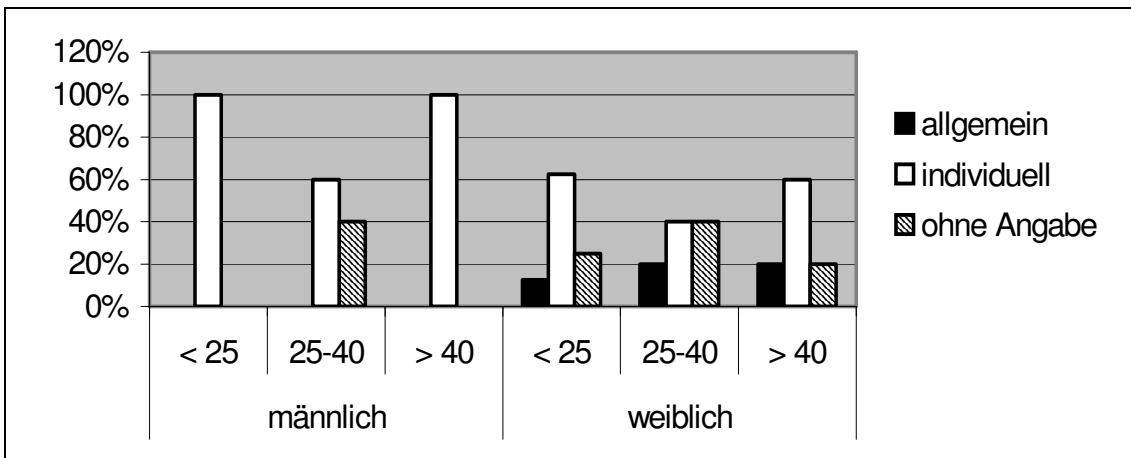


Abbildung 267

10. Sollte man Ihrer Meinung einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

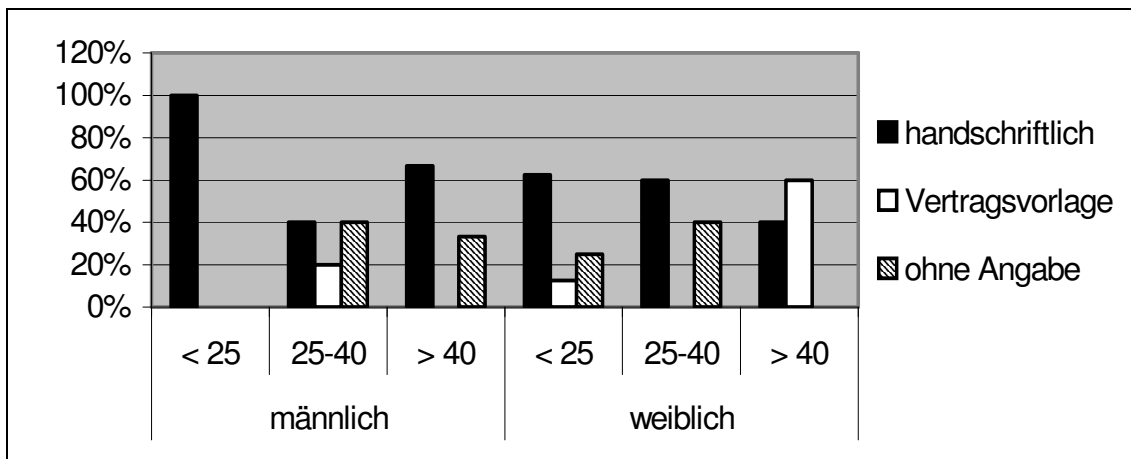


Abbildung 268

11. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurzgefassten Vertrag?

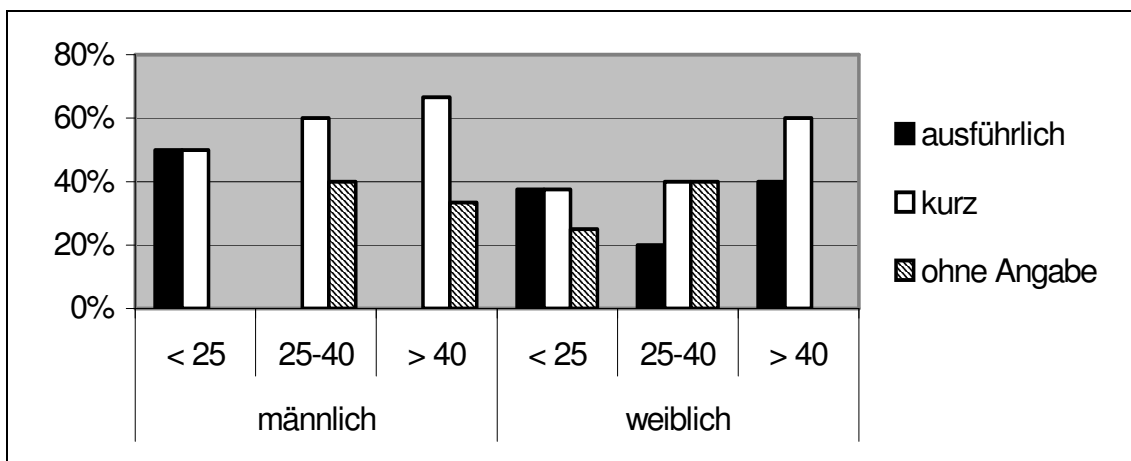


Abbildung 269

12. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

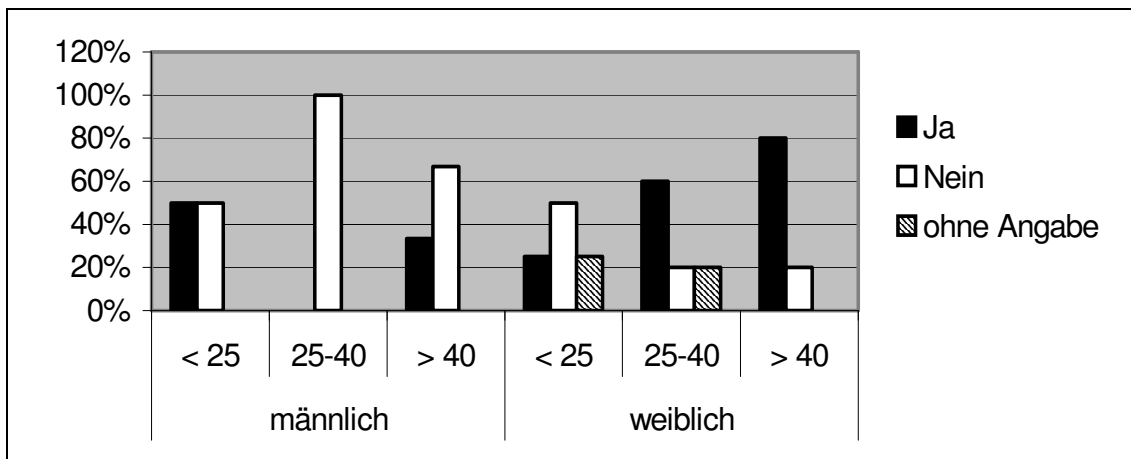


Abbildung 270

13. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

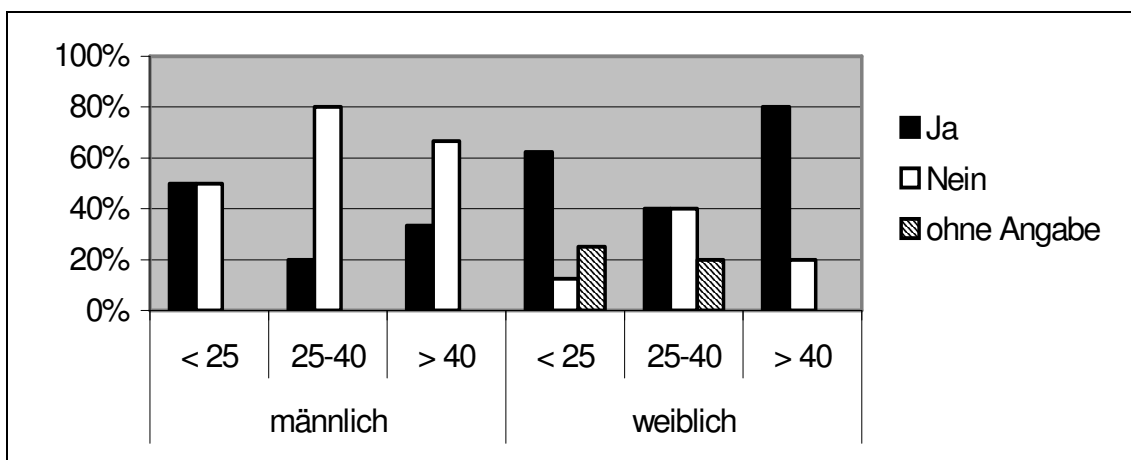


Abbildung 271

14. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

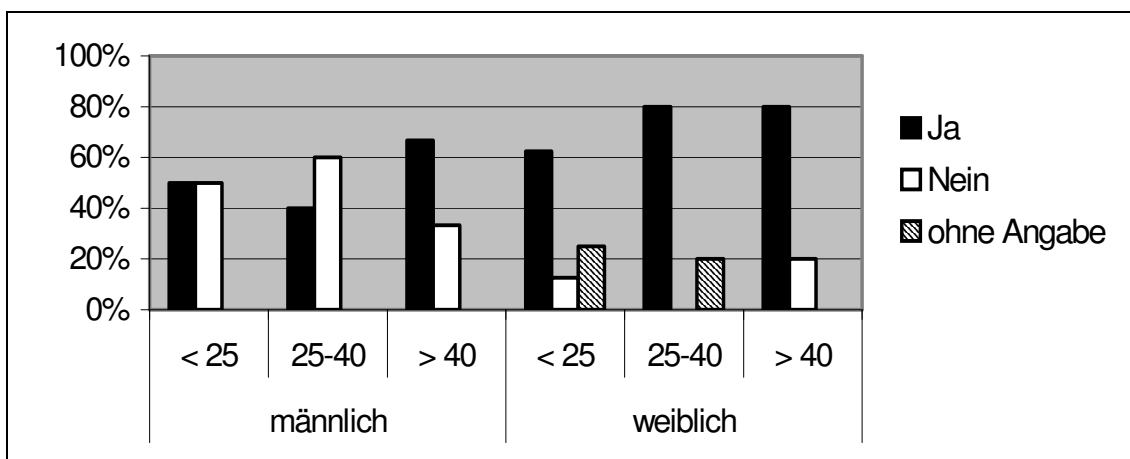


Abbildung 272

15. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

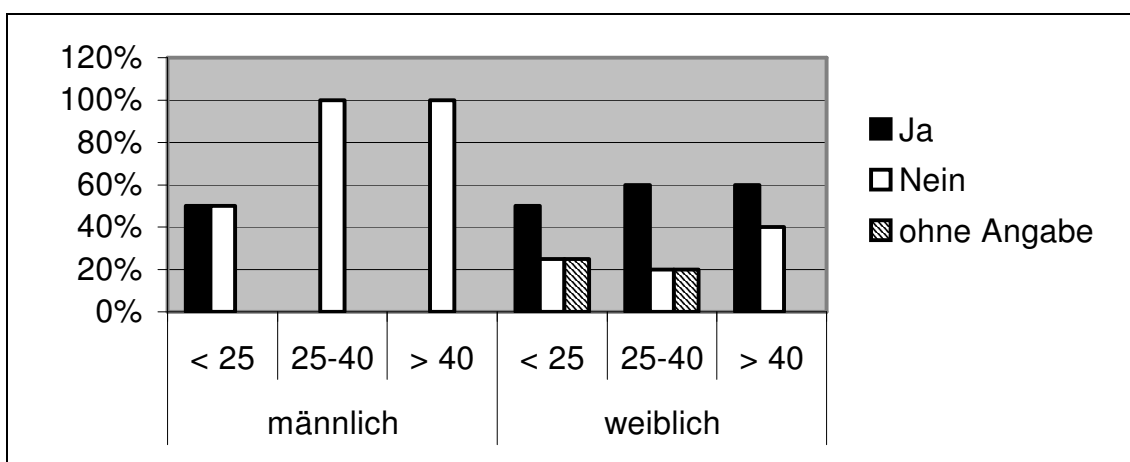


Abbildung 273

16. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festgehalten werden?

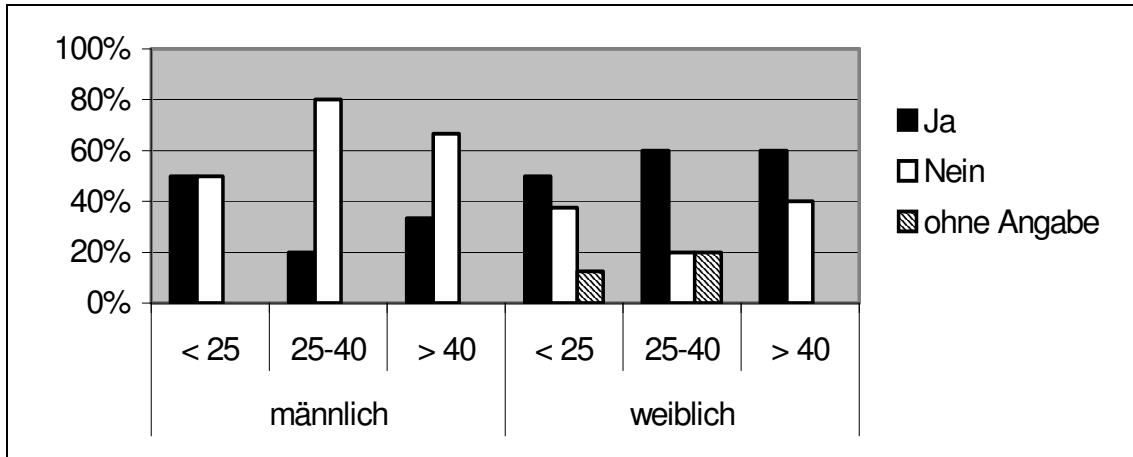


Abbildung 274

17. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

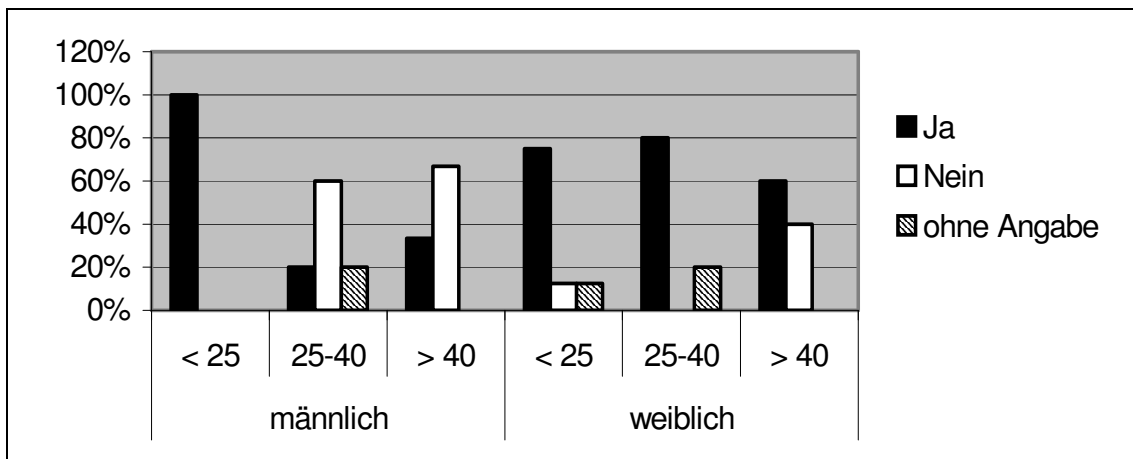


Abbildung 275

18. Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

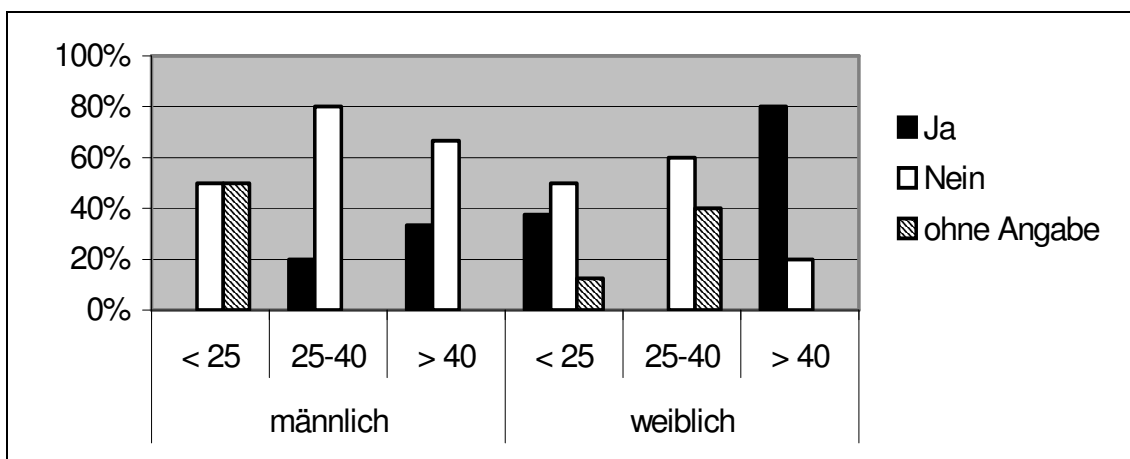


Abbildung 276

19. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

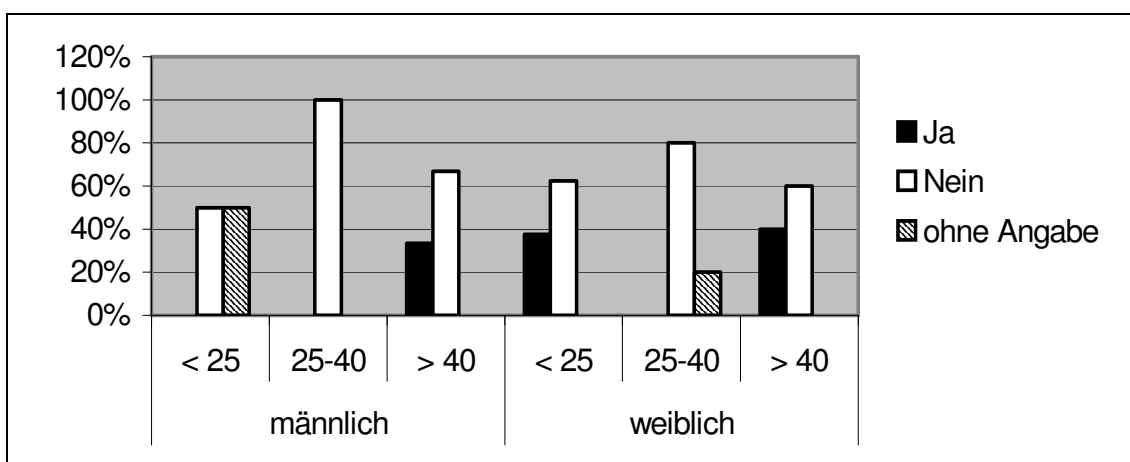


Abbildung 277

20. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

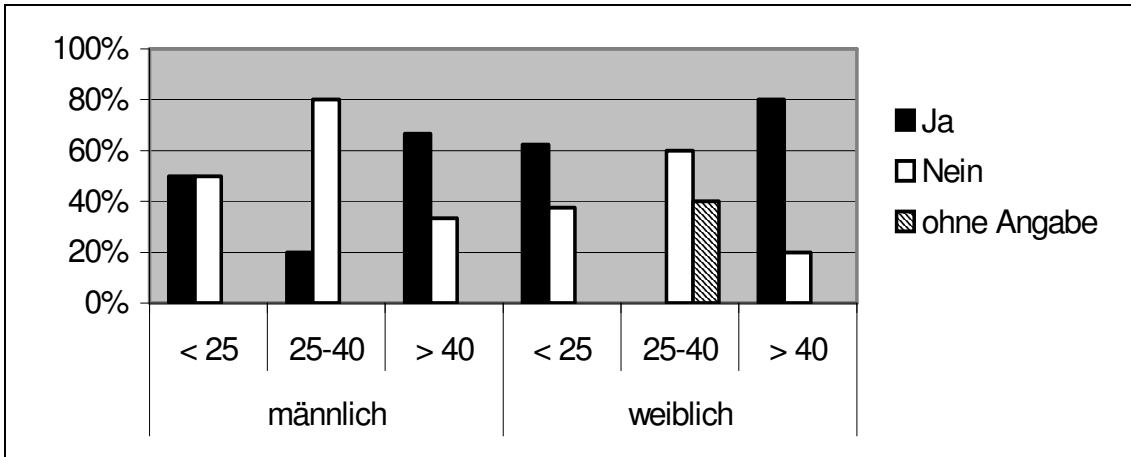


Abbildung 278

21. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

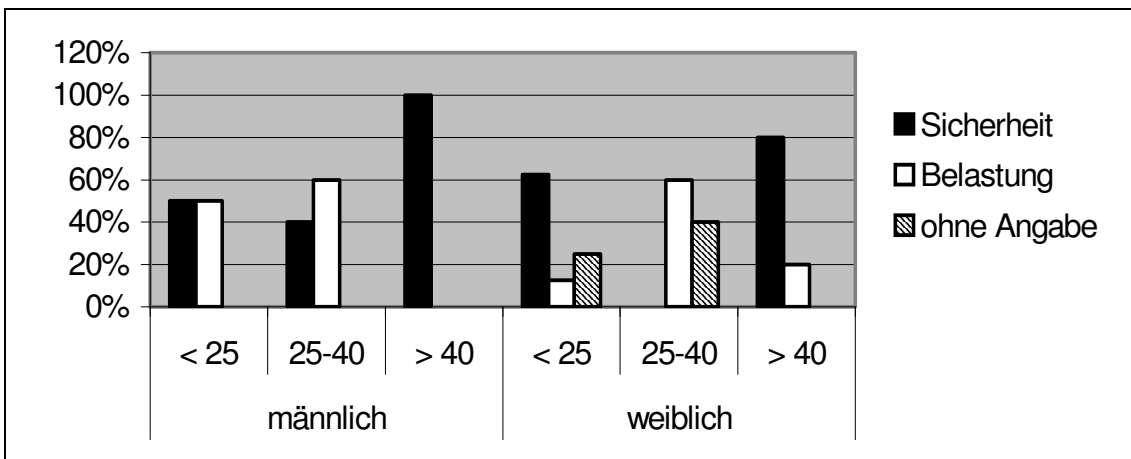


Abbildung 279

22. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

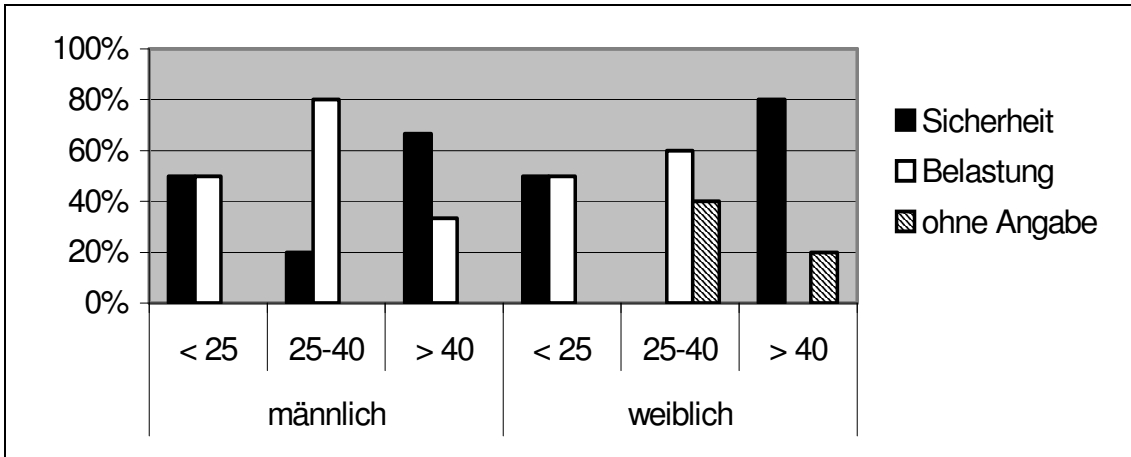


Abbildung 280

23. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

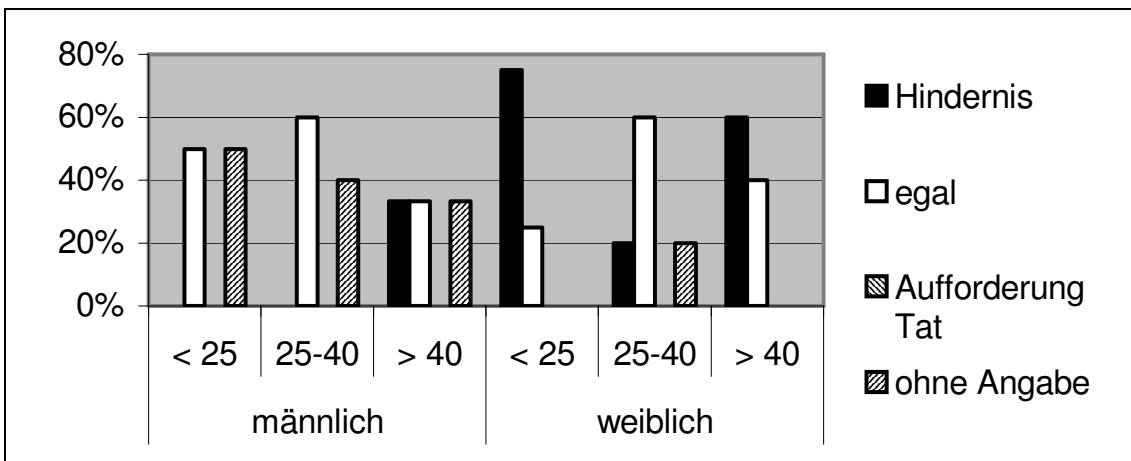


Abbildung 281

7.3.7 Abbildungen der Auswertung der Bevölkerung

Die Studie der Bevölkerung wird nun grob unterteilt in männlich und weiblich. In dieser Gruppierung erfolgt eine Unterdifferenzierung in Alterskategorien von unter 25, 25-40 und über 40. In dieser Auswertung werden nur noch die NSV-relevanten Fragen bewertet. Die offenen Fragen und die allgemeinen Fragen wurden schon im Anfangsteil untersucht.

Die Aufteilung erfolgt in folgenden Gruppierungen:

- × Männlich unter 25 (n=4)
- × Männlich 25-40 (n=10)
- × Männlich über 40 (n=18)
- × Weiblich unter 25 (n=9)
- × Weiblich 25-40 (n=9)
- × Weiblich über 40 (n=9)

1. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

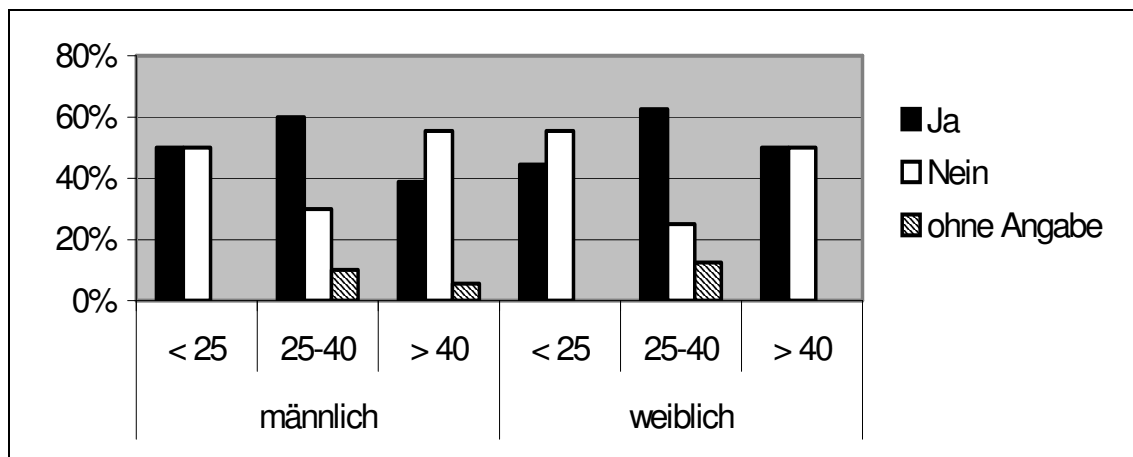


Abbildung 282

2. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

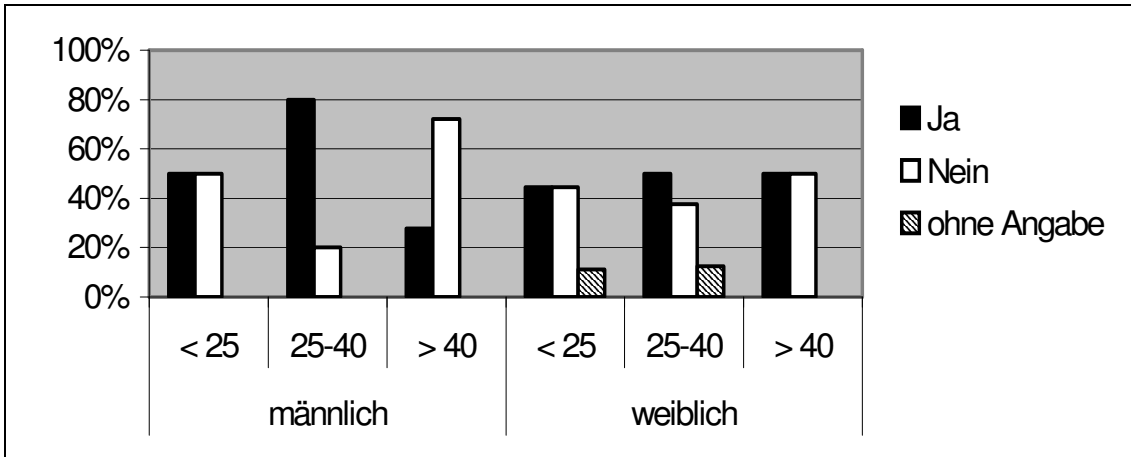


Abbildung 283

3. Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

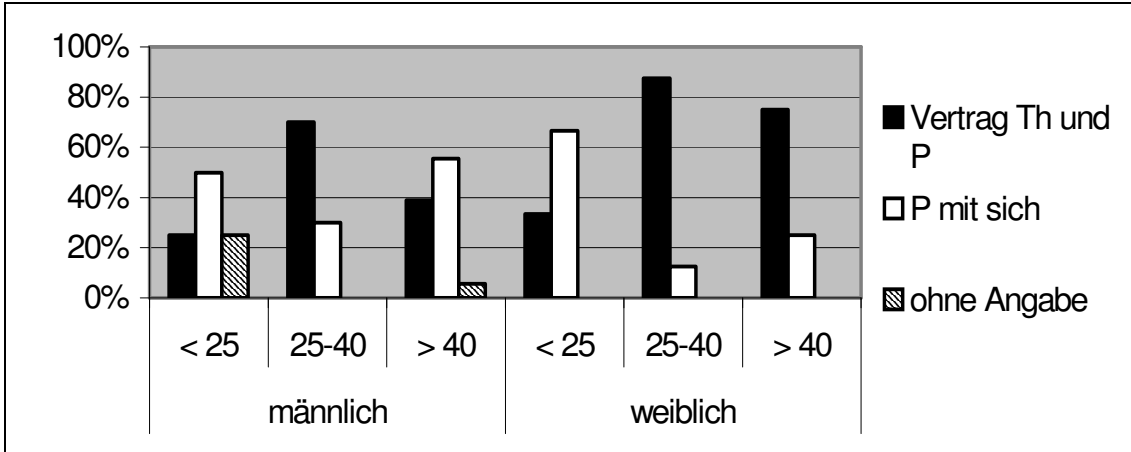


Abbildung 284

4. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

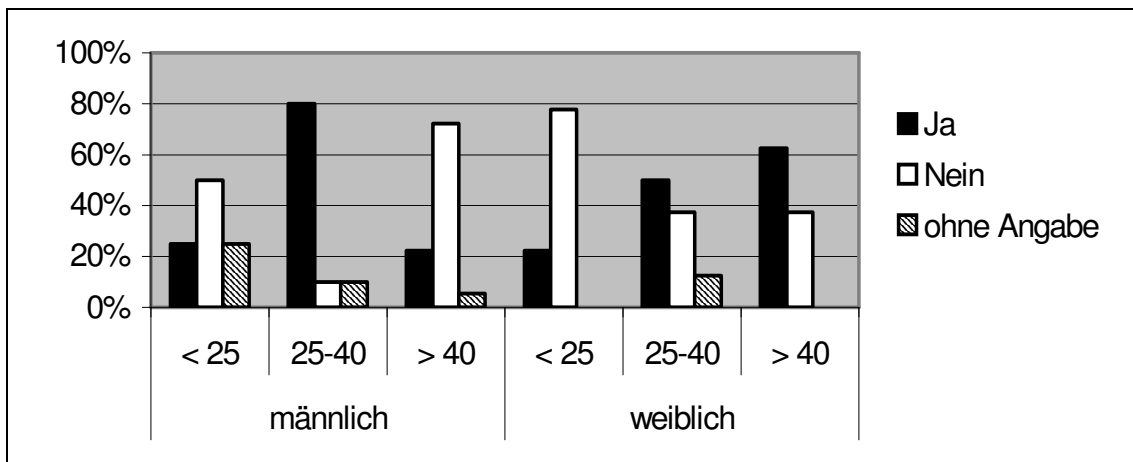


Abbildung 285

5. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

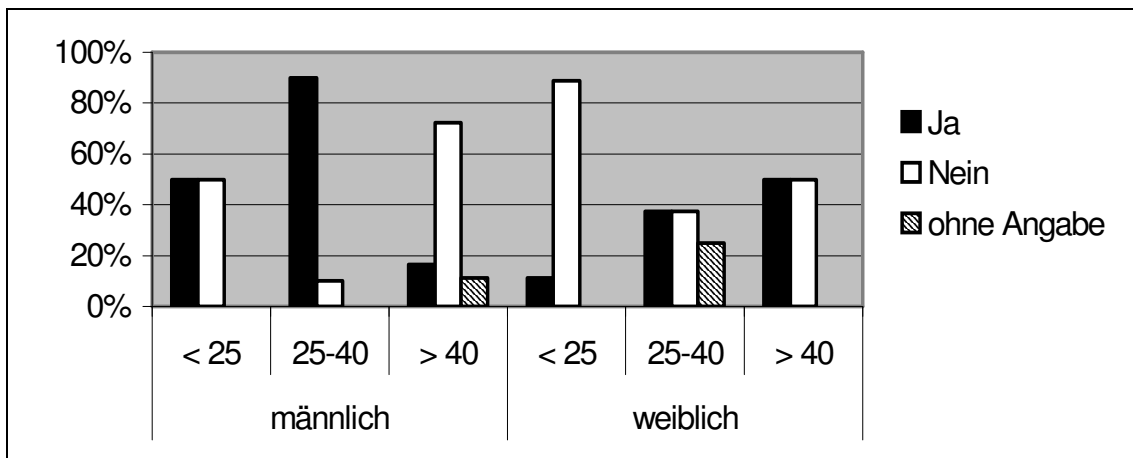


Abbildung 286

6. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

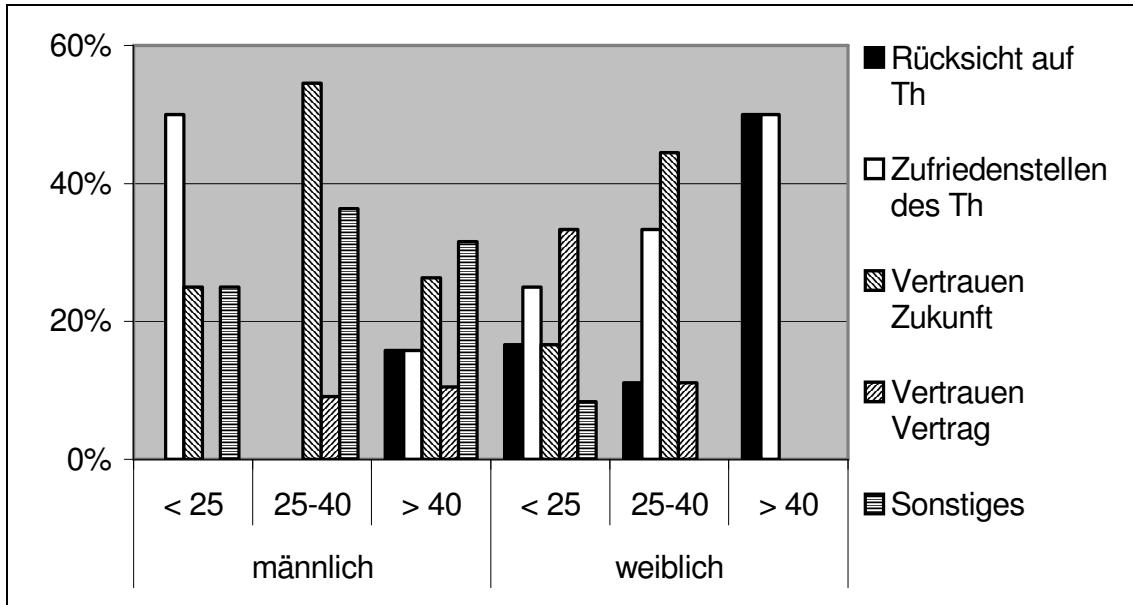


Abbildung 287

7. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

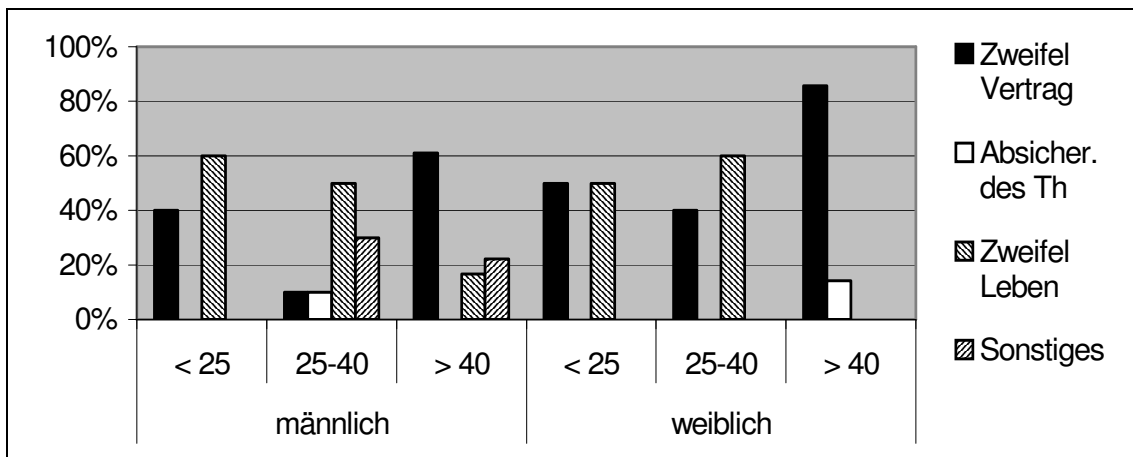


Abbildung 288

8. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

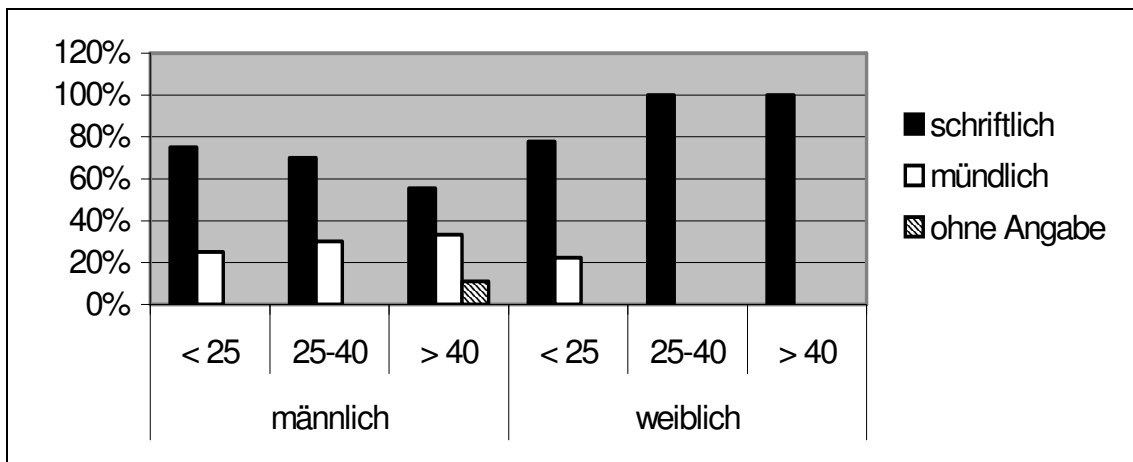


Abbildung 289

9. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

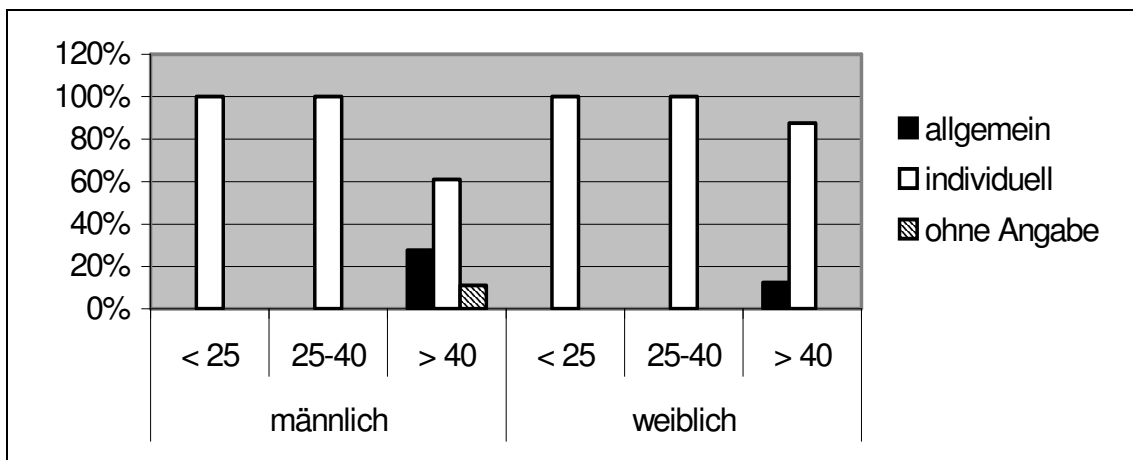


Abbildung 290

10. Sollte man Ihrer Meinung einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

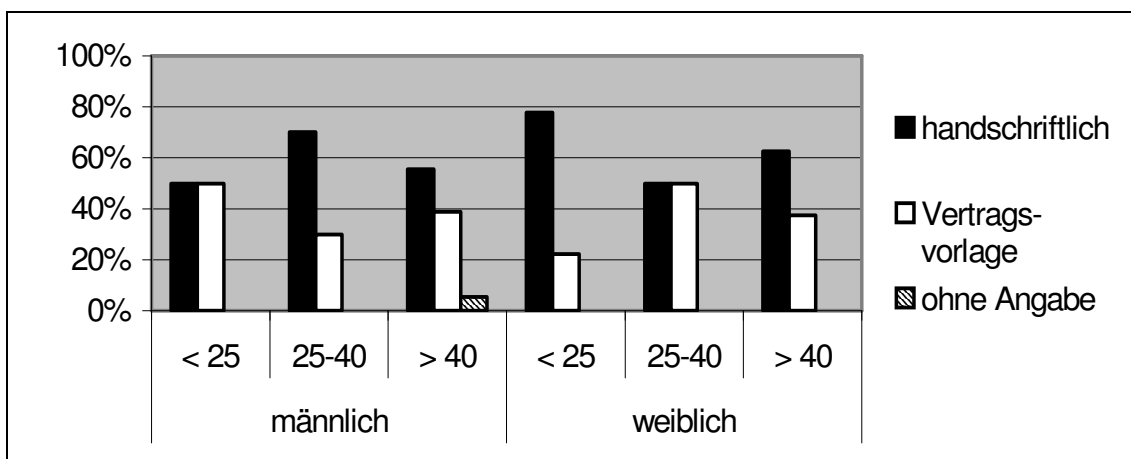


Abbildung 291

11. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurzgefassten Vertrag?

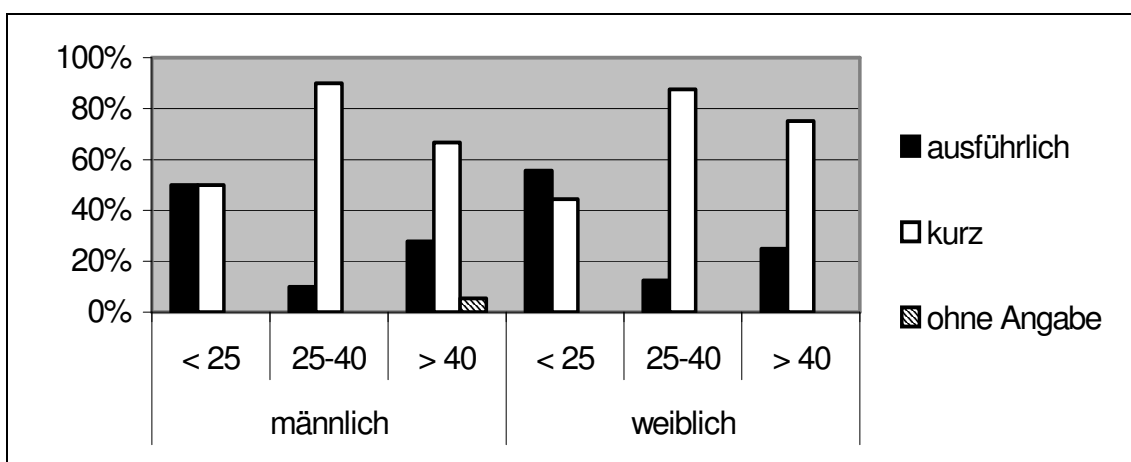


Abbildung 292

12. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

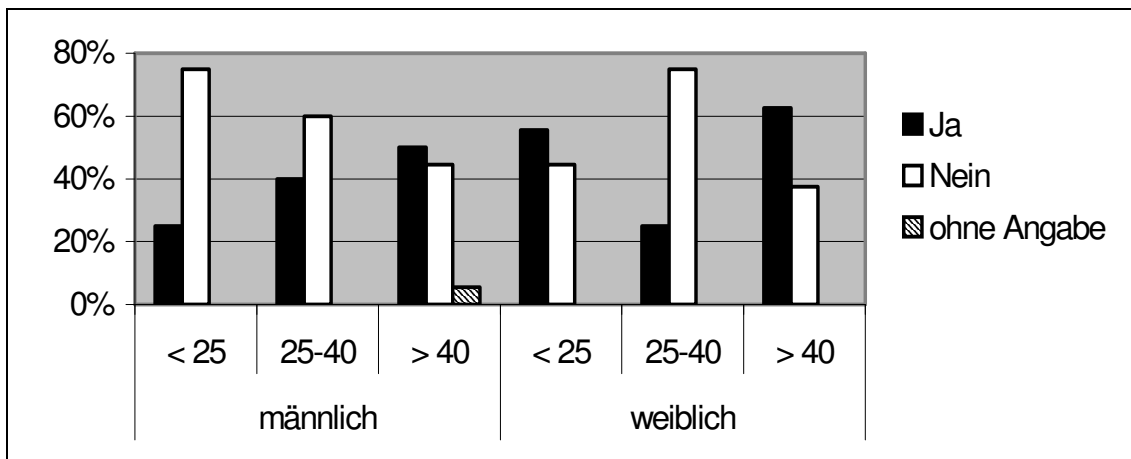


Abbildung 293

13. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

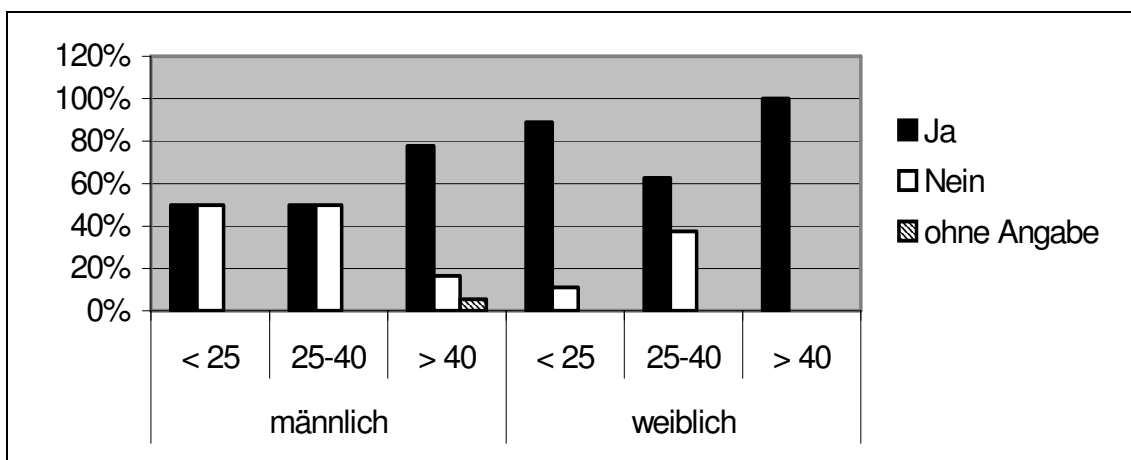


Abbildung 294

14. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

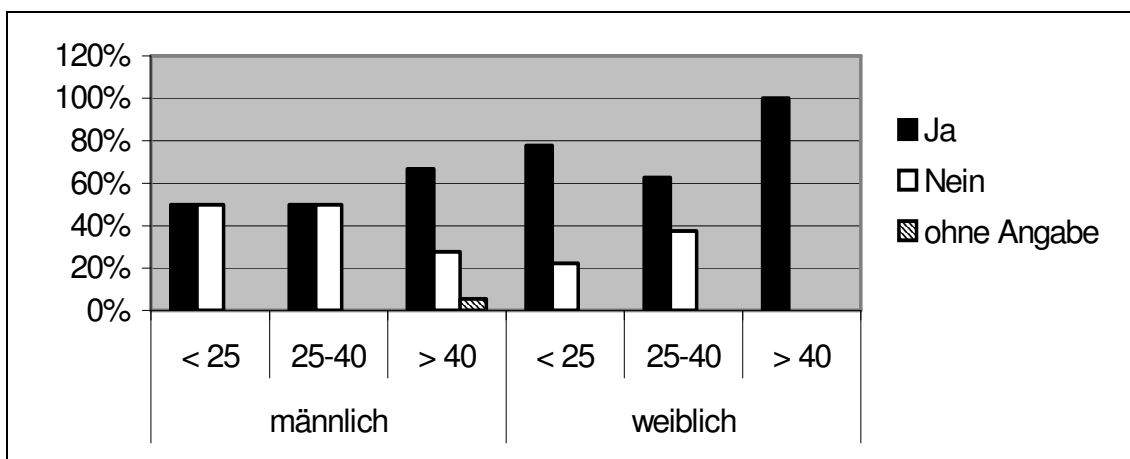


Abbildung 295

15. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

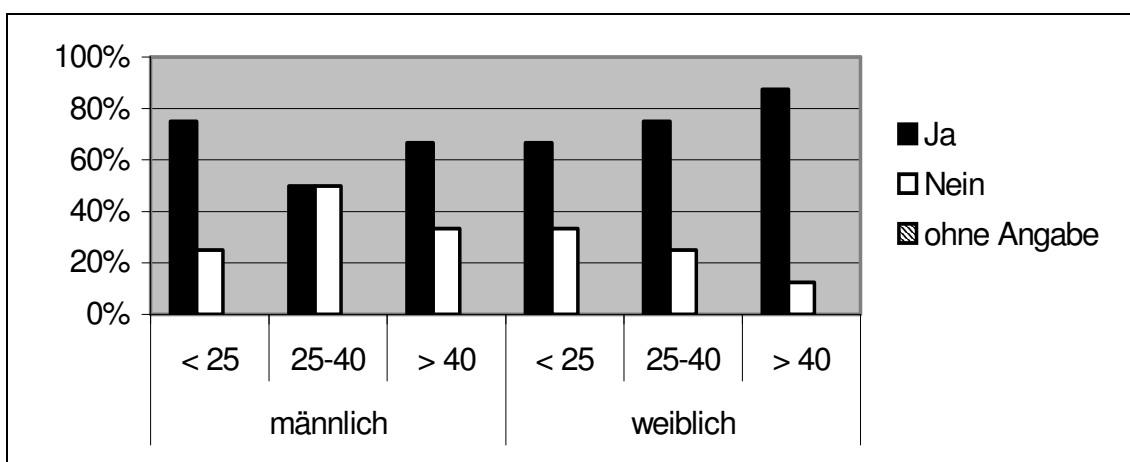


Abbildung 296

16. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftliche festgehalten werden?

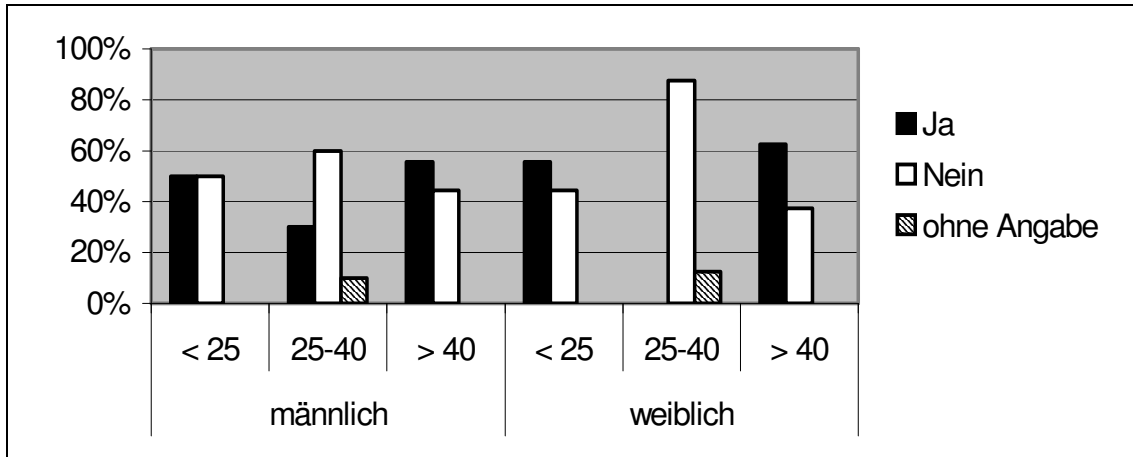


Abbildung 297

17. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

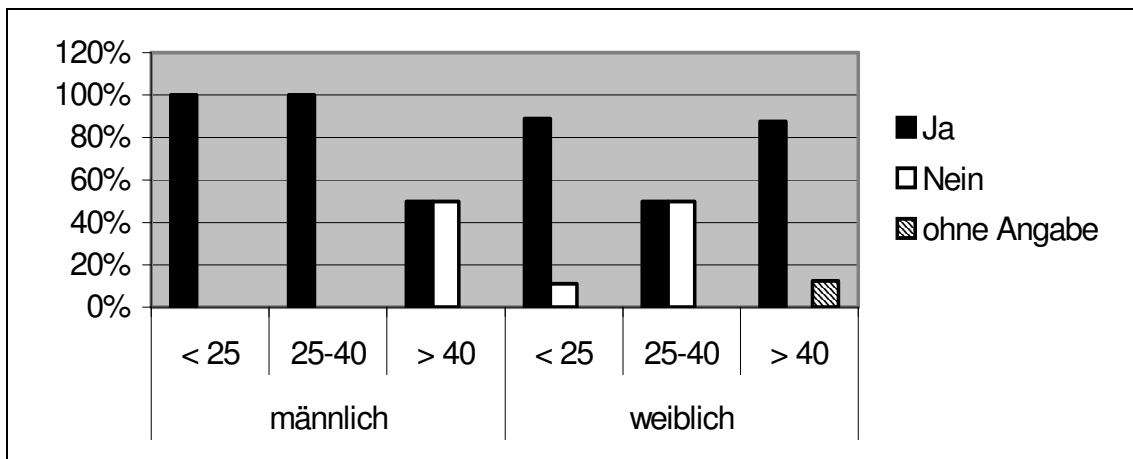


Abbildung 298

18. Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

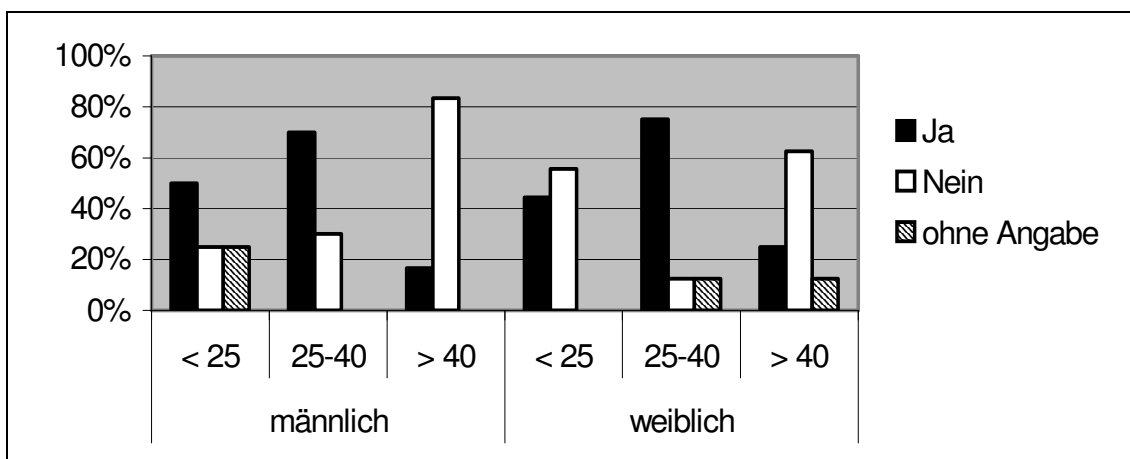


Abbildung 299

19. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

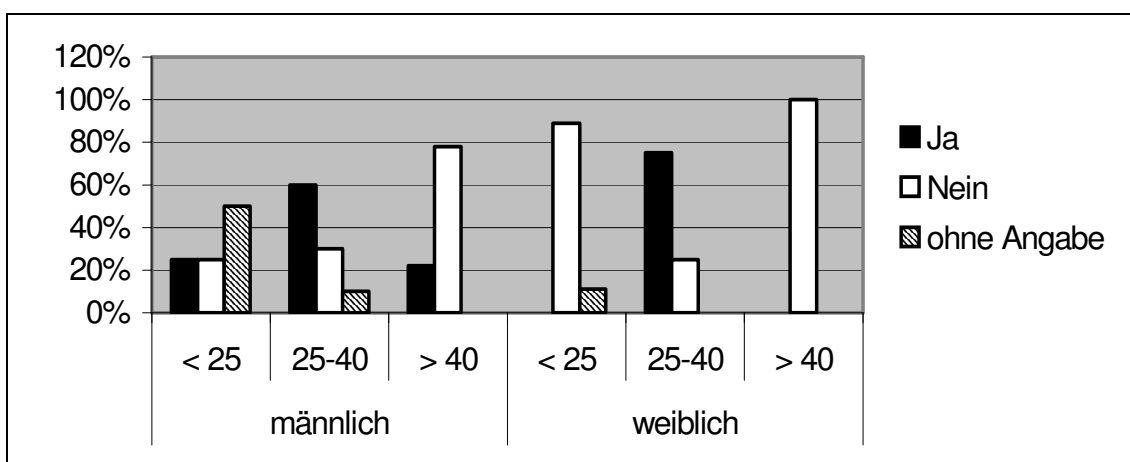


Abbildung 300

20. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein weiterleben gefunden hat?

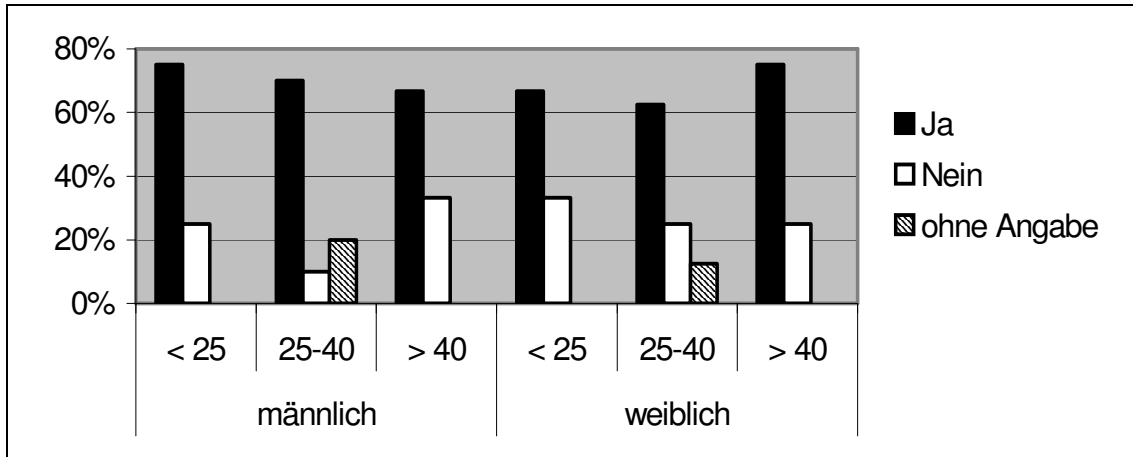


Abbildung 301

21. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

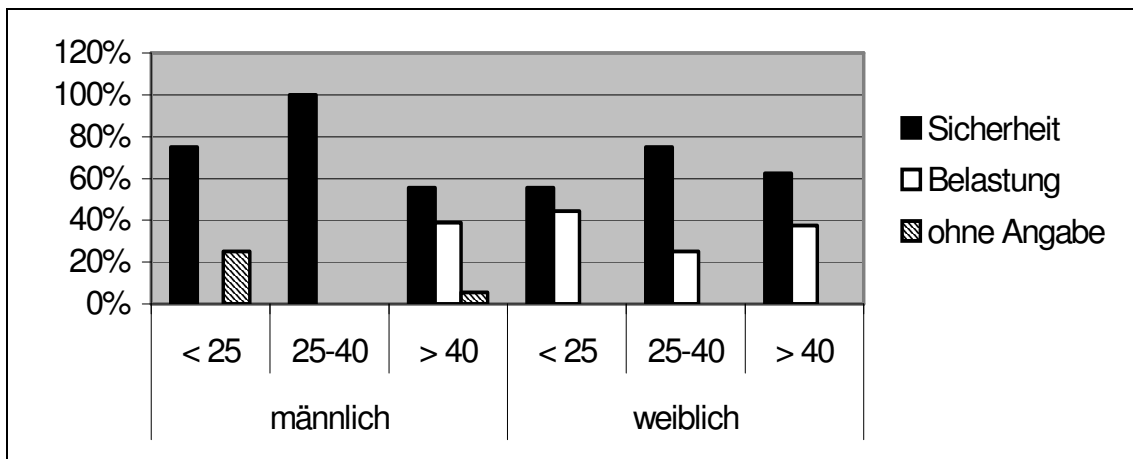


Abbildung 302

22. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

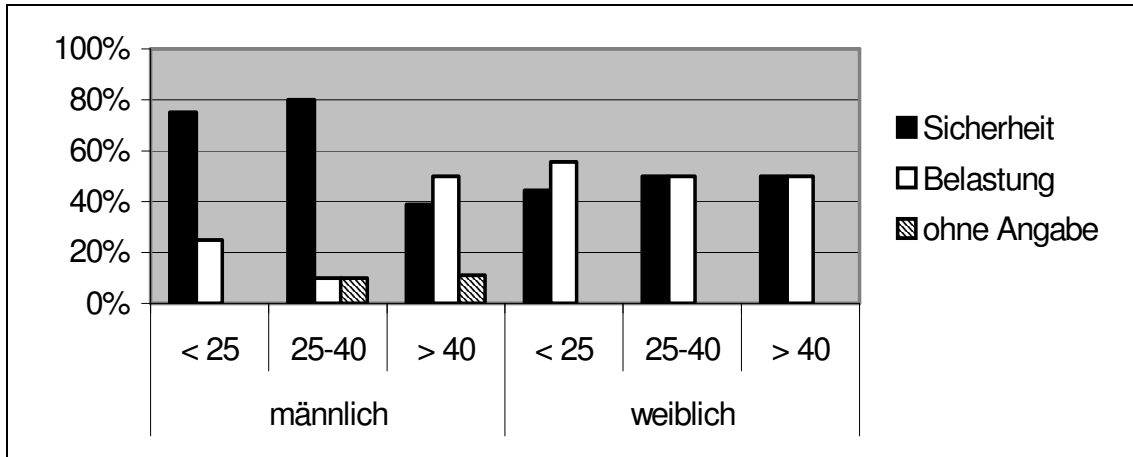


Abbildung 303

23. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

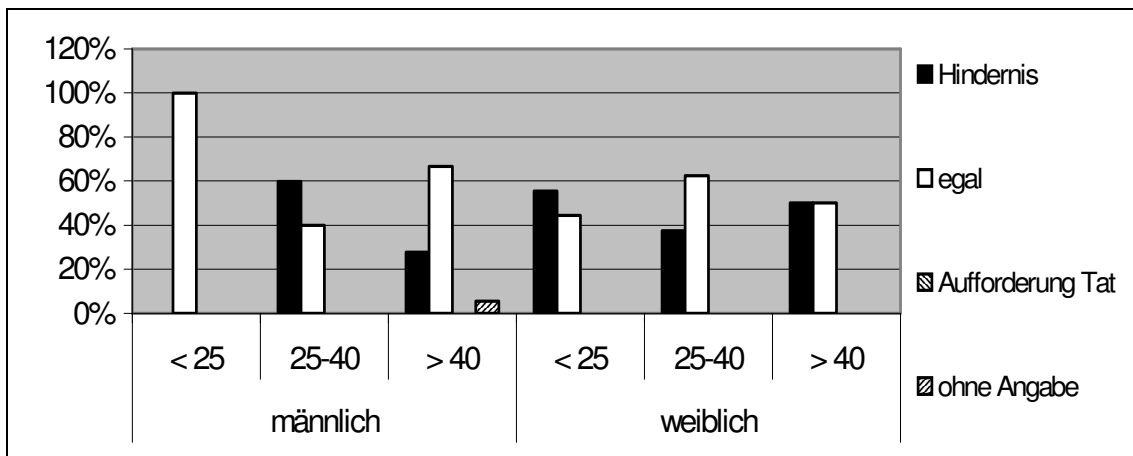


Abbildung 304

7.3.8 Abbildung der Auswertung der psychiatrischen Patienten

Die Auswertung der psychiatrischen Patienten erfolgt nach Geschlecht unterteilt. Zusätzlich findet eine weitere Unterdifferenzierung in verschiedene Altersklassen statt mit <25, 25-40 und >40 Jahren. In dieser Bewertung werden nur noch die Fragen diskutiert, die für den NSV relevant sind. Die übrigen Fragen wurden schon in der allgemeinen Untersuchung der Patienten ausgewertet.

Die Unterteilung findet in folgenden Gruppen statt:

- × Männlich <25 (n=2)
- × Männlich 25-40 (n=16)
- × Männlich >40 (n=16)
- × Weiblich <25 (n=7)
- × Weiblich 25-40 (n=12)
- × Weiblich >40 (n=14)

1. Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

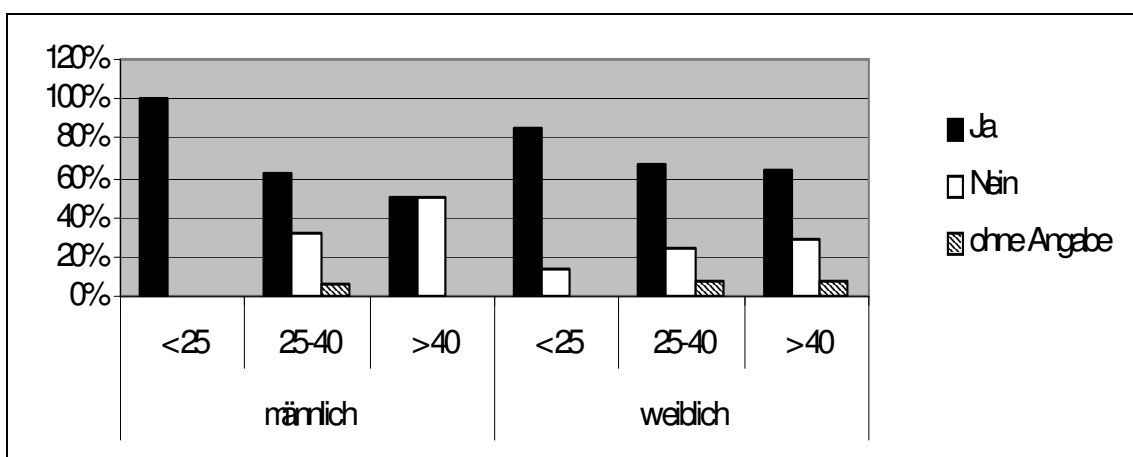


Abbildung 305

2. Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

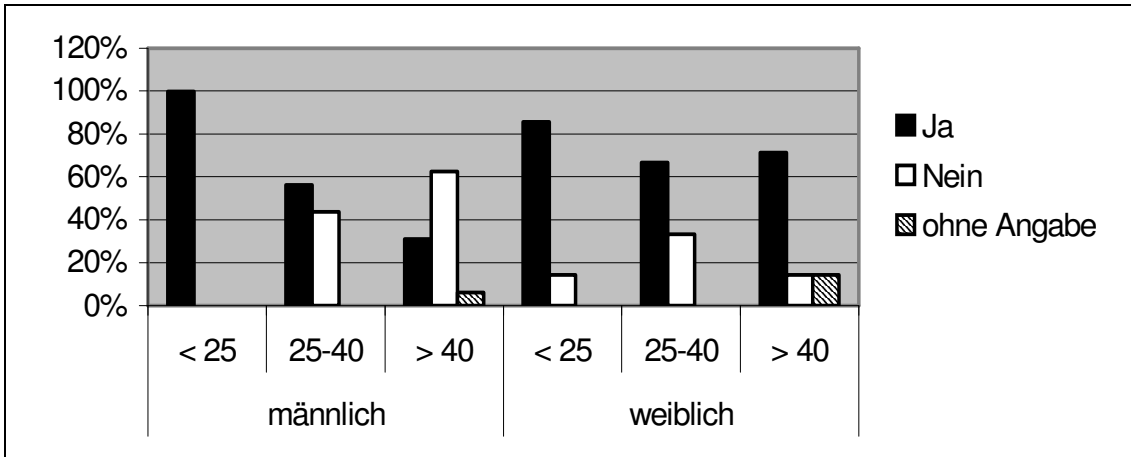


Abbildung 306

3. Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

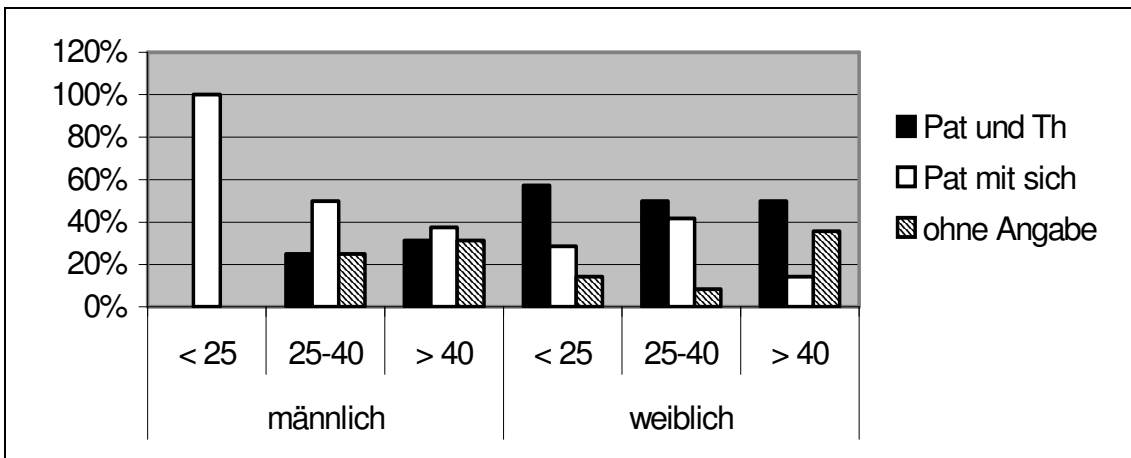


Abbildung 307

4. Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

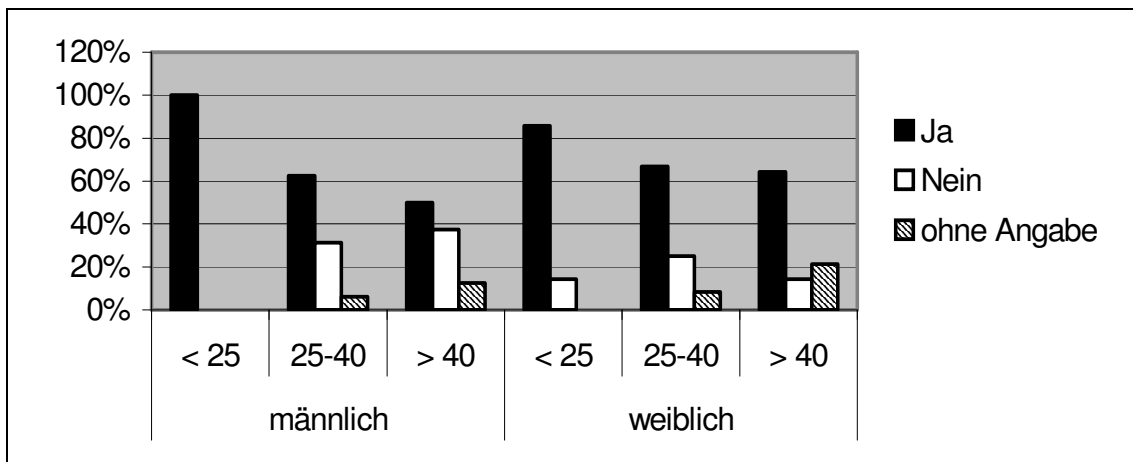


Abbildung 308

5. Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

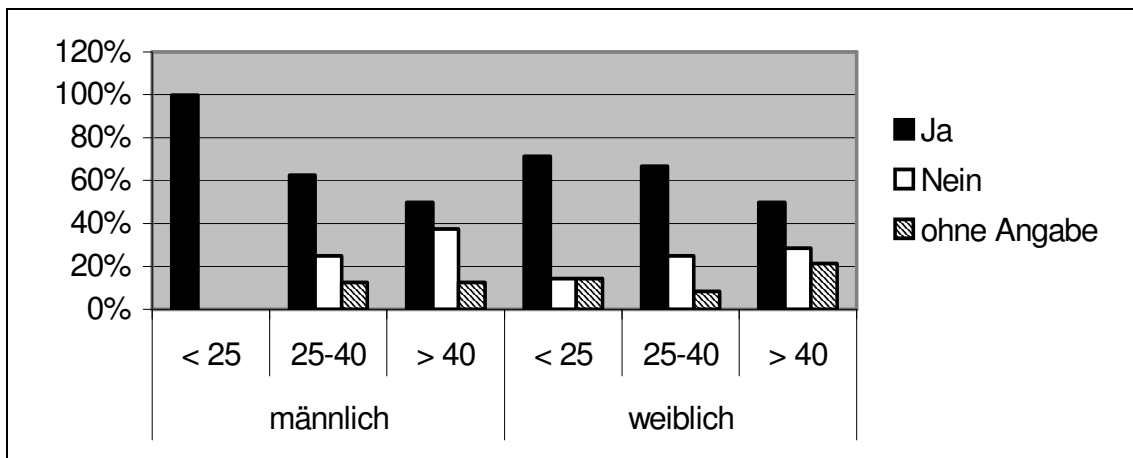


Abbildung 309

6. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag zu unterschreiben?

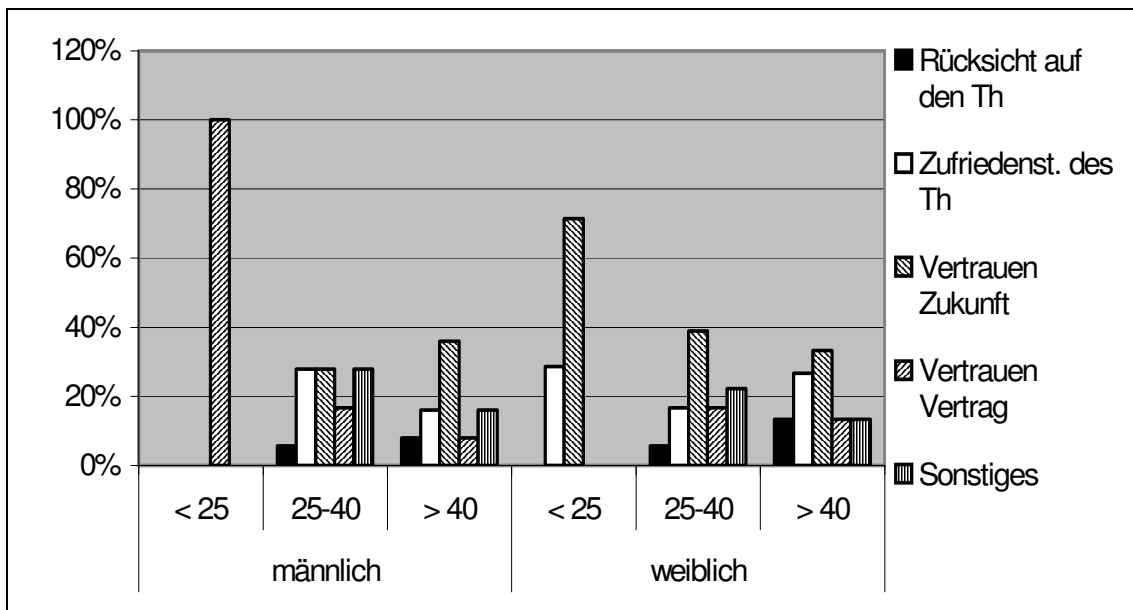


Abbildung 310

7. Was könnte Sie dazu veranlassen, den Vertrag nicht zu unterschreiben?

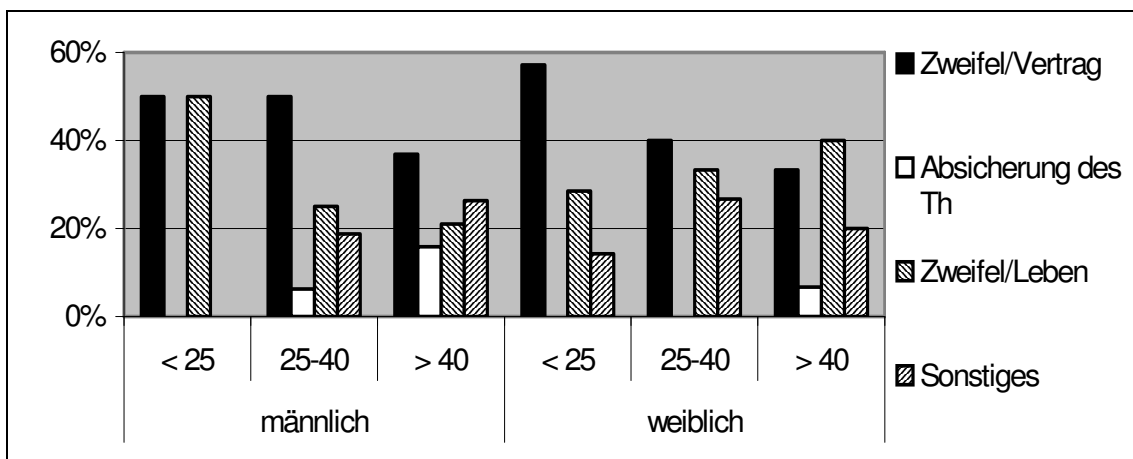


Abbildung 311

8. Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

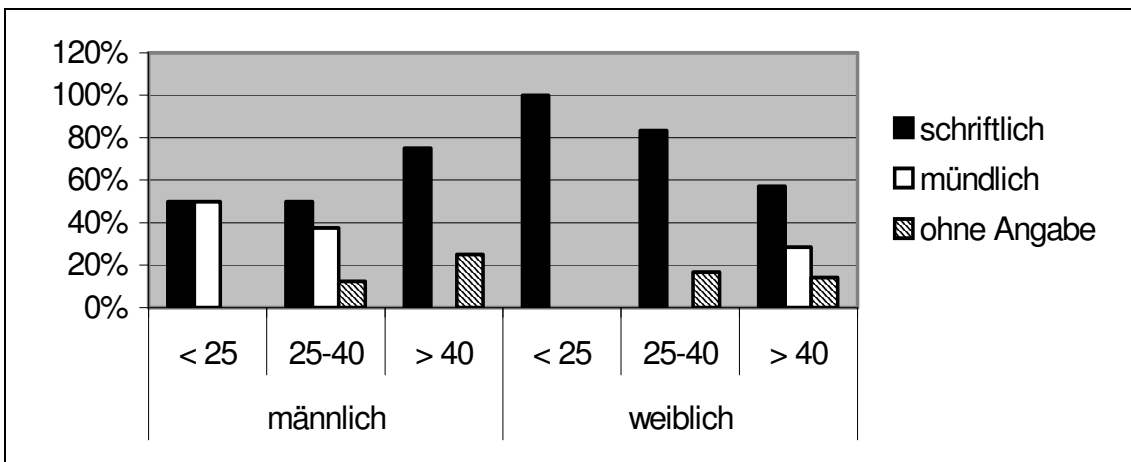


Abbildung 312

9. Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

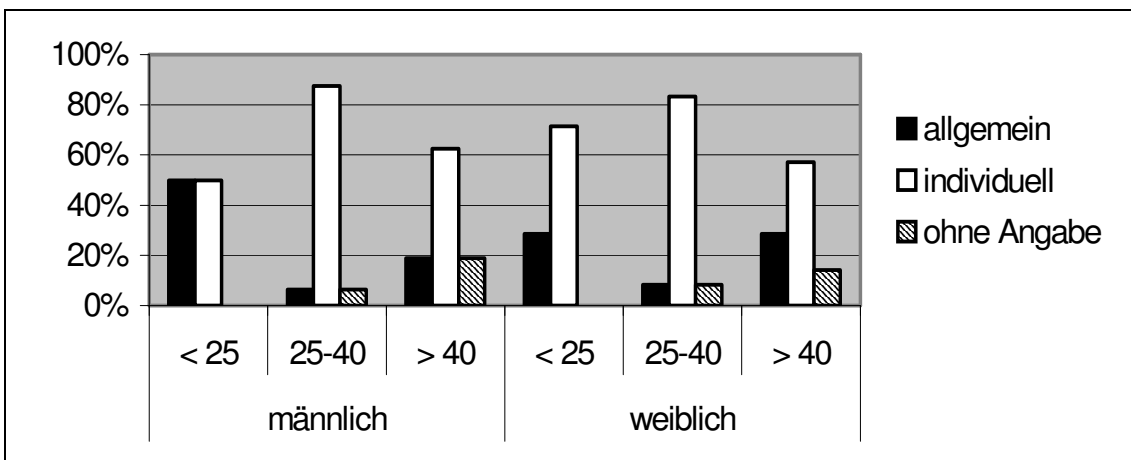


Abbildung 313

10. Sollte man Ihrer Meinung einen formlosen handschriftlichen Vertrag aufsetzen oder eher eine Vertragsvorlage anwenden?

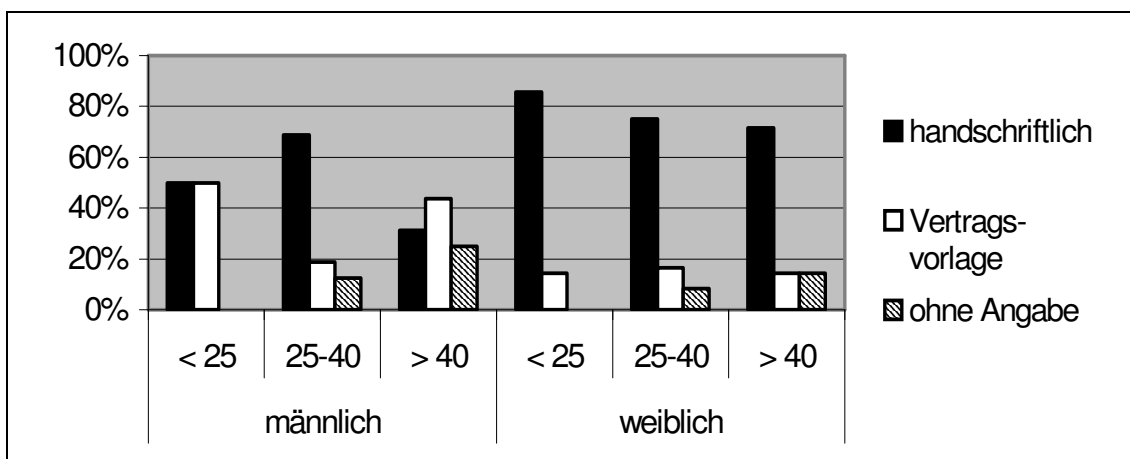


Abbildung 314

11. Finden Sie einen ausführlichen Vertrag besser oder eher einen kurz gefassten Vertrag?

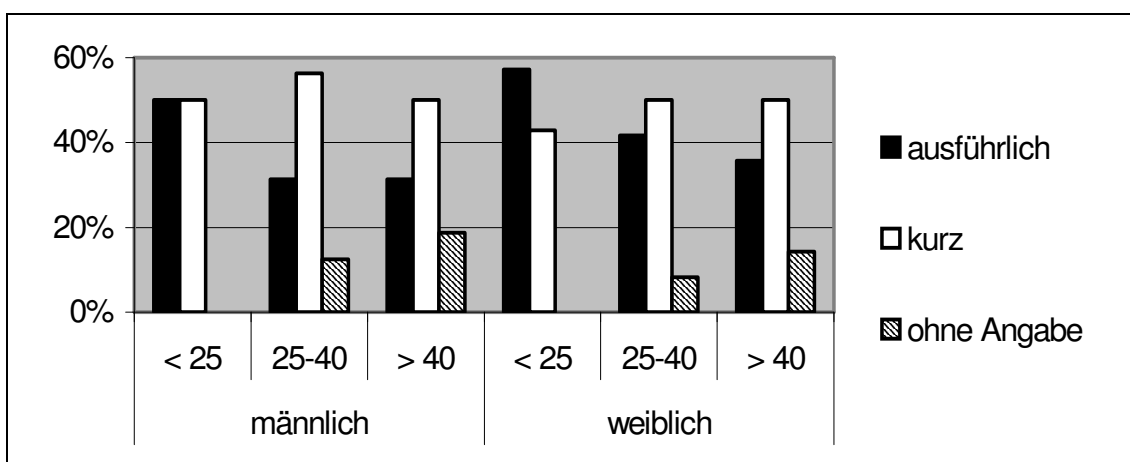


Abbildung 315

12. Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

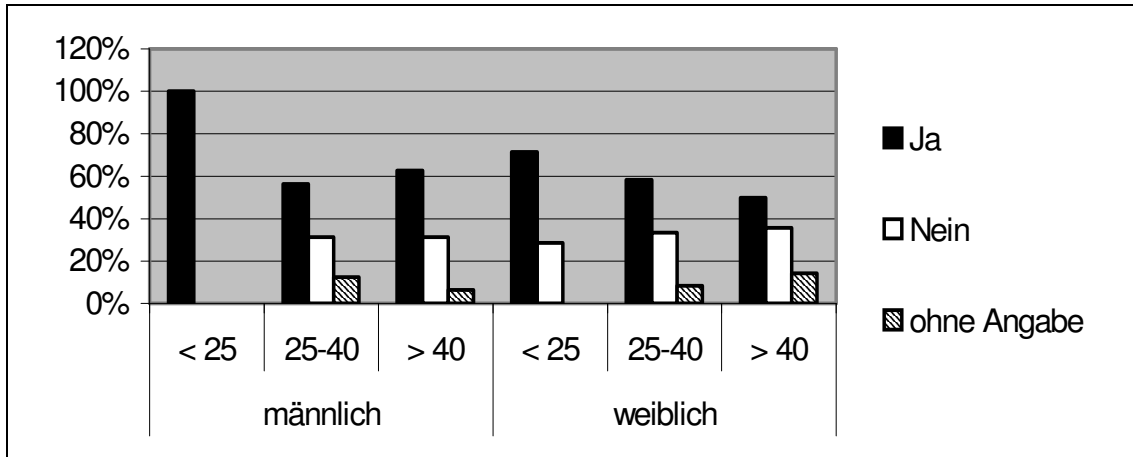


Abbildung 316

13. Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

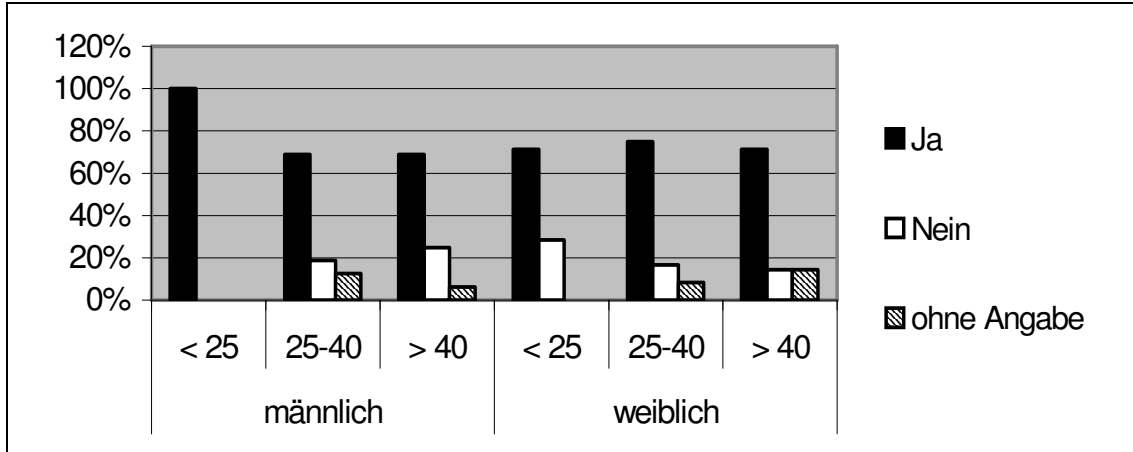


Abbildung 317

14. Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

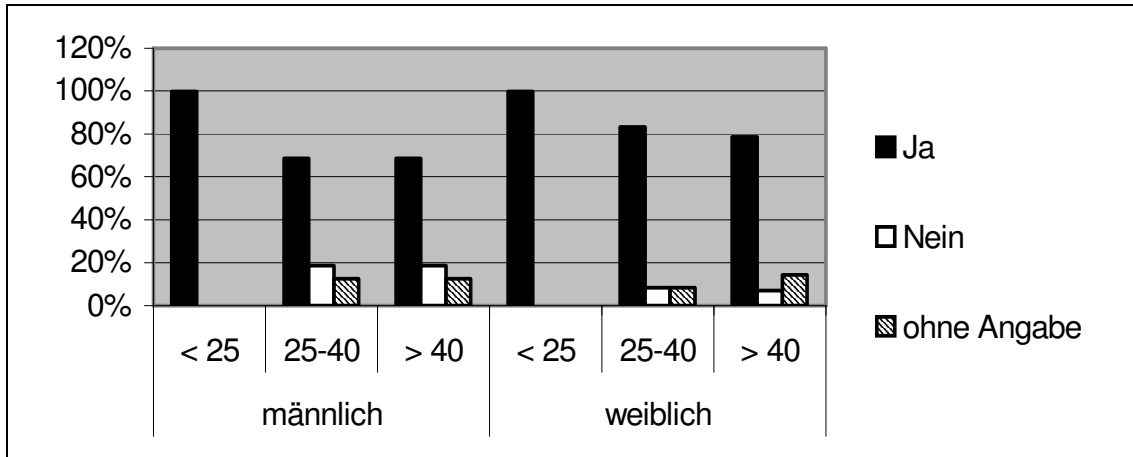


Abbildung 318

15. Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

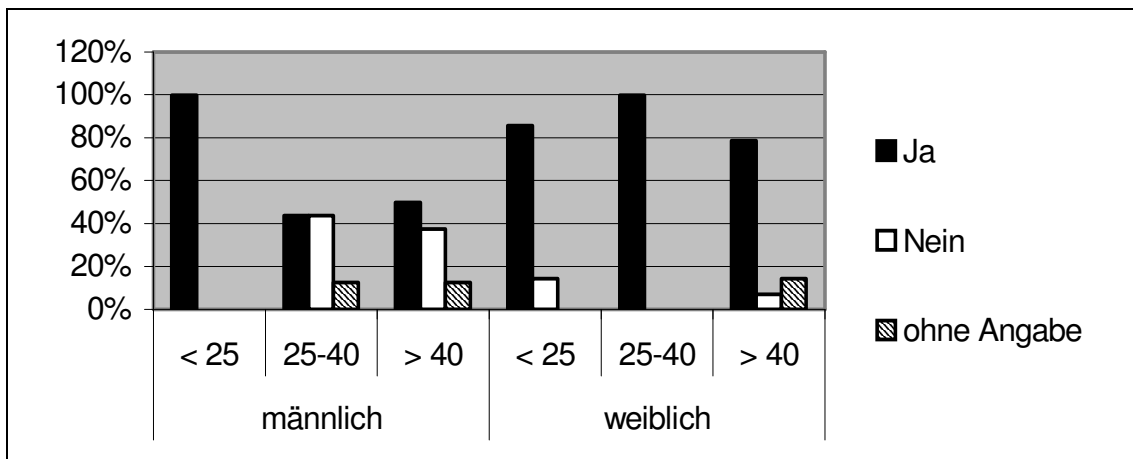


Abbildung 319

16. Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festgehalten werden?

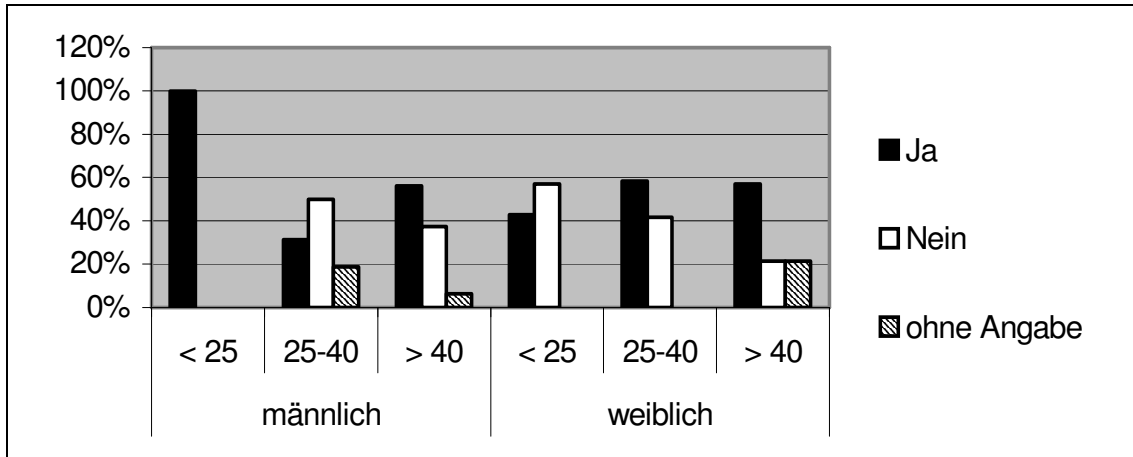


Abbildung 320

17. Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

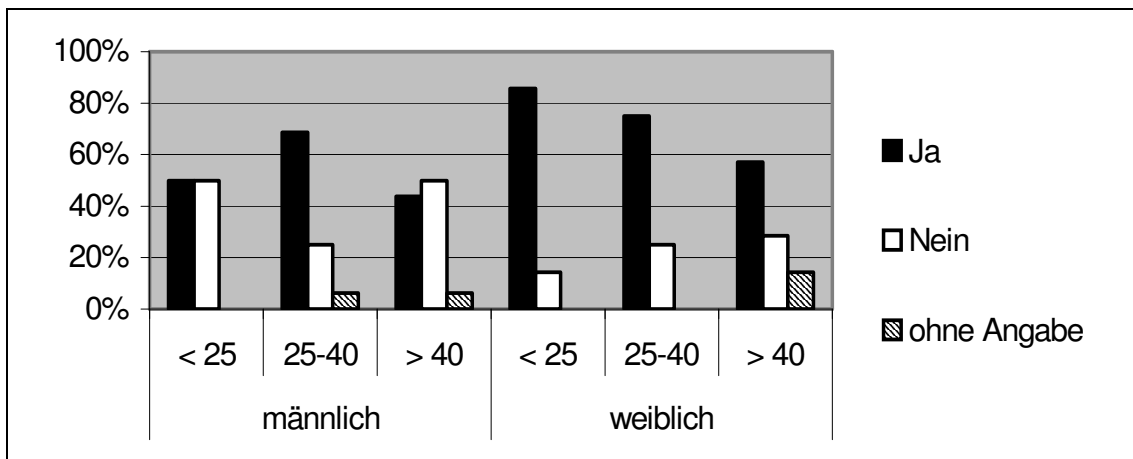


Abbildung 321

18. Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

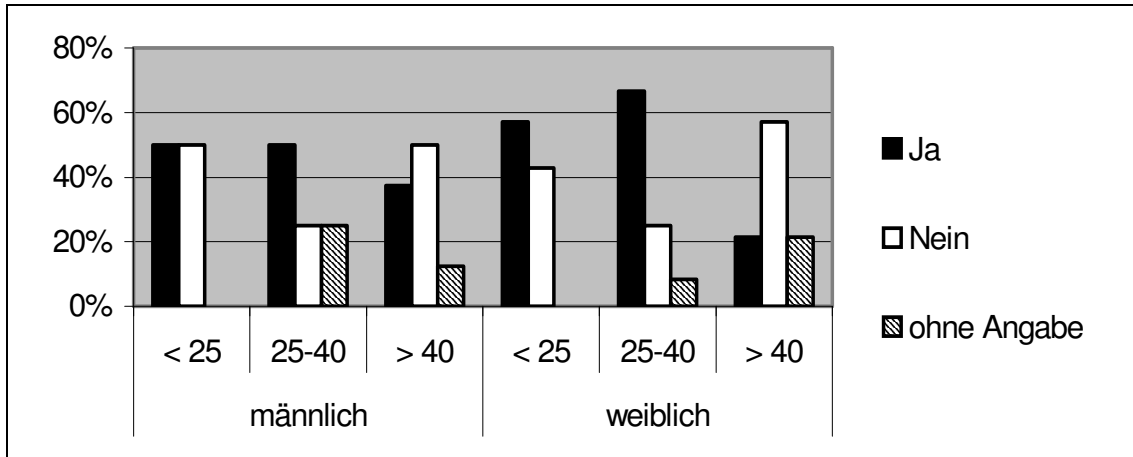


Abbildung 322

19. Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

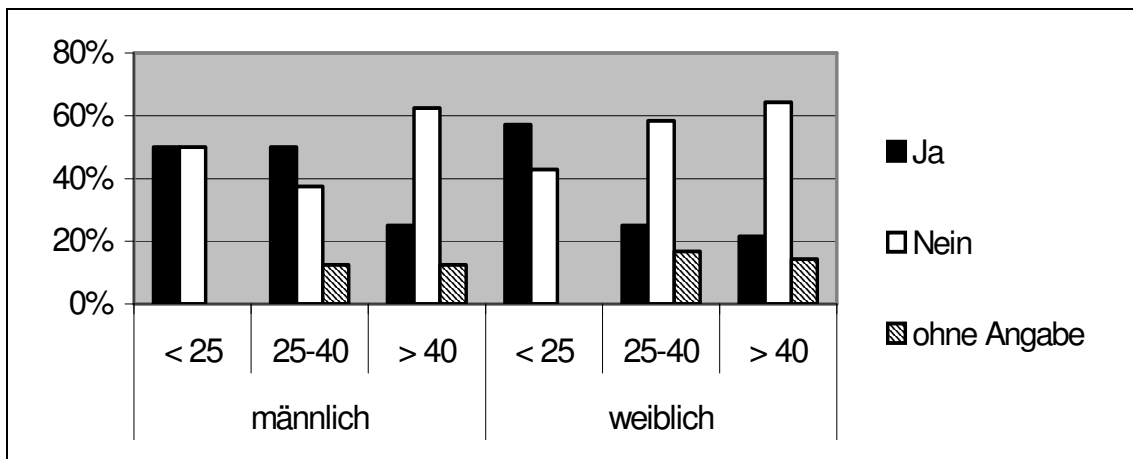


Abbildung 323

20. Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

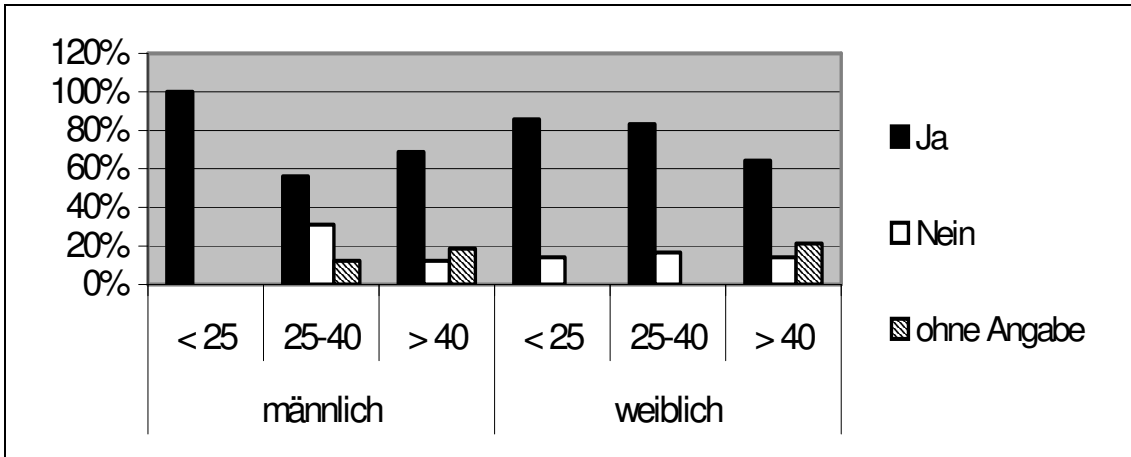


Abbildung 324

21. Hätte dieser Vertrag eher eine absichernde oder eine belastende Wirkung?

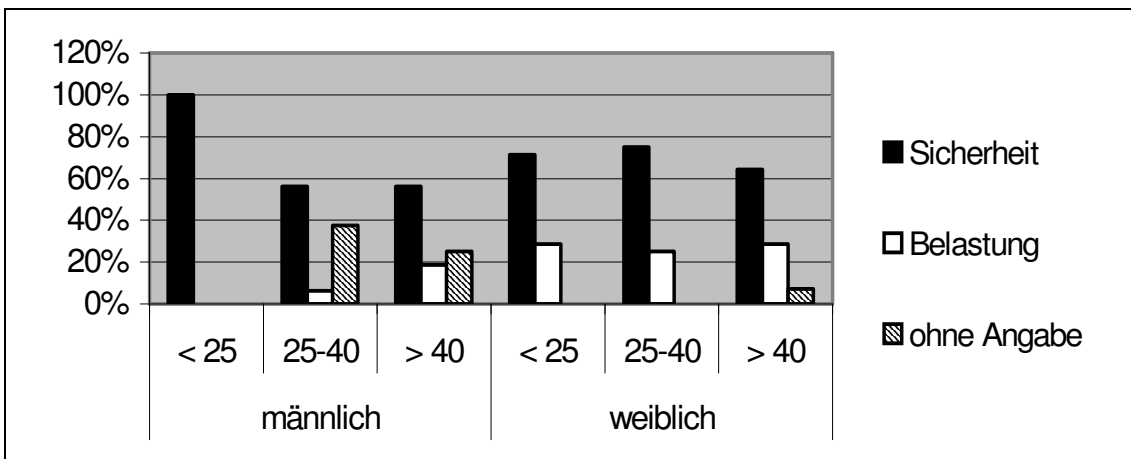


Abbildung 325

22. Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

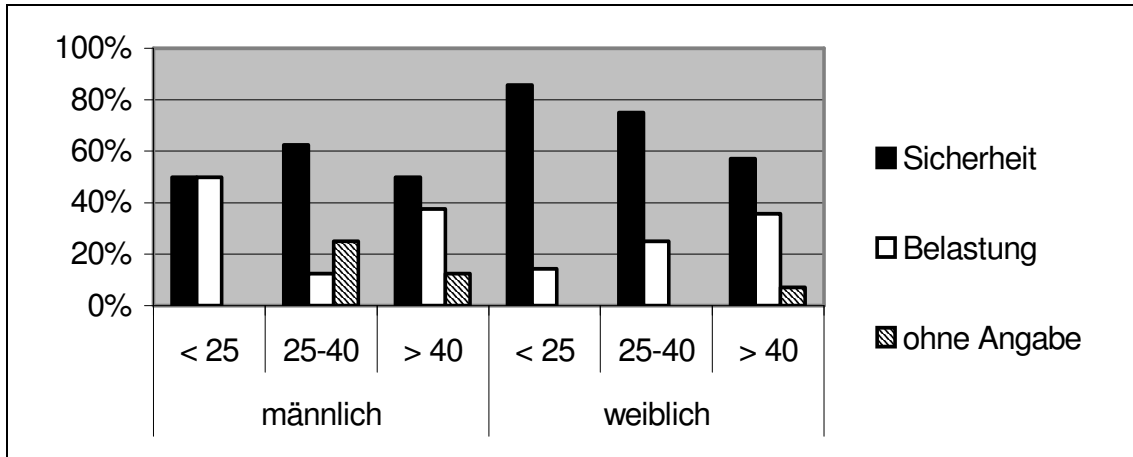


Abbildung 326

23. Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

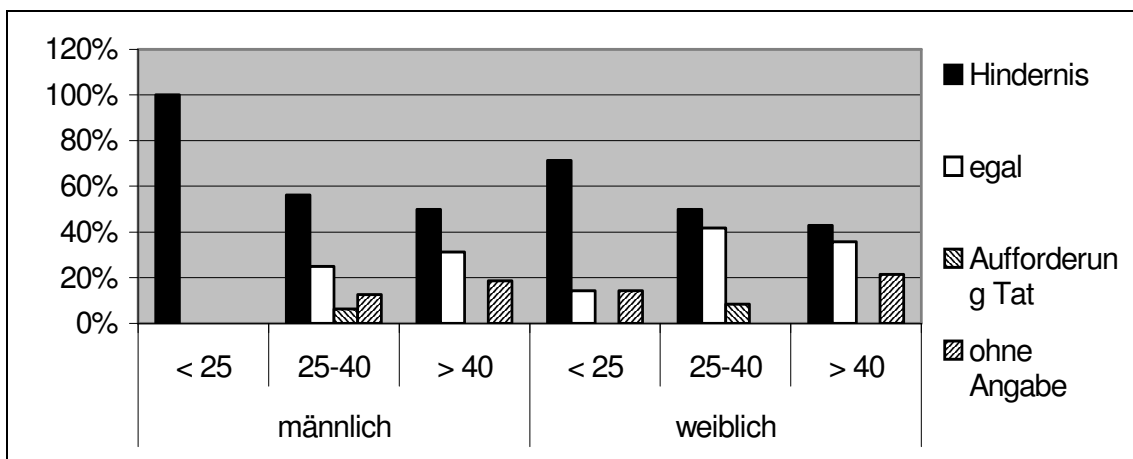


Abbildung 327

7.3.9 Abbildungen der Studien von Fachpersonal, Patienten und Bevölkerung

In dieser Auswertung werden Fragen miteinander verglichen, die in beiden Varianten des Fragebogens erschienen sind. Es sind natürlich in einigen Fragen andere Arten der Formulierung gewählt, um sich an das zu befragende Potential anzupassen. Deshalb werden immer beide Fragen an Anfang erwähnt.

In dieser Auswertung geht es hier nur um den Nicht-Suizid-Vertrag. Besonders zielt diese Auswertung darauf, die Effektivität zu verifizieren. Des weiteren werden allgemeine Daten erhoben, wie der Nicht-Suizid-Vertrag aussehen sollte.

1.

Pat: Würden Sie einen solchen Vertrag unterschreiben?

Ther: Würden Sie, wenn Sie der Patient wären, einen solchen Nicht-Suizid-Vertrag unterschreiben?

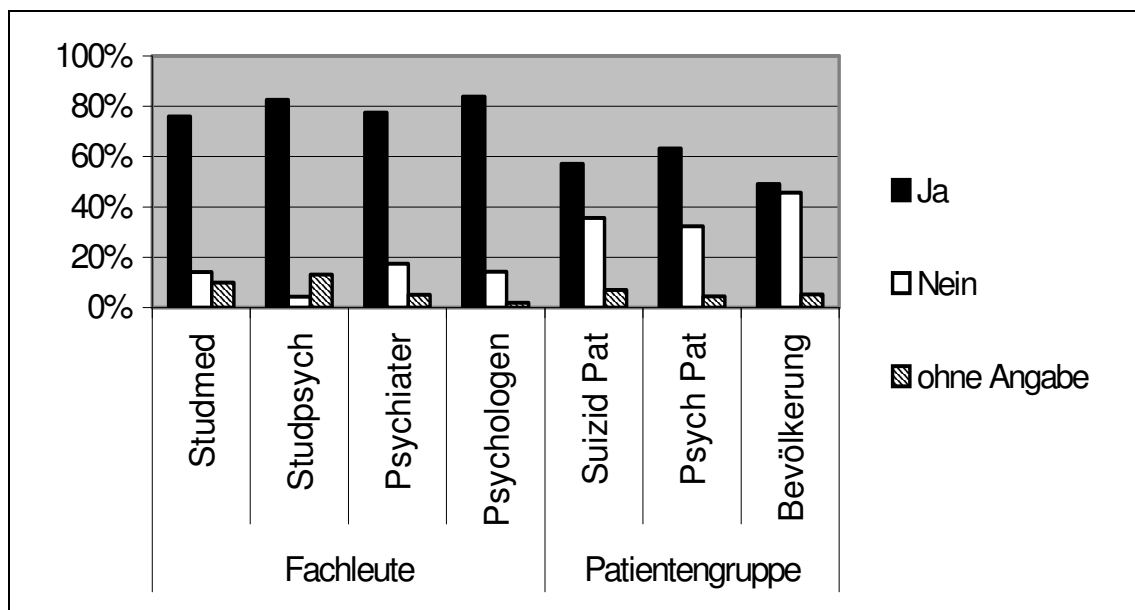


Abbildung 328

2.

Pat: Könnte der Vertrag als Schutz dienen, wenn man seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

Ther: Könnte ein solcher Nicht-Suizid-Vertrag als Schutz dienen, wenn der Patient seine Gefühle nicht mehr kontrollieren kann?

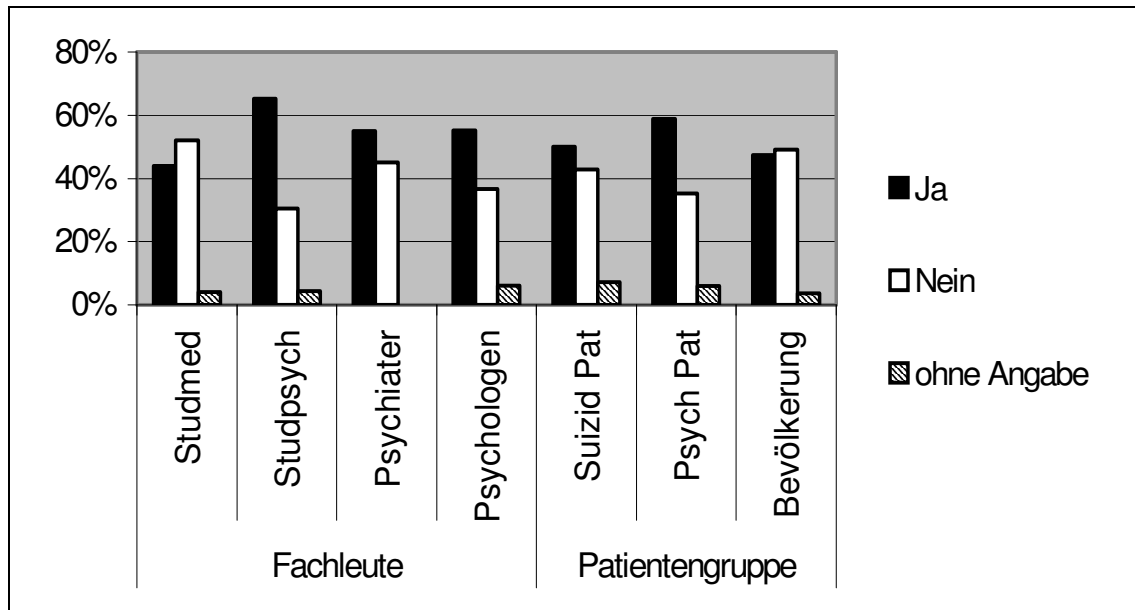


Abbildung 329

3.

Pat: Welche Art des Vertrages finden Sie erfolgversprechender?

Ther: Welche Art eines solchen Vertrages fänden Sie erfolgversprechender?

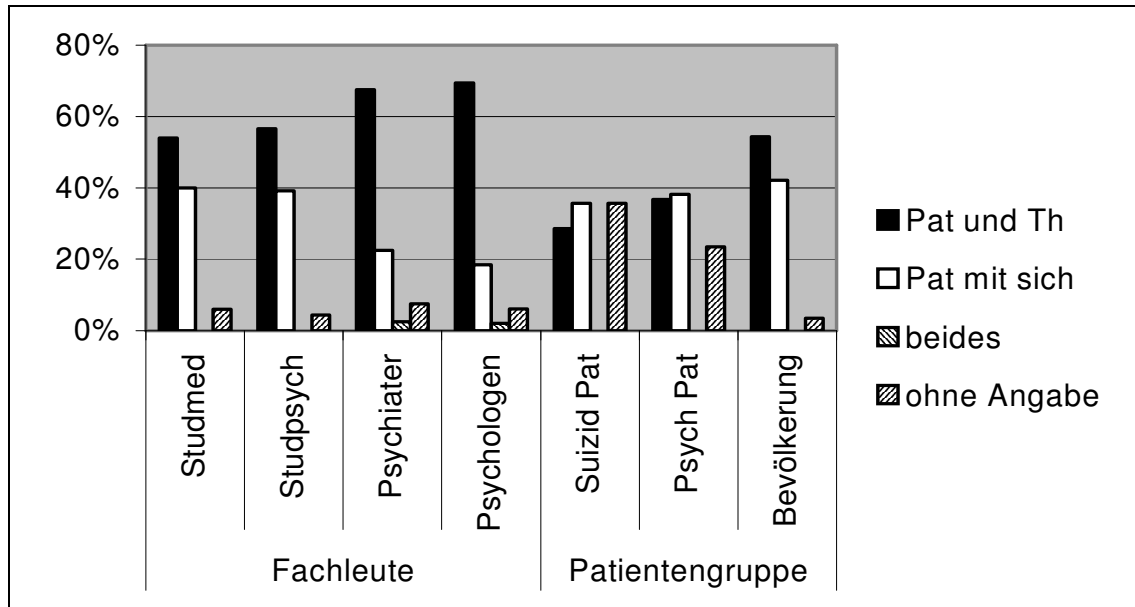


Abbildung 330

4.

Pat: Würden Sie sich an den Vertrag gebunden fühlen?

Ther: Könnte Sie selbst ein solcher Vertrag von einem Suizid abhalten?

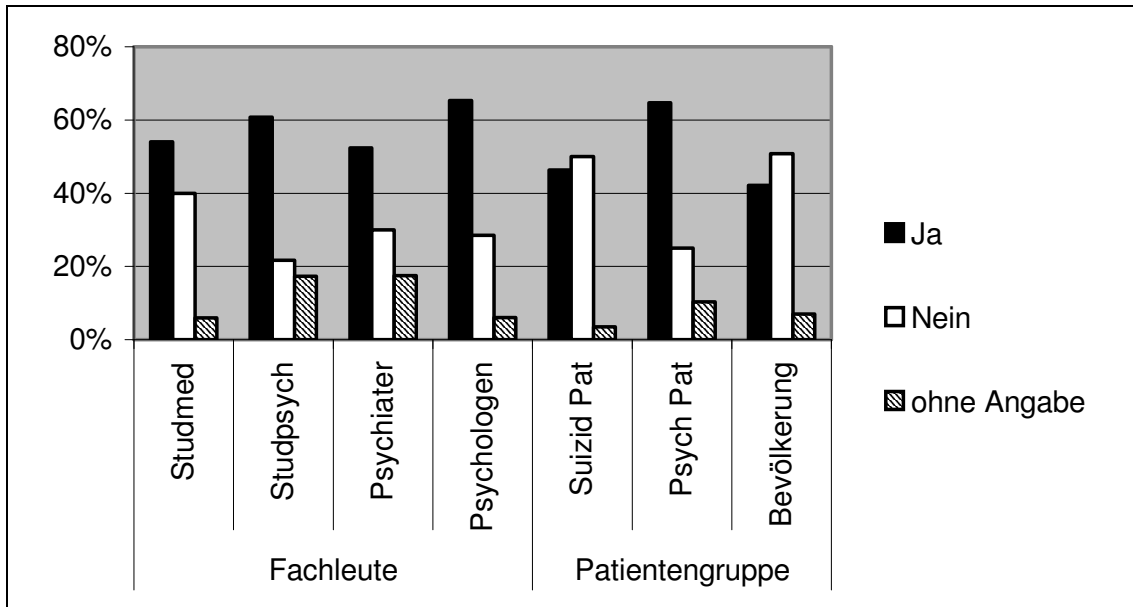


Abbildung 331

5.

Pat: Könnte der Vertrag Sie daran hindern, dass Sie sich das Leben nehmen würden?

Ther: Sind Sie davon überzeugt, dass ein solcher Vertrag einen Patienten vom Suizid abhalten könnte?

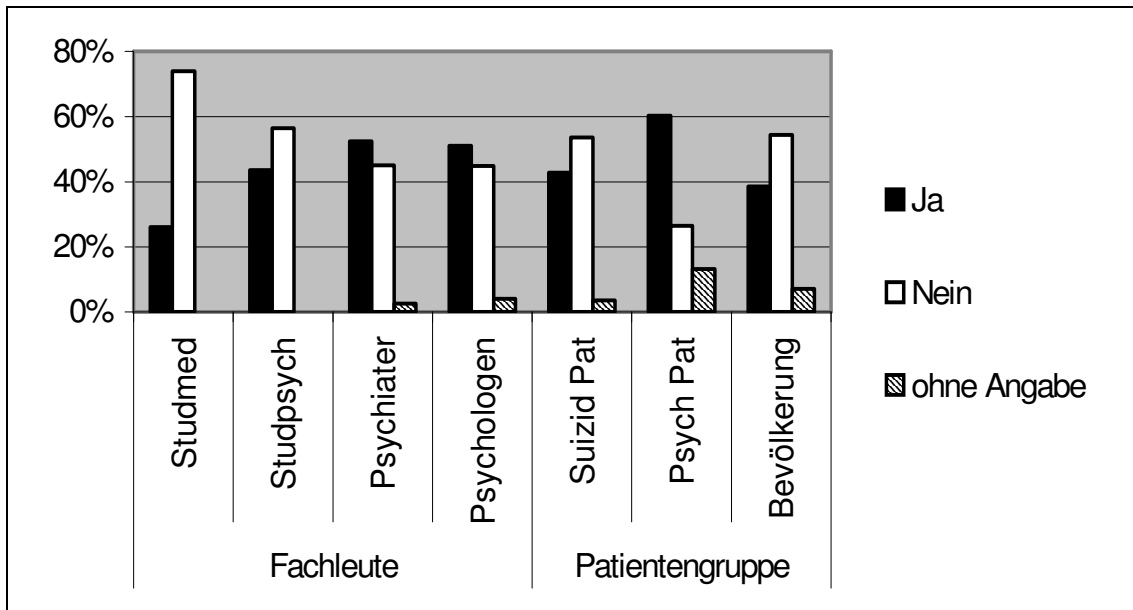


Abbildung 332

6.

Pat: Welche Art des Vertrages finden Sie am geeignetsten?

Ther: Was glauben Sie, wäre ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag erfolgversprechender?

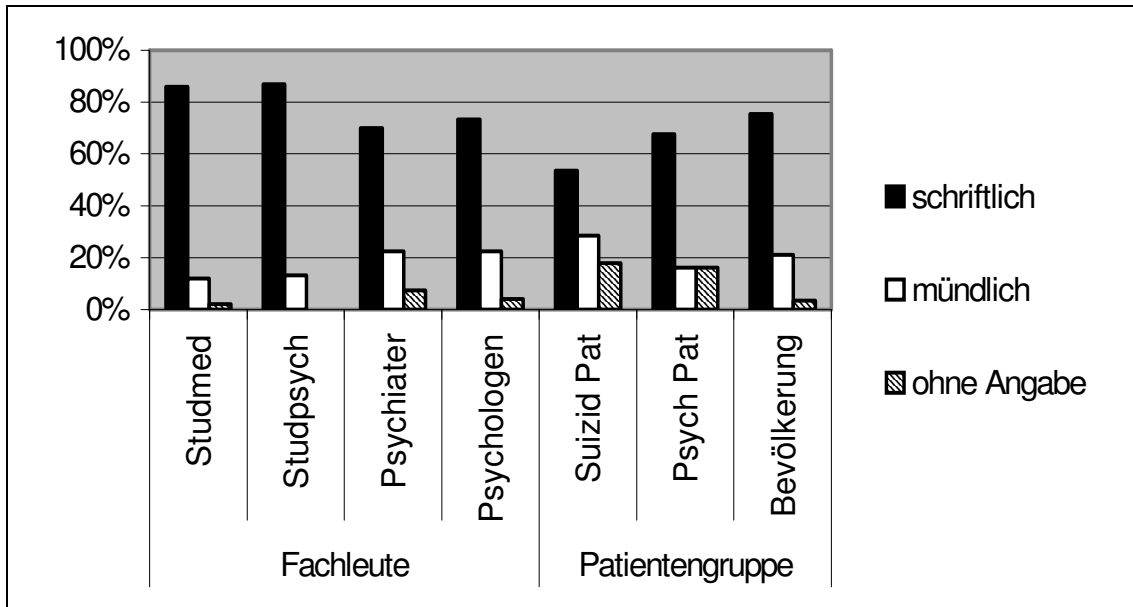


Abbildung 333

7.

Pat: Was glauben Sie, wäre eine allgemeine oder eine auf den Patienten abgestimmte Formulierung wirksamer?

Ther: Was wäre Ihrer Meinung nach effektiver, ein allgemeiner Vordruck eines Vertrages oder ein für den Patienten individuell formulierter Vertrag?

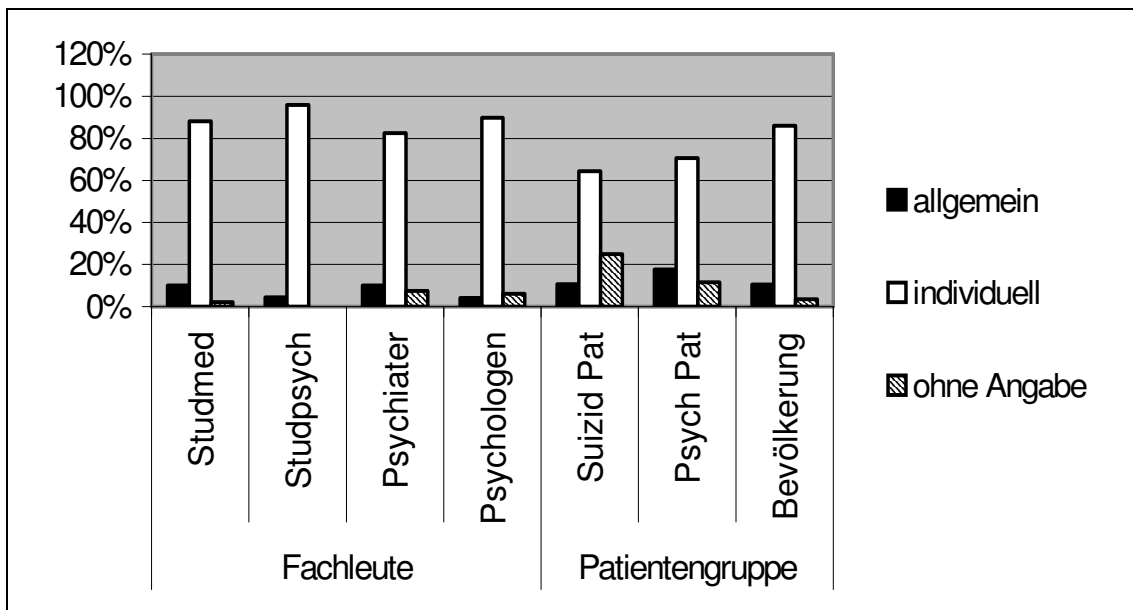


Abbildung 334

8.

Pat: Sollte in diesem Vertrag der Verlauf der Therapie festgehalten werden?

Ther: Fänden Sie es sinnvoll, den Verlauf der Therapie in einem solchen Vertrag festzuhalten?

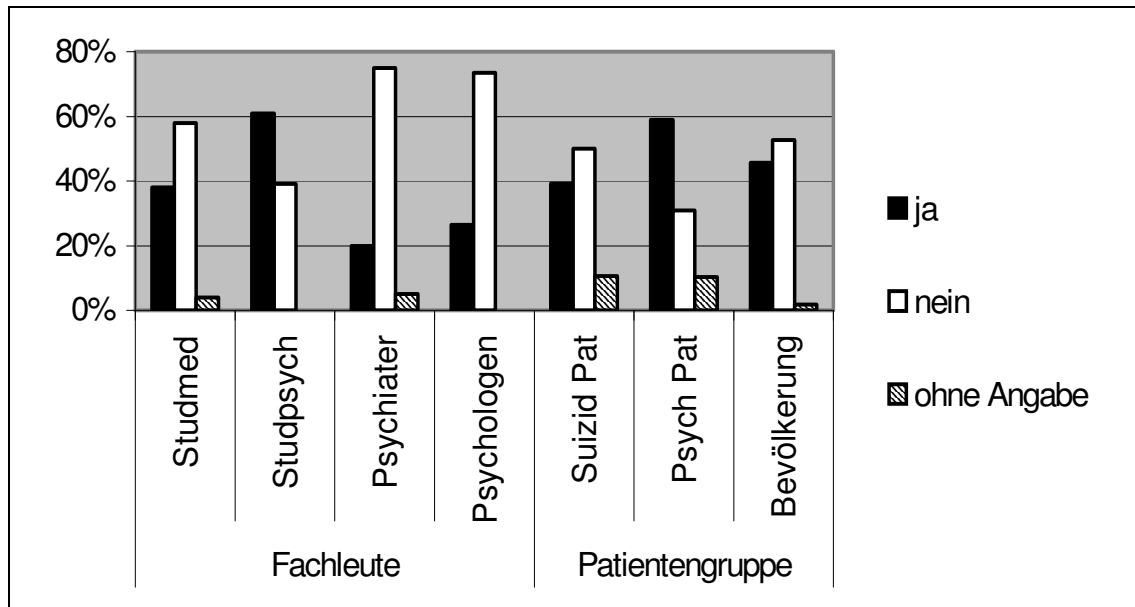


Abbildung 335

9.

Pat: Sollten in diesem Vertrag die Ziele der Therapie festgehalten werden?

Ther: Sollten Ihrer Meinung nach die Ziele der Therapie festgehalten werden?

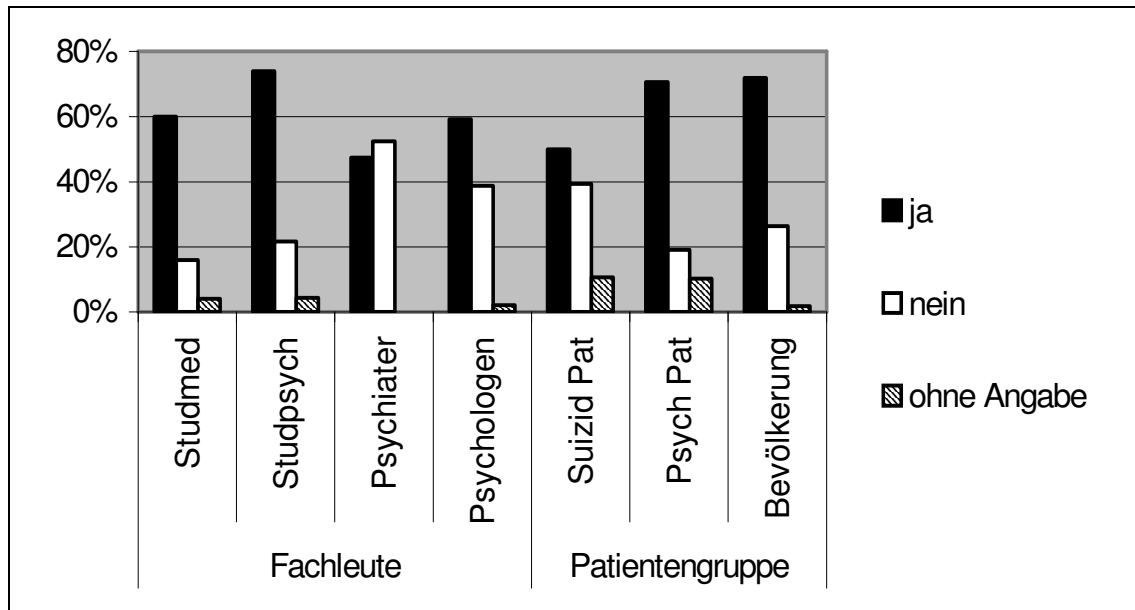


Abbildung 336

10.

Pat: Sollten in diesem Vertrag Verhaltensweisen notiert werden, die Patienten in schwierigen Situationen anwenden könnten?

Ther: Würden Sie im Vertrag Strategien festlegen, wie der Patient problematische Situationen bewältigen könnte?

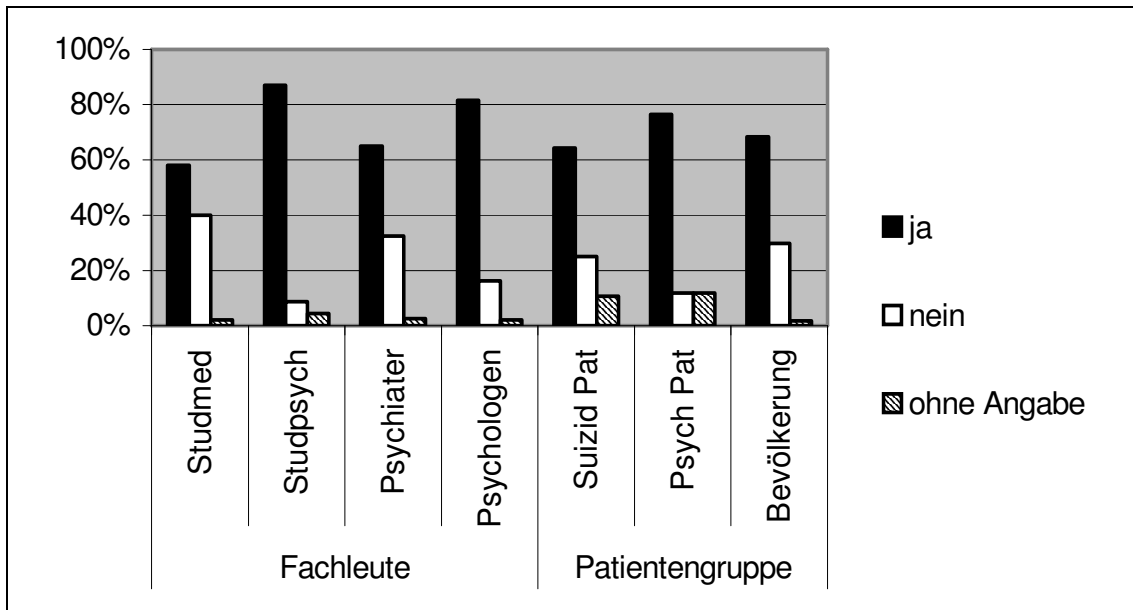


Abbildung 337

11.

Pat: Sollten im Vertrag auch die Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten und wichtige Notfallregeln festgehalten werden?

Ther: Fänden Sie es sinnvoll, dass der Therapeut in einem solchen Vertrag verspricht, den Patienten in seinen im Vertrag festgelegten Zielen zu unterstützen?

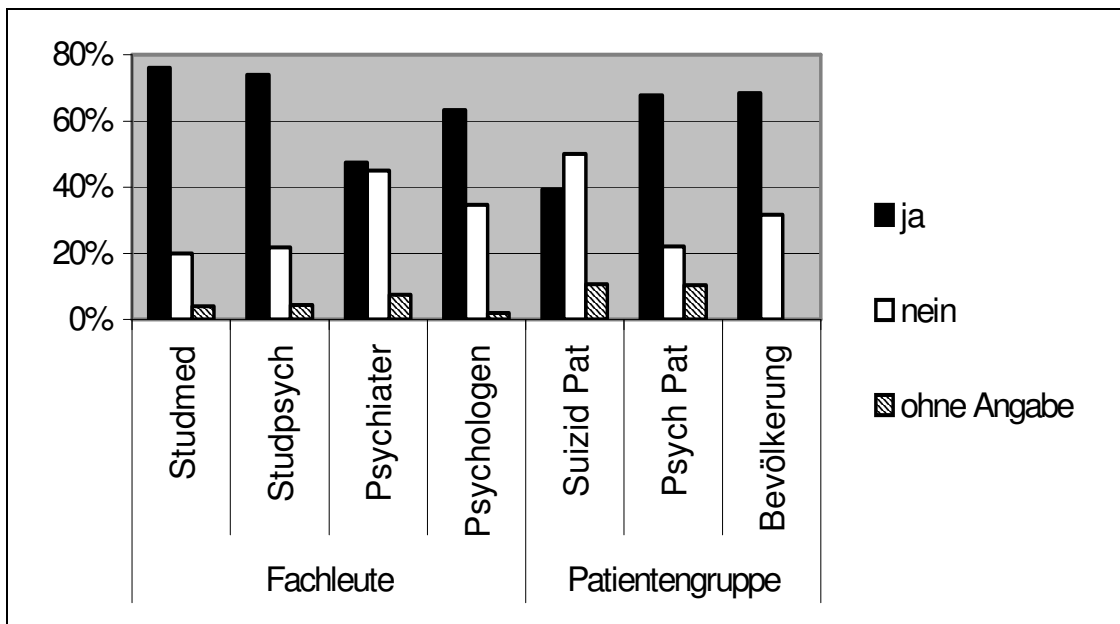


Abbildung 338

12.

Pat: Sollte im Vertrag das momentane Befinden des Patienten schriftlich festgehalten werden?

Ther: Sollte man Ihrer Meinung nach die momentane psychische Verfassung des Patienten in einem solchen Vertrag schriftlich festhalten?

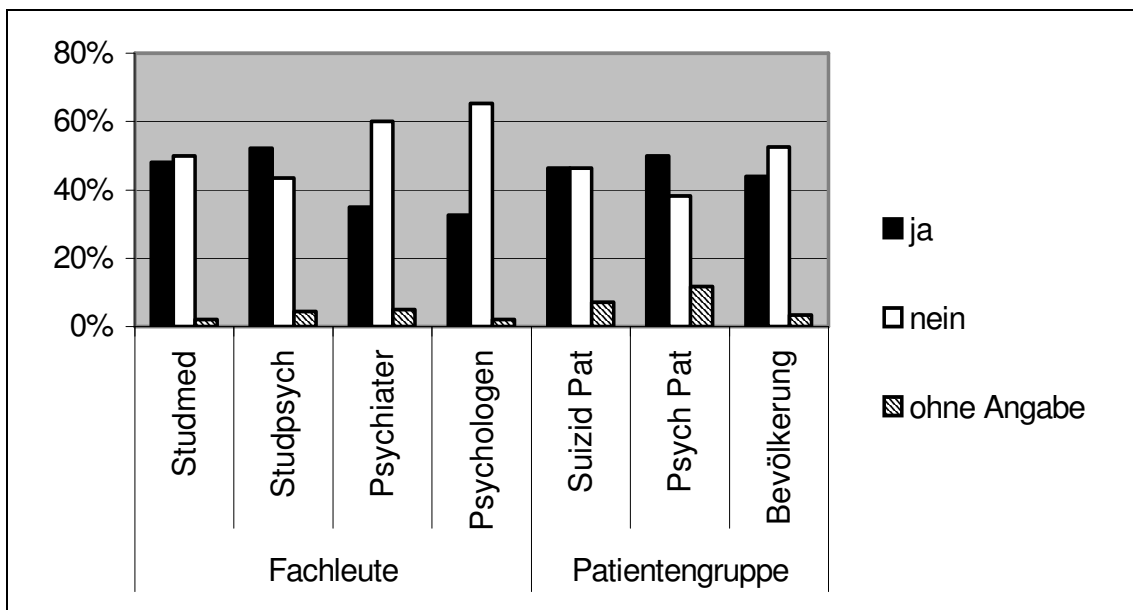


Abbildung 339

13.

Pat: Sollte der Therapeut Tag und Nacht für den Patienten erreichbar sein?

Ther: Würden Sie Ihrem Patienten die Möglichkeit anbieten, dass er Sie Tag und Nacht erreichen kann?

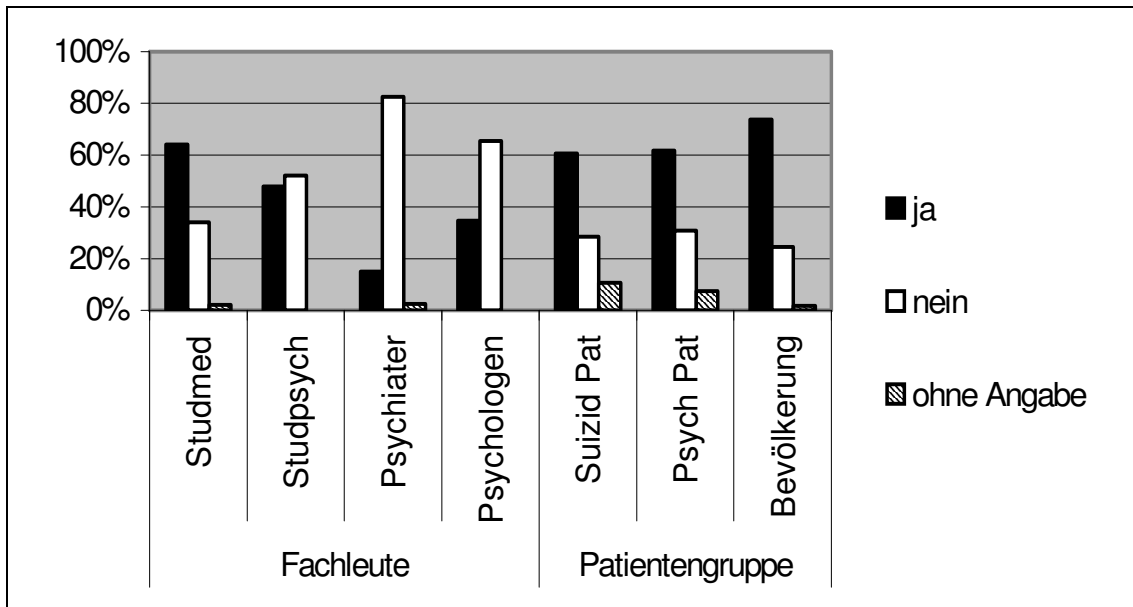


Abbildung 340

14.

Pat: Glauben Sie, dass Menschen , die sich das Leben nehmen wollen, den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

Ther: Sind Sie überzeugt, dass suizidale Menschen den Anforderungen eines solchen Vertrages gewachsen wären?

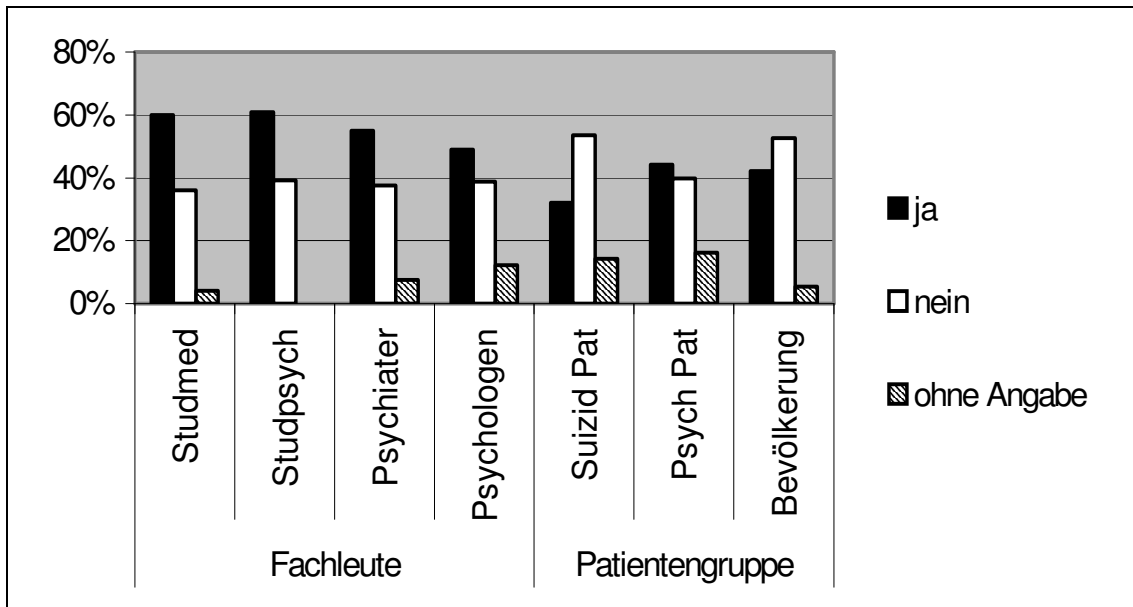


Abbildung 341

15.

Pat: Sind Sie davon überzeugt, dass Menschen in einer Krise, in der Sie sich das Leben nehmen wollen, vertragsfähig wären?

Ther: Sind Sie überzeugt, dass Menschen in einer suizidalen Krise vertragsfähig wären?

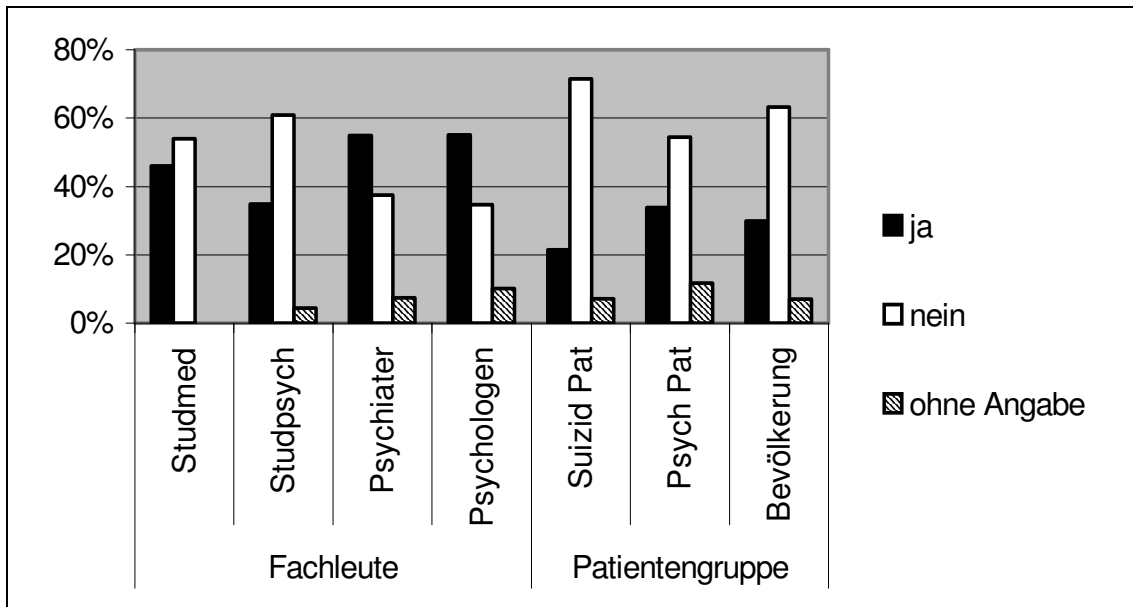


Abbildung 342

16.

Pat: Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

Ther: Könnte der Vertrag als lebenserhaltende Maßnahme gesehen werden, bis der Patient eigene Gründe für sein Weiterleben gefunden hat?

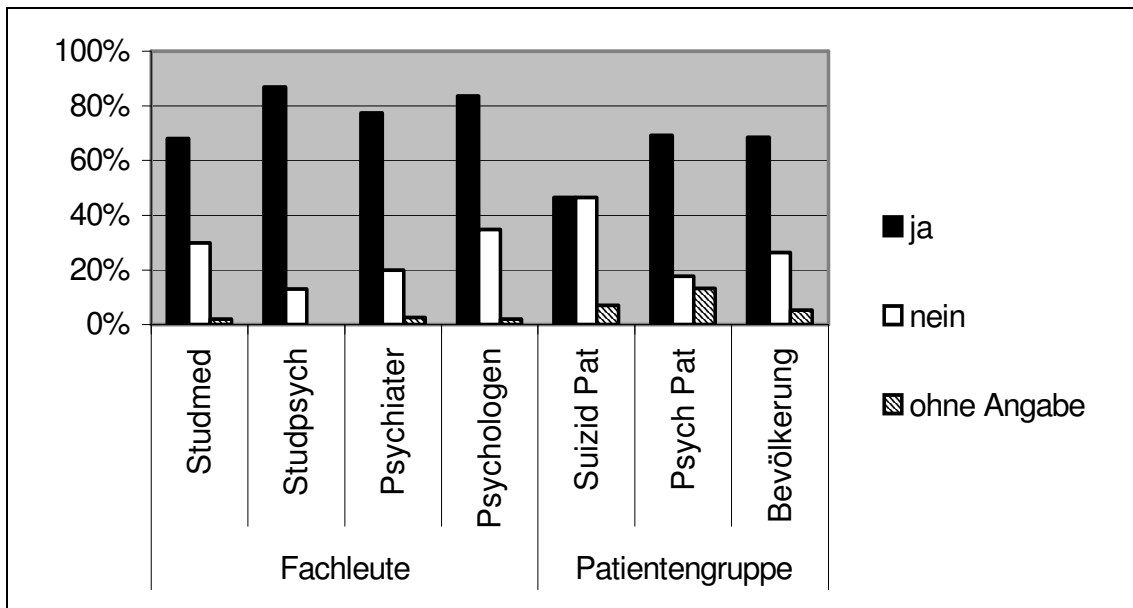


Abbildung 343

17.

Pat: Wenn Ihr Therapeut Sie dazu ermuntern würde, den Vertrag immer bei sich zu tragen, wäre es belastend oder absichernd?

Ther: Stellen Sie sich vor, dass Ihr Therapeut Sie damit beauftragen würde, diesen Vertrag immer bei sich zu tragen. Wäre dies eher hilfreich oder eher belastend für Sie?

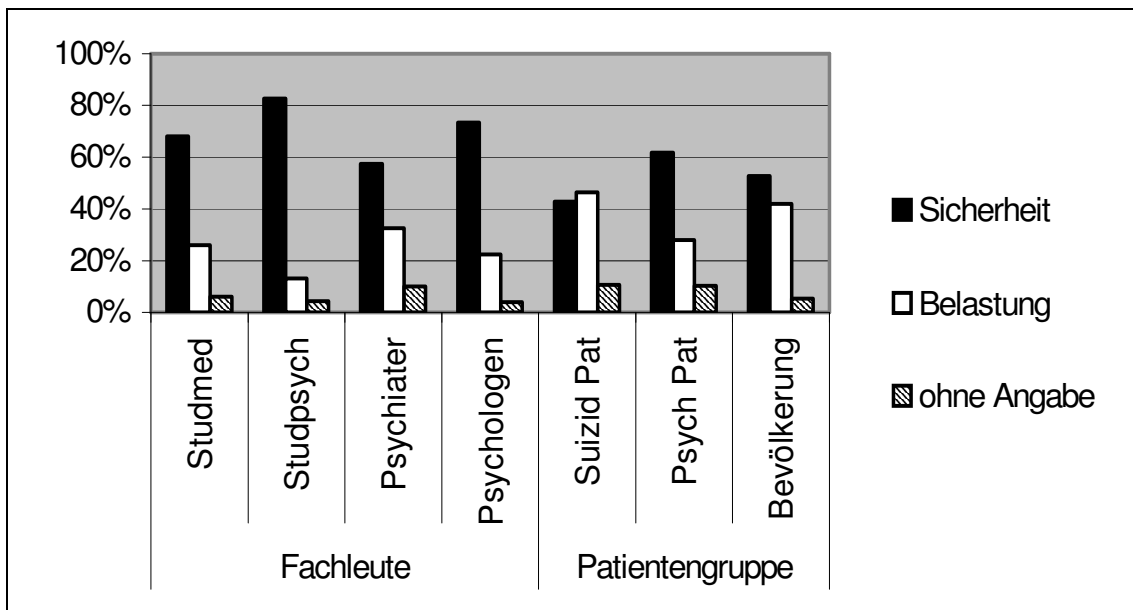


Abbildung 344

18.

In diesem Vergleich von Fragen wird hier insbesondere die Folge und Konsequenz der Frage, die an die Therapeuten gerichtet ist, anschließend diskutiert.

Ther: Sollte man den Patienten auf die Belastungen für den Therapeuten hinweisen, wenn er einen solchen Vertrag durch eine suizidale Handlung brechen würde?

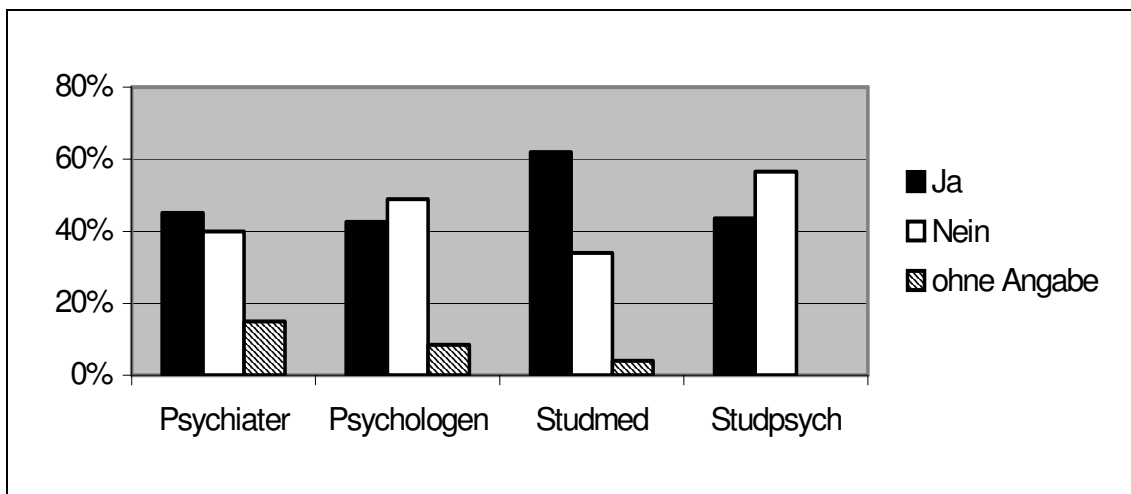


Abbildung 345

Pat: Stellen Sie sich vor, Ihr Therapeut würde Sie während der Therapie darauf aufmerksam machen, wie es Ihnen gehen würde, wenn Sie sich das Leben nehmen würden. Wäre dies ein weiteres Hindernis, sich das Leben nehmen zu wollen. Wäre es Ihnen egal oder würde Sie das eher dazu bewegen, sich das Leben nehmen zu wollen?

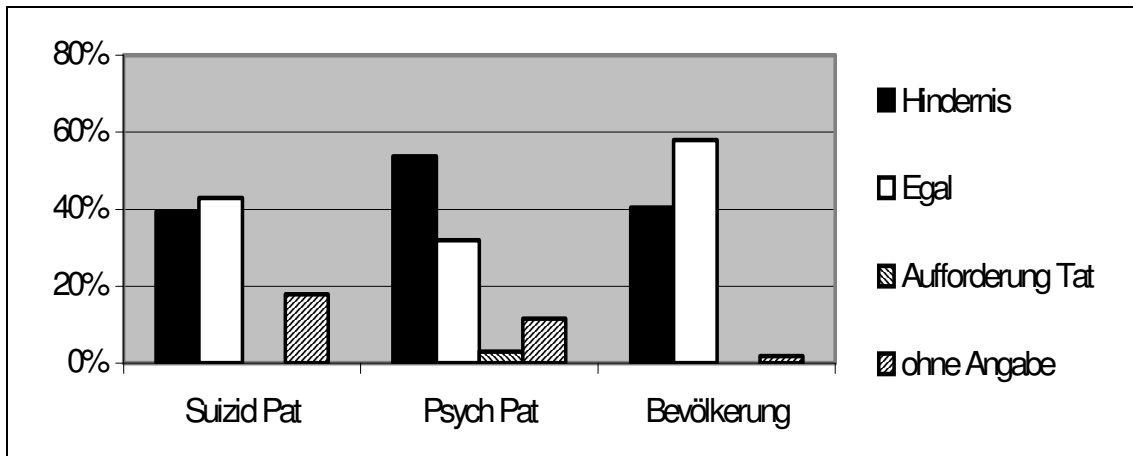


Abbildung 346

Danksagung

Danken möchte ich all denen, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt und motiviert haben.

Dieser Dank richtet sich vor allem an meinen Ehemann Hans-Dieter Kutter, den ich ohne diese Arbeit nie kennengelernt hätte und dem ich wertvolle juristische Hinweise verdanke; an meine Schwester Agnes Vogt, deren technisches Computerwissen einiges vereinfacht hat; an Christine Götz und Tobias Grill bei der Auswertung der Fragebogen; an Hans-Dieter Mohrmann für unermüdliches Korrekturlesen der Fragebogen.

Vielen Dank an alle, die sich als Testpersonen zur Verfügung gestellt haben und somit zur Fertigstellung und dem Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Auf diesem Weg bedanke ich mich auch ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Schmidtke für die umfassende Betreuung der Arbeit mit zahllosen Einzelanregungen und vielen geduldigen Gesprächen, sowie bei Herrn Prof. Dr. Patzelt für die Übernahme der Zweitkorrektur.

Lebenslauf



Name: Kutter-Vogt, geb. Vogt
Vorname: Carmen Irmgard Agnes
geboren am: 11.07.1978
in: Schweinfurt
Eltern: Albert Vogt
Christa Vogt, geb. Kram

Grundschule: von September 1984 bis
August 1988 in
Michelau im Steigerwald

Gymnasium: von September 1988 bis
August 1992 im
Gymnasium Gerolzhofen

von September 1992 bis
August 1997 im Celtis-
Gymnasium Schweinfurt

Studium der Humanmedizin: von Oktober 1997 bis
September 1998 an der
Friedrich-Schiller-
Universität Jena

von Oktober 1998 bis

November 2004 an der
Julius-Maximilians-
Universität Würzburg

beschäftigt seit:

Januar 2005 halbtags in
der Radiologischen Praxis
Schweinfurt

verheiratet seit:

Oktober 2002

mit:

Dr. Hans-Dieter Kutter,
Notar in Schweinfurt,
Vizepräsident der
Landesnotarkammer
Bayern,
Richter am Bayerischen
Verfassungsgerichtshof

Schweinfurt, den 05.03.2006



Carmen Kutter-Vogt