

Die SGPP-Behandlungsempfehlungen für den Umgang mit chronisch¹ suizidalen Patienten – Version März 2018

Gründe und Entstehung dieser Behandlungsempfehlungen

Chronisch suizidale Patienten im Akutspital und in der Psychiatrie fordern die Behandlungsteams emotional und ethisch stark heraus, was sich auch auf die Zusammenarbeit des somatischen Akutspitals mit der Psychiatrie – und umgekehrt – auswirken kann. Die dabei auftretenden Übertragungsphänomene bei den einzelnen Behandelnden und Betreuenden können sich auch auf der organisationalen Ebene als organisationale Übertragungsphänomene auswirken, was die Zusammenarbeit von Organisationen im Umgang mit chronisch suizidalen Patienten erschweren kann. Vor diesem Hintergrund wurde 2017 im Rahmen des Ethik-Forums LUKS eine interprofessionelle Arbeitsgruppe mit Vertretern von beiden Kliniken gegründet. Unter der Leitung des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik wurde die vorliegende Leitlinie erarbeitet und nach einem Vernehmlassungsprozess in den beiden Kliniken implementiert

Die vorliegenden Behandlungsempfehlungen sollen sowohl den Umgang mit chronisch suizidalen Patienten in psychiatrischen Kliniken und somatischen Akutspitalern fördern und unterstützen. Die diesbezügliche Zusammenarbeit soll mittels Hintergrundwissen und interprofessionellem und Austausch zwischen den Institutionen gefördert werden.

Die vorliegenden Behandlungsempfehlungen wurden seitens der SGPP von Daniel Bielinski, Paul Hoff, Julius Kurmann und Fulvia Rota überarbeitet.

An der Vorstandssitzung der SGPP vom 7.12.2017 wurden diese Behandlungsempfehlungen verabschiedet.

7.12.2017

Das vorliegende Dossier mit Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) soll den Umgang und die Betreuung von chronisch suizidalen Patienten unterstützen und entlasten. Die einmalige suizidale Krise und der einmalige Suizidversuch im Rahmen einer akuten Suizidalität werden in diesem Dossier nicht thematisiert.

- 1 Wir sind uns bewusst, dass der Begriff «chronisch suizidal» kontrovers diskutiert wird. Wir sind aber der Ansicht, dass sowohl das klinische Bild dieser Patienten sowie der Umgang mit ihnen ein anderer ist als mit akut suizidalen Patienten. Aus diesen Gründen haben wir uns entschieden, weiterhin diesen Begriff zu wählen. Siehe auch unsere Definition unter Punkt 2.1
- 2 Mit «Patienten» sind auch Patientinnen eingeschlossen. Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet.
- 3 Mitglieder der Arbeitsgruppe im Anhang

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Chronische Suizidalität als Phänomen	2
2.1 Definition der chronischen Suizidalität	
2.2 Häufigkeit	
2.3 «Chronische Suizidalität» als Symptom	
3. Auswirkungen der chronischen Suizidalität auf Behandlungs- und Betreuungsbeziehungen	2
3.1 Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene	
4. Auswirkungen der chronischen Suizidalität auf die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Kliniken und somatischen Akutspitalern	3
4.1 Aktuelle Herausforderungen	
4.2 Emotionen und Probleme in der Zusammenarbeit als Spiegel des ethischen Dilemmas	
5. Rechtliche und ethische Herausforderungen	3
5.1 Autonomieanspruch von Menschen mit einer somatischen Erkrankung	
5.2 Autonomieanspruch von Menschen mit einer psychischen Erkrankung	
5.3 Rechtsfragen	
5.4 Urteilsfähigkeitsabklärungen	
5.5 Dilemmasituationen im klinischen Alltag	
6. Behandlungsempfehlungen der SGPP zum Umgang mit chronisch suizidalen Patienten in der psychiatrischen Klinik, im Akutspital und in der Praxis	5
6.1 Angestrebte Haltungen	
6.2 Übertragungsphänomene	
6.3 Chronisch suizidale Patienten im somatischen Akutspital	
6.4 Chronisch suizidalen Patienten in der psychiatrischen Klinik	
6.5 Chronisch suizidale Patienten an der Schnittstelle Klinik – Praxis/Ambulatorium	
6.6 Chronisch suizidale Patienten in der Psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis	
6.7 Gefässe für den Austausch bezüglich Behandlung und Betreuung zwischen der psychiatrischen und somatischen Klinik und dem nachbehandelnden Arzt	
7. Das Wichtigste in Kürze	8

1. Einleitung

Aufgrund seiner Fürsorgeverpflichtung, Menschen möglichst vor Schädigung und Selbstschädigung zu schützen hat der Staat die Pflicht zur Suizidprävention. Die Behandlung von chronisch suizidalen Menschen ist deshalb individual- und sozialetisch sehr relevant: Zum einen, weil es bei der Selbsttötung um das hohe ethische Gut des Lebens selbst geht und zum andern, weil diese Patientengruppe das Gesundheitswesen stark beansprucht. Darüber hinaus sind die Behandlungsteams in der Akutsomatik und Psychiatrie stark betroffen, denn chronisch suizidale Patienten wecken intensive Emotionen.

Chronisch suizidale Patienten fordern die jeweiligen Behandlungsteams sowohl im somatischen Akutspital als auch in der Psychiatrie emotional und ethisch stark heraus: Ohnmachtsgefühle, Verunsicherung oder auch Gefühle des Ärgers oder gar Ablehnung aus erschweren Behandlung und Betreuung. Die Autonomie- und Handlungsfähigkeit dieser Patienten ist sehr schwierig einschätzbar, was ethisch heikle Fragen für den Behandlungsauftrag aufwirft, beispielsweise ob diese Patienten mittels Zwangsmassnahmen zurückgehalten werden dürfen und eine fürsorgerische Unterbringung in der Psychiatrie angezeigt ist.

Vor diesem Hintergrund beschreibt die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie diese Leitlinien für den Umgang mit chronisch suizidalen Patienten.

2. Chronische Suizidalität als psychisches Phänomen

2.1. Definition der chronischen Suizidalität

Eine chronische Suizidalität liegt dann vor, wenn ein Patienten über die Jahre immer wieder suizidale Krisen mit oder ohne Suizidversuche durchläuft. Die chronische Suizidalität ist keine eigene Krankheitsentität, sondern wird als Symptom einer über einen längeren Zeitraum andauernde psychiatrische Grunderkrankung verstanden, mit der Möglichkeit einer Selbsttötung muss immer gerechnet werden. Mit chronischer Suizidalität versuchen die Patienten die intrapsychische und interpersonelle Not und Verzweiflung zu regulieren. Chronische Suizidalität darf nicht als starrer Zustand gesehen werden, sondern muss als ein dynamisches und vor allem interaktionelles Geschehen verstanden werden.

2.2. Häufigkeit

Gemäss WHO-Studie (Region Bern) hatten 17% der Männer und 21% der Frauen die einen Suizidversuch verübten in den vorhergegangenen 12 Monaten bereits einen Suizidversuch unternommen. 12% der Männer und 13% der Frauen, die im Projekt als Suizidversucher erfasst wurden, unternahmen weitere Suizidversuche während des Untersuchungszeitraums zumeist im darauffolgenden Jahr.⁴

2.3. «Chronische Suizidalität» als Symptom

Während die akute Suizidalität meist eine einmalige Krise, selten einen bewussten Akt im Rahmen einer Lebensbilanz darstellt, kommt es bei der chronischen Suizidalität wiederholt zu suizidalen Krisen mit oder ohne suizidale Handlungen. Die Gefahr einer Selbsttötung erstreckt sich über Jahre. Chronische Suizidalität ist sehr ernst zu nehmen, denn beinahe die Hälfte dieser Patienten stirbt innerhalb von zehn Jahren nach einem ersten Suizidversuch.⁵

Chronische Suizidalität ist eine extreme Form der Beziehungsaufnahme, in der Regel ein Hilferuf. Das Symptom der chronischen Suizidalität kann verdeckt mit schwer verständlichen psychischen Reaktionen wie z. B. Gefühl der Gefühlslosigkeit, Selbstentwertung, para-suizidalen Handlungen, unerwarteten Beziehungsabbrüchen etc. einhergehen und ist dann schwer erkennbar.

3. Auswirkungen der chronischen Suizidalität auf Behandlungs- und Betreuungsbeziehung

3.1. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene

Chronische Suizidalität manifestiert sich stets auch auf der Beziehungsebene. Sich wiederholende Muster in der Interaktion stehen im Vordergrund, denn chronische Suizidalität resultiert meistens aus früheren konflikthaften, traumatisierenden Beziehungserfahrungen. Bei der Behandlung gilt es diese Interaktionen (Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene) genau zu beachten. Das Wahrnehmen der Gegenübertragungsgefühle hilft den Behandelnden die innere Not und Verzweiflung der chronisch suizidalen Patienten besser zu verstehen. Folgende Gegenübertragungsgefühle können entstehen:⁶

Sorge

Bedeutet, dass Patienten die Selbstfürsorge für sich nicht mehr übernehmen können und die Verantwortung für das eigene Leben an den Behandelnden delegieren. Den Patienten stehen für die eigene Fürsorge keine Bewältigungsmöglichkeiten- und Strategien mehr zur Verfügung.

Abgelehnt werden

Die Patienten verharren aufgrund ihrer früheren Beziehungserfahrungen in ihrer Verletzung und Kränkung und zeigen sich deshalb gegenüber den Behandelnden passiv-ablehnend oder gar vorwurfsvoll. Die Patienten begegnen den Behandelnden aus der Angst heraus, erneut enttäuscht und verletzt zu werden. Sie haben einerseits die Hoffnung auf eine ideale und vollkommene Beziehung, andererseits glauben sie nicht daran, dass sie genug liebenswert sind, dass sich eine solche Beziehung überhaupt herstellen lässt. Die Patienten werden für die Behandelnden so kaum mehr erreichbar. Sie reagieren ablehnend, vorwurfsvoll, gekränkt auf das Beziehungsangebot der Behandelnden.

4 Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C, Waeber V, Michel K (2004) In: Suicidal Behaviour in Europe. Hogrefe & Huber, Göttingen, pp. 157-163

5 Henseler 1974, 157

6 vgl. J. Kind, T. Giernalczyk, Krankenhauspsychiatrie 2000; oder T. Giernalczyk, J. Kind, Psychotherapie 1999 oder T. Giernalczyk und G.-K. Peteresen, Persönlichkeitsstörungen 2008

Ärger, Gefühle des manipuliert-Werdens, Ohnmacht

Der Patient versucht als hilfloser Enttäuschter das Gegenüber zu manipulieren und die Behandelnden an sich zu binden. Der Patient nimmt quasi sein eigenes Leben als Geisel, um den Helfer unter Druck zu setzen. Verständlich? Dieses Gefühl ist für die Behandelnden kaum aushaltbar. Deshalb ziehen sie sich oft zurück. Diese Reaktion wird für die Patienten zu einer selbst erfüllenden Prophezeiung: «Es stimmt also, die ganze Welt ist gegen mich und hat mich verlassen». In dieser Phase ist die Suizidalität am stärksten. Solange die Behandelnden gefühlsmässig noch beteiligt sind und mit den Patienten in einer dynamischen Interaktion stehen, ist die Suizidalität weniger akut. Sobald sich die Behandelnden zurückziehen und der chronisch suizidale Patient nicht mehr mit seinen hilflosen, aus der Not kommenden Interaktionen die Behandelnden erreichen kann, nimmt seine Suizidalität zu.

Die Behandelnden sollten ihre Gegenübertragungsphänomene wertfrei annehmen, reflektieren und diese in einer achtsamen Art und Weise in der Beziehung zum chronisch suizidalen Patienten einfließen zu lassen. Dies kann dadurch geschehen, dass sie ihre Sorge um den Patienten ausdrücken, dass sie Kränkungen, Ohnmacht und Hilflosigkeit, sowie die innere Not des Patienten ansprechen.

4. Auswirkungen der chronischen Suizidalität auf die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Kliniken und somatischen Akutspitalern

4.1. Aktuelle Herausforderungen

Chronisch Suizidale lösen aufgrund von Übertragungs- und Gegenübertragungsverstrickungen starke Emotionen der Ohnmacht, der Verunsicherung oder auch der Wut und Ablehnung aus. Diese Emotionen wiederum wirken sich negativ auf die Zusammenarbeit zwischen den Behandlungsteams psychiatrischer Kliniken und somatischer Akutspitäler aus. Ähnlich wie auf der Ebene der Individuen kann es bei der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen zu Übertragungsphänomenen kommen, die die Kooperation erschweren. Auch die Psychiatrie kann sich dieser besonderen Emotionalität aufgrund der Übertragungs- und Gegenübertragungsverstrickungen gegenüber chronisch suizidalen Menschen nicht entziehen. Aufgrund ihrer Ausbildung und Weiterbildung können Mitarbeiter in der Psychiatrie ihre eigenen Emotionen in der Beziehung mit chronisch suizidalen Patienten erkennen und so eine professionelle innere Distanz zu diesen Emotionen aufbauen. Den Mitarbeitern in der somatischen Medizin fehlen meistens das hierfür notwendige Wissen und die psychiatrischen Kompetenzen im Umgang mit chronisch suizidalen Patienten.

Im somatischen Spital erwarten die Behandlungsteams von den Ärzten möglichst rasch Hilfe im Umgang mit chronisch suizidalen Patienten (Hilfserwartung). Die Ärzte wiederum, diesbezüglich zu wenig aus- und weitergebildet, möchten die Verantwortung für den chronisch suizidalen Patienten möglichst an die Psychiater weitergeben. Dadurch kann es zu emotionalen Verstimmungen, Missverständnissen und

Schuldzuweisungen zwischen den Ärzteteams, die gemeinsam einen chronisch suizidalen Patienten behandeln und betreuen, kommen. Die Interaktion kann sich dabei emotional massiv aufladen, es kommt zu gegenseitigen abwertendem Verhalten und vorurteilsbehafteten Begegnungen, zu unprofessionellem Handeln.

4.2. Emotionen und Probleme in der Zusammenarbeit als Spiegel des ethischen Dilemmas

Emotionen und Probleme in der Zusammenarbeit bei der Behandlung von chronisch suizidalen Menschen sind sowohl Ausdruck des innerpsychischen Konfliktes der Patienten und als auch der Spiegel des ethischen Dilemmas, in welches die Behandelnden geraten. Auf der einen Seite formulieren die Patienten den Wunsch zu sterben, und auf der anderen Seite appellieren sie gleichzeitig an ihre Umwelt zu helfen um zu überleben. Behandelnde geraten in ein ethisches Dilemma, denn sie sind einerseits verpflichtet, den Willen sterben zu wollen zu akzeptieren, andererseits sind sie aber zur Lebenserhaltung der Patienten verpflichtet, müssen also von einer Selbsttötung abhalten.

Zentral ist dabei die Frage der Urteilsfähigkeit. Denn solange Menschen hinsichtlich einer konkreten Fragestellung urteilsfähig sind, darf man sie nicht gegen ihren Willen behandeln. Sind sie hingegen nicht urteilsfähig, besteht die rechtliche Verpflichtung, sie vor Selbstschädigung zu schützen. Diese Situation wird zusätzlich kompliziert, indem bei nicht urteilsfähigen Menschen mit einer somatischen Erkrankung andere Rechte und Vorgehensweisen für die Stellvertretung gelten als bei nicht urteilsfähigen Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Behandlung und Betreuung von chronisch suizidalen Menschen sind entsprechend auch sozialetischer Natur, also nicht nur organisational- oder individuelle ethische Fragestellungen, denn sie betreffen Grundrechtsfragen und normative Voraussetzungen des modernen Rechtsstaates.

5. Rechtliche und ethische Herausforderungen

5.1. Autonomieanspruch von Menschen mit einer somatischen Erkrankung

Aufgrund ihres Autonomieanspruchs haben in der Schweiz alle urteilsfähigen Menschen mit einer somatischen Erkrankung das Recht, lebenserhaltende Massnahmen abzulehnen. Urteilsfähige Personen können mit einer Patientenverfügung eine solche Ablehnung über den Eintritt der Urteilsunfähigkeit hinaus bestimmen. Sofern bei urteilsunfähigen Menschen keine Patientenverfügung vorliegt, entscheidet die Stellvertretung gemäss folgender gesetzlicher Kaskade über Behandlung und Betreuung eines Menschen:

Art. 378 EG-ZGB:

1. Die in einer PV oder einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
2. Beistand mit Vertretungsrecht in med. Massnahmen
3. Ehegatte oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner, die einen gemeinsamen
4. Haushalt führt oder ihm regelmässig Beistand leistet
5. Person, die mit dem urteilsunfähigen Patienten einen gemeinsamen Haushalt führte und
6. ihm regelmässig und persönlich Beistand leistet
7. Nachkommen
8. Eltern
9. Geschwister

Ist der Wille eines urteilsunfähigen Menschen nicht bekannt und/oder besteht keine Zeit, seinen mutmasslichen Willen zu erfassen, so gilt in Notfallsituationen die Regel «im Zweifel für das Leben» und ausserhalb von Notfallsituationen die Regel, im «besten Interesse» des Patienten zu handeln. In dringlichen Situationen, in denen die Stellvertretung nicht erreicht werden kann, dürfen urteilsunfähige Patienten auch ohne ihre Einwilligung behandelt werden. Somatisch Kranke können, solange sie urteilsfähig sind, selbst oder, sofern Urteilsunfähigkeit eintritt, über ihre Stellvertretung lebenserhaltende Massnahmen ablehnen.

5.2. Autonomieanspruch von Menschen mit einer psychischen Erkrankung

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben gemäss dem Schweizerischen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht Art 426, 1 ZGB – wenn das Phänomen der Suizidalität eine Folge ihrer Grunderkrankung ist – diese Freiheit, lebenserhaltende Massnahmen ablehnen zu dürfen, nicht wie Menschen mit einer somatischen Erkrankung. Stattdessen können sie gegen ihren Willen, d.h. auch dann, wenn sie urteilsfähig sind, fürsorglich untergebracht werden. Für die Behandlung und Betreuung müssen urteilsfähige Patienten auch während dem Aufenthalt in der Psychiatrie einwilligen können. Die Behandlung von urteilsunfähigen Patienten in der Psychiatrie erfolgt aber gemäss Art 426 ZGB der fürsorglichen Unterbringung. Im Unterschied zu somatisch kranken Patienten können psychisch kranke Menschen keine Stellvertretung für die Einwilligung in die Behandlung einsetzen. Bei urteilsunfähigen Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird deshalb nicht die Stellvertretungskaskade aktiv, sondern der Chefarzt der Psychiatrie entscheidet über die angemessene Behandlung und Betreuung. Die Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen eines Patienten müssen lediglich angehört und eine Patientenverfügung

muss berücksichtigt werden. Die Patientenverfügung hat bei fürsorglich untergebrachten Patienten keine weisende Wirkung für die Psychiatrie wie für die somatische Medizin. Es sind ethisch sehr heikle Abwägungen, wann auch bei einem Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein Suizidwunsch ein Symptom oder ein autonomer Entscheid ist.⁷

5.3. Rechtsfragen

Bei Menschen mit einer chronischen Suizidalität stellt sich nun die Frage, ob im somatischen Akutspital die rechtlichen Stellvertreterregelungen der somatischen Medizin oder diejenigen der Psychiatrie gelten. Gemäss Prof. Dr. iur. Margot Michel von der Universität Zürich gilt im Akutspital bei somatischen Behandlungs- und Betreuungsentscheidungen die Stellvertreterkaskade, und in der Psychiatrie gelten die rechtlichen Regelungen für die psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsentscheidungen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwiefern chronisch suizidale Patienten im Hinblick auf ihren Suizidwunsch urteilsfähig sind oder nicht. In der Schweiz hat jede urteilsfähige Person die Freiheit zum Suizid, weil sie nicht gegen ihren Willen behandelt werden darf. Dieses Freiheitsrecht ist aber kein Anspruchsrecht auf Suizid, d.h. der Staat muss dem Suizidwilligen den Suizid nicht ermöglichen und ihn dabei unterstützen (vgl. Bundesgerichtsurteil 2006). Im Gegenteil, aufgrund seiner Schutzverpflichtung hat der Staat die Pflicht zur Suizidprävention. Diese Pflicht zur Suizidprävention wird jedoch dem Autonomieanspruch des Individuums als individuelles Abwehrrecht untergeordnet, wonach eine solche Freiheit zur Selbstschädigung beim urteilsfähigen Individuum eben besteht. Auch Patienten mit chronischer Suizidalität können unter jeweils zu klärenden Umständen hinsichtlich ihres Suizidwunsches urteilsfähig sein. In diesem Fall haben sie wie alle anderen Menschen die Freiheit zum Suizid. Wird hingegen ein Mensch mit einer chronischen Suizidalität als nicht urteilsfähig betrachtet, besteht von Staates wegen ihm gegenüber eine erhöhte Fürsorgeverpflichtung zum Lebensschutz, welcher die Frage nach der Angemessenheit von Zwangsmassnahmen aufwirft. Urteilsfähigkeitsabklärungen sind vor dem Hintergrund der immer wieder akut auftretenden Lebensbedrohung bei Menschen mit einer chronischen Suizidalität besonders wichtig.

5.4. Urteilsfähigkeitsabklärungen⁸

Grundsätzlich gilt es bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit die folgenden Punkte zu beachten:

- Die Urteilsfähigkeit bezieht sich immer auf einen zu entscheidenden Gegenstand, insofern ist sie relativ. Jemand kann daher gleichzeitig bezüglich eines Gegenstandes urteilsfähig sein, bezüglich eines anderen Gegenstandes aber allenfalls nicht.

7 Hoff, Paul (2012): Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid? In: Schweizerische Ärztezeitung 93 (23), S. 852 – 853.

8 vgl. <http://www.ivsk.ch/mm/Qualitaetsleitlinien-fuer-psychiatrische-Gutachten.pdf>

- Urteilsfähigkeit ist immer (bezüglich des jeweiligen Gegenstandes) absolut gegeben oder aufgehoben, es gibt keine graduelle oder teilweise Einschränkung der Urteilsfähigkeit.
- Aufgrund der Formulierung im Gesetz ist zunächst vorauszusetzen, dass Personen urteilsfähig sind. Eine fehlende Urteilsfähigkeit ist zu begründen. Ausnahme ist das Vorliegen einer diagnostizierten, voll ausgeprägten Demenz, in dem Fall wird davon ausgegangen, dass die Urteilsfähigkeit aufgehoben ist. Demnach ist zu begründen, weshalb die Urteilsfähigkeit gegeben sein soll.

Gemäss V. Dittmann ⁹ müssen die folgenden 4 Kriterien gegeben sein, um Urteilsfähigkeit anzunehmen:

- **Erkenntnisfähigkeit:** Die handelnde Person muss in der Lage sein, den jeweiligen Gegenstand zumindest in den Grundzügen richtig zu erfassen, und sich ein adäquates Bild der Situation zu machen.
- **Wertungsfähigkeit:** Die Fähigkeit zu rationaler Beurteilung der Tragweite und der Vor- oder Nachteile des in Frage stehenden Gegenstandes, und zur Abwägung von Alternativen muss vorhanden sein.
- **Fähigkeit zur Willensbildung:** Aufgrund der gewonnenen Einsicht und eigener Motive muss ein nach aussen wirksamer Wille gebildet und eine Entscheidung getroffen werden können.
- **Fähigkeit, gemäss dem eigenen Willen zu handeln:** Die Kraft, gemäss dem gefassten Entschluss zu handeln, auch allenfalls entgegen Willensbeeinflussungen dritter, muss deutlich vorhanden sein.

Zur konkreten Überprüfung der Urteilsfähigkeit werden mit der Person ein oder allenfalls auch mehrere Gespräche geführt, wobei man insbesondere die vier oben aufgeführten Kriterien überprüft. Wichtig ist dabei zu beachten, dass vernunftmässiges Handeln für andere Menschen nicht unbedingt ebenfalls vernünftig sein muss. Die Wertungen, die die Person macht, müssen für andere Menschen persönlich nicht zutreffen und ihre Gedanken und Entscheidungen inhaltlich von diesen nicht geteilt werden. Aber ihre Wertungen müssen im Rahmen des Wertesystems der Person liegen und seiner Persönlichkeit entsprechend nachvollziehbar und kohärent sei

Grundsätzlich vollzieht sich die Urteilsfähigkeitsabklärung im Rahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung auf Augenhöhe. Nicht die Urteilsfähigkeit des Patienten ist rechtlich zu belegen, sondern seine Urteilsunfähigkeit. Denn im Zweifel gilt die Regel «für die Autonomie» und nur im Notfall die Regel «für das Leben», wenn der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für Urteilsfähigkeitsabklärungen keine Zeit vorhanden ist.

Die Behandlungsteams sind verpflichtet, die Autonomiefähigkeit der Patienten zu fördern und zu unterstützen. Deshalb darf auch dann, wenn der chronisch suizidale Patient bezüglich seines Suizidwunsches als nicht urteilsfähig betrachtet und als behandlungsbedürftig angesehen

wird, nicht einfach in allen Fragen über ihn verfügt und entschieden werden. Sein Autonomieanspruch bleibt auch als Urteilsunfähiger weiterhin bestehen. Daraus können sich bei Aufenthalt in der stationären Psychiatrie verschiedene ethische Dilemmasituationen ergeben. Sie sind im Folgenden beispielhaft aufgeführt.

5.5. Dilemmasituationen im klinischen Alltag

Die Verpflichtung zum Lebensschutz steht oft dem Integritätsanspruch und den Wünschen des chronisch suizidalen Menschen gegenüber. Die Begleitung und Betreuung von chronisch suizidalen Patienten stellt im Alltag eine grosse Herausforderung dar: Wann kann dem Patienten Selbstverantwortung übergeben werden, wann ist der Patient akut suizidal und muss dementsprechend geschützt werden?

Darf oder soll man chronisch suizidale Menschen

- Hindern, auszugehen? Darf man Ihnen eine Begleitung aufzwingen?
- Darf man Leibesvisitationen durchführen?
- Sie ohne Einwilligung sedieren?
- Geräte und Gegenstände aus dem Zimmer entfernen, mit denen sie sich suizidieren könnten?
- Den Kontakt mit anderen chronisch suizidalen Patienten einschränken?
- freiheitseinschränkenden Massnahmen verordnen (geschlossene Station, Isolation oder Fixation)?

Diese Fragen müssen in jedem einzelnen Fall individuell entschieden werden. Die Klärung der Urteilsfähigkeit bestimmt das Ausmass an ethisch und rechtlich vertretbaren Einschränkungen

Eine zeitnahe und konkrete Dokumentation der Gespräche mit den betroffenen Personen zur Einschätzung der Situation erleichtert die Tragfähigkeit von Entscheidungen im Team und entlasten alle Mitarbeitenden (Sorgfaltspflicht wahrnehmen und dokumentieren).

6. Behandlungsempfehlungen der SGPP zum Umgang mit chronisch suizidalen Patienten in der psychiatrischen Klinik, im Akutspital und in der Praxis

6.1. Angestrebte Haltungen

Eine gemeinsame Haltung gegenüber Patienten mit einer chronischen Suizidalität erleichtert deren Behandlung und auch die Kooperation zwischen den psychiatrischen Kliniken und den somatischen Akutspitalern sowie ambulanten Behandlern. Pfeiler dieser **gemeinsam getragen Grundhaltung** sind:

- Chronisch suizidale Patienten verwickeln Behandlungsteams oftmals in komplexe Interaktionen.
- Chronisch suizidalen Patienten soll mit einer neutral akzeptierenden Grundhaltung begegnet werden.

- Das Phänomen der chronischen Suizidalität soll moralisch nicht bewertet werden.
- Die Erfahrung zeigt, dass auch optimale Behandlung und Betreuung einen Suizid nicht verhindern können. Kommt es trotzdem zum erfolgreichen Suizid ist das nicht schon im vorneherein als Behandlungsfehler anzusehen.

6.2. Übertragungsphänomene

Die Beachtung unserer Gegenübertragungsgefühle hilft den Behandelnden, die innere Not und Verzweiflung der chronisch suizidalen Patienten besser zu verstehen. Die Gegenübertragungsphänomene sollen wertfrei angenommen und reflektiert werden und in einer achtsamen Art und Weise in der Beziehung zum chronisch suizidalen Patienten angesprochen werden. Das Thematisieren der Beziehung mit chronisch suizidalen Patienten ist hilfreich und ein obligatorischer Bestandteil der Behandlung. Ängste und Sorgen der Behandelnden und Betreuenden sollen gegenüber dem Patienten in einer auf ihn abgestimmten Art angesprochen werden.

Die Unterschiedlichen Wahrnehmungen von Patienten und Behandlungsteam werden ausgetauscht und tragen zur Beziehungsklärung bei. Die Sorge um den Patienten, allenfalls vorhandene Kränkungen werden thematisiert. Ohnmacht, Hilflosigkeit und die innere Not des Patienten werden angesprochen. Benennen von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen trägt zur Entspannung bei. Die Suizidgefahr muss angesprochen werden. Urteilsunfähige Patienten müssen geschützt und ihre Bewegungsfreiheit, wenn nötig eingeschränkt werden.

6.3. Chronisch suizidale Patienten im somatischen Akutspital

Die Behandlung des chronisch suizidalen Patienten im Notfall des somatischen Akutspitals orientiert sich an der Urteilsfähigkeit und andererseits an der Lebensgefahr des Patienten:

In jedem Fall wird im Akutspital die gesetzliche Stellvertretung gemäss der Entscheidungskaskade für die Entscheide hinsichtlich somatischer Behandlung und Betreuung beigezogen und entsprechend dieser Vorgaben gehandelt.

- Das somatische Akutspital zieht die jeweils zuständige psychiatrische Klinik, den psychiatrischen Notfalldienst bei chronisch suizidalen Patienten immer so rasch als möglich bei. Wenn der Patient in einer ambulanten psychotherapeutischen steht, soll auch versucht werden, den ambulanten Therapeuten mit einzu-beziehen.
- Bei Problemen sollen die Gefässe für den interprofessionellen Austausch aktiv genutzt werden.

- Ist der Patient lebensbedrohlich verletzt und urteilsfähig, so muss seine Einwilligung zur Behandlung eingeholt werden. Die zuständige psychiatrische Klinik/der psychiatrische Notfalldienst wird vom Akutspital über den Patienten informiert.
- Ist der Patient lebensbedrohlich verletzt und seine Urteilsfähigkeit nicht klar beurteilbar, so sind gemäss der Notfallregel «im Zweifel für das Leben» unverzüglich lebenserhaltende Massnahmen einzuleiten. Die zuständige psychiatrische Klinik/der psychiatrische Notfalldienst wird für die weiteren Gespräche mit dem Patienten beigezogen.
- Sind die Verletzungen nicht lebensbedrohlich aber behandlungsbedürftig, so muss zwingend beim urteilsfähigen Patienten die Einwilligung für die somatische Behandlung und Betreuung eingeholt werden. Eine vorliegende aktuelle Behandlungsvereinbarung wird diskutiert, die zuständige psychiatrische Klinik/der psychiatrische Notfalldienst für das Patientengespräch beigezogen.
- Sind die Verletzungen nicht lebensbedrohlich aber behandlungsbedürftig, der Patient aber urteilsunfähig, so überprüft der behandelnde Arzt zuerst die Krankenakte auf das Vorliegen psychiatrische Behandlungsvereinbarung. Liegt eine solche vor wird entsprechend behandelt.
- Liegt im Notfall und anderen medizinisch dringlichen Situationen keine psychiatrische Behandlungsvereinbarung vor und kann die Stellvertretung nicht erreicht werden, so entscheidet der behandelnde Arzt stellvertretend für die Patientin. Die Stellvertretung wird schnellstmöglich informiert. Ist die Stellvertretung nicht erreichbar, informiert der behandelnde Arzt die für den Patienten zuständige KESB.

6.4. Chronisch suizidalen Patienten in der psychiatrischen Klinik¹⁰

Bei chronisch suizidalen Patienten gehen wir grundsätzlich vom urteilsfähigen Patienten aus. D.h. es kann auch zu Selbstverletzungen kommen. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu akzeptieren und auszuhalten kann schwerfallen. Nicht in einen Behandlungsaktivismus zu verfallen und unter Umständen nicht gerechtfertigte bewegungseinschränkende Massnahmen oder gar Zwangsbehandlungen durchzuführen ist die Kunst. Aufmerksame Beobachtung der Gegenübertragungsphänomene kann helfen solche Situationen besser zu verstehen und durchzutragen. Im Rahmen akuter Suizidalität kann der Patient urteilsunfähig sein. Die Urteilsfähigkeit wird in solchen Situationen nach den gängigen Kriterien geprüft. Wenn immer möglich, soll zudem mit den Patienten eine Behandlungsvereinbarung (Vorlagen im Anhang) ausgearbeitet werden. Die Zusam-

9 <http://www.upkbs.ch/patienten/ethik/klinische-ethik/presentationen/Documents/Dittmann,%20Urteilsfähigkeit.%20Präsentation,%20UPK%20Symposium%20Basel%202016.pdf>

10 vgl. auch Umgang Patienten mit massiv selbstverletzenden (2007): Dr.J. Kurmann / Dr.T.Fäh / Dr.R.Matile /lic.phil.S.Schwerzmann / lic.theol. B.Amrein Externer Experte: Dr. Dr. Christof Arn, Dialog Ethik (internes Dokument *lups*)

menarbeit zwischen Psychiatrie und Akutspital sowie mit allenfalls vorhanden ambulanten Therapeuten wird durch vorgängige Absprachen und Prozessbeschreibungen erleichtert, Eskalationen können verhindert werden.

Die Empfehlungen zum Umgang mit chronisch suizidalen Patienten in der psychiatrischen Klinik:

- In der psychiatrischen Klinik wird mit chronisch suizidalen Patienten auf Augenhöhe kommuniziert und wenn immer möglich gemeinsam mit dem Patienten ein Behandlungsplan als Ergebnis eines Shared-Decision-Prozesses erstellt. Dieser beinhaltet auch das Vorgehen im Notfall. Bei der Behandlung kooperativer chronisch suizidaler Patienten haben sich verhaltenstherapeutische Techniken wie Skills-Training oder auch affektregulierende Techniken bewährt.
- Vor der Entlassung eines chronisch suizidalen Patienten wird mit ihm zusammen eine Behandlungsvereinbarung mit Anweisungen für das Verhalten bei künftigen Suizidversuchen verfasst. Diese Behandlungsvereinbarung wird neben der Ablage in der psychiatrischen Krankengeschichte auch auf dem Notfall und der IPS des jeweiligen somatischen Akutspitals in der Patientenakte hinterlegt. Diese Behandlungsvereinbarung sollte auch dem ambulant behandelnden Psychiater zugestellt werden.
- Bei akuten Interventionen innerhalb der Klinik soll möglichst ruhig, also ohne operative Hektik vorgegangen werden. Die Reduktion der Dringlichkeit der Intervention ermöglicht ruhigeres Reagieren auf chronisch suizidales Verhalten. Mitagieren kann den Patienten zusätzlich schädigen. Es soll so wenig wie möglich und so viel wie nötig zur Verhinderung von längerfristigem Schaden oder Tod interveniert werden. Fragen nach «krank» oder «böse» bringen in der Akutsituation nichts.
- Um das Dilemma bezüglich **Interventions- und Versorgungsintensität** bei chronisch suizidalem Patienten zu verringern, soll die Meinung der Ärzteschaft am jeweiligen somatischen Akutspital nachgefragt werden. Im gemeinsamen **Gespräch** mit Patient, Behandlungsteam und den zuständigen Ärzten des Akutspitals wird definiert ab wann und auf welchem Level sie intervenieren, oder wie perfekt eine Wundversorgung sein soll.
- Ist das **suizidale Verhalten** nicht beeinflussbar und das Team stark belastet, muss auch ein Therapeuten-/Bezugspersonen oder ein Stationswechsel, eventuell sogar im Rotationssystem, innerhalb der Klinik ins Auge gefasst werden. Eine adäquate Kommunikation eines solchen Vorgehens gegenüber dem Patienten ist selbstverständlich.

6.5 Chronisch suizidale Patienten an der Schnittstelle Klinik – Praxis/Ambulatorium

- Frühzeitige Organisation der Nachbehandlung nach Austritt
- Einführung «Überbrückungs-Konferenz» mit Patient, Mitarbeitenden Klinik, Nachbehandler, Vertrauensperson / Angehörigen-Kontaktperson zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs in die Nachbehandlung bzw. in den Alltag: Mindestens 1 Woche vor Austritt.
- Information über Notfall-Angebote und -Adressen an Patienten sowie Vertrauensperson/Angehörigen-Kontaktperson
- Wenn möglich keine Austritte am Freitag und vor Feiertagen
- Information über Patienten-Austritt an Nachbehandler mit Telefonat und Kurzaustrittsbericht: Spätestens am Austrittstag
- Falls der Patient nach Austritt die Nachbehandlung nicht aufnimmt: Rückmeldung und Feedback durch Nachbehandler an genannte Bezugsperson aus der Klinik/Station (gemäss Austrittsbericht)

6.6 Chronisch suizidale Patienten in der Psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis

- Behandlungsschwerpunkt auf die therapeutische Beziehung legen
- Beachten der vorgenannten Übertragungs- und Gegenübertragungssphänomene
- Behandlungsvereinbarung erarbeiten, in der festgehalten wird, wie und in welcher Form bei akut auftretender Suizidalität vorgegangen werden soll
- Möglichst mit einer stationären Einrichtung zusammenarbeiten
- Angehörige – sofern vorhanden und es der Patient erlaubt – miteinbeziehen und die Grenzen der Behandlung und auch die Risiken (vollendeter Suizid) besprechen
- Stellvertretungssituationen klar definieren
- Weitere Unterstützungsmöglichkeiten (Dargebotene Hand 143; Notfallärztlicher Dienst; Beratungsstellen; usw) organisieren

6.7 Gefässe für den Austausch bezüglich Behandlung und Betreuung zwischen der psychiatrischen und somatischen Klinik und dem nachbehandelnden Arzt

Für den Austausch bezüglich Behandlung und Betreuung chronisch suizidaler Patienten zwischen der psychiatrischen Klinik, dem Akutspital und dem nachbehandelnden Arzt haben sich folgende fest in der Organisation verankerte Gefässe bewährt:

- **Psychiatrischer Konsiliardienst** für das somatische Akutspital zur konkreten Behandlung gemeinsamer Patienten
- Interprofessionell zusammengesetzte Gruppen (wie etwa die Kinderschutzgruppe)
- Direkte Aussprache zwischen Kaderpersonen, vor Ort im Spital
 - Rundtischgespräche
 - Gemeinsame Fallbesprechungen
 - ethische Fallbesprechungen
- Regelmässiges Ethik-Foren oder Möglichkeit, Ethik-Konsilien einzuberufen
- Plattform/Gefäss für regelmässigen regionalen Wissensaustausch zur Suizidprävention zwischen Klinikärzten/Pflege und niedergelassenen Behandlern sowie Notfallärzten
- Gemischte Qualitätszirkel und Suizidrapporte zur Suizidprävention durch Klinikärzte, Pflege und niedergelassene Behandler
- Bei grossen Hausärzte- und Fachärzte Veranstaltungen / -Kongressen/Fortbildungen: Vorträge zur Suizidprävention anbieten
- Fortbildungen zur Suizidprävention für niedergelassene Behandler (Psychiater, Psychologen, Hausärzte, Spitex) turnusgemäss durch Fachgesellschaften
- Klinikinterne interprofessionelle Weiterbildung und Workshops zu Suizidalitätsthemen

7. Das Wichtigste in Kürze

Grundsätze

Eine chronische Suizidalität liegt dann vor, wenn ein Patient über Jahre immer wieder suizidale Krisen hat mit oder ohne Suizidversuche. Chronische Suizidalität wird als Symptom einer über einen längeren Zeitraum bestehenden psychiatrischen Grunderkrankung gewertet. Das Risiko einer Selbsttötung besteht.

Das ethische Dilemma für das Behandlungsteam besteht in der Verpflichtung zum Lebensschutz einerseits und den Wünschen des chronisch suizidalen Menschen andererseits. Den Betroffenen muss möglichst wertschätzend begegnet werden

Grundsätzlich geht man von Urteilsfähigkeit aus. Diese ist aber hinsichtlich der jeweiligen Fragestellung zu prüfen, insbesondere im Rahmen einer Eskalation zu einer akuten Suizidalität.

Bei chronisch suizidalen Patienten muss demzufolge dem Autonomieanspruch Rechnung getragen werden, auch wenn daraus Konsequenzen mit Selbstverletzungen entstehen können.

Für Behandelnde ist es schwierig, diese Konsequenzen zu akzeptieren und auszuhalten, ohne in einen Behandlungsaktivismus zu geraten und nicht gerechtfertigte bewegungseinschränkende Massnahmen oder gar Zwangsbehandlungen durchzuführen.

Die Realisierung und Betrachtung der individuellen und organisationalen Gegenübertragungsphänomene im Umgang mit chronisch suizidalen Patienten kann helfen, solche Situationen besser zu verstehen und auszuhalten.

In der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Somatik sind vorgängige Absprachen notwendig, um einen Eskalationsprozess mit den Patienten und/oder zwischen den Organisationen zu vermeiden.

Als **Kommunikationsgefässe** bieten sich an:

- direkte Aussprache und Augenschein zwischen Kaderpersonen, vor Ort im Spital
- Psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst für die Somatik, zur Vermittlung bei gemeinsamen Patienten
- Rundtischgespräche, ethische Fallbesprechungen
- Ethik-Forum, allenfalls Ethisches Konsilium

Empfehlungen für den Umgang mit chronisch suizidalen Patienten bei Eintritt ins Akutspital

- Ist der Patient lebensbedrohlich verletzt und eindeutig urteilsfähig, so ist seine Einwilligung für seine Behandlung und Betreuung einzuholen.
- Ist der Patient lebensbedrohlich verletzt und seine Urteilsfähigkeit fraglich, so sind gemäss der Notfallregel «im Zweifel für das Leben» unverzüglich lebenserhaltende Massnahmen einzuleiten.
- Ist der Patient nicht lebensbedrohlich verletzt, sondern lediglich behandlungsbedürftig, jedoch urteilsfähig, so
 - muss zwingend seine Einwilligung für die somatische Behandlung und Betreuung eingeholt werden. Hat er bereits eine Behandlungsvereinbarung, so wird diese mit ihm diskutiert.
 - muss die psychiatrische Klinik für dieses Patientengespräch beigezogen werden.
- Ist der Patient urteilsunfähig, so prüft der behandelnde Arzt, ob eine aktuelle psychiatrische Behandlungsvereinbarung vorliegt (In der elektronischen Krankenakte oder auf IPS/Notfall hinterlegt). Ist eine solche vorhanden, wird dieser gemäss gehandelt.
- In jedem Fall wird im somatischen Akutspital die gesetzliche Stellvertretung gemäss der folgenden Entscheidungskaskade für die Entscheidung hinsichtlich somatischer Behandlung und Betreuung beigezogen, welche der somatischen Behandlung und Betreuung zustimmen muss.

Art. 378 EG-ZGB:

1. Die in einer PV oder einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
 2. Beistand mit Vertretungsrecht in med. Massnahmen
 3. Ehegatte oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner, die einen gemeinsamen Haushalt führt oder ihm regelmässig Beistand leistet
 4. Person, die mit dem urteilsunfähigen Patienten einen gemeinsamen Haushalt führte und ihm regelmässig und persönlich Beistand leistet
 5. Nachkommen
 6. Eltern
 7. Geschwister
- Liegt in Notfällen und anderen medizinisch dringlichen Situationen keine psychiatrische Behandlungsvereinbarung vor und kann die Stellvertretung nicht erreicht werden, so entscheidet der behandelnde Arzt stellvertretend für den Patienten. Im Anschluss daran wird die Stellvertretung informiert.
 - Ist keine Stellvertretung auffindbar, informiert der behandelnde Arzt die für den Patienten zuständige KESB.
 - Das somatische Akutspital zieht die psychiatrische Klinik bei chronisch suizidalen Patienten immer so rasch als möglich bei:
 - Bei Problemen werden die vorhandenen organisationalen Gefässe genutzt.
 - Empfehlungen für den Umgang mit chronisch suizidalen Patienten in der psychiatrischen Klinik

- In der psychiatrischen Klinik wird mit chronisch suizidalen Patienten auf Augenhöhe kommuniziert und wenn immer möglich gemeinsam mit dem Patienten einen Behandlungsplan als Ergebnis eines Shared-Decision-Processes erstellt. Dieser beinhaltet auch das Vorgehen im Notfall.
- Vor der Entlassung eines chronisch suizidalen Patienten aus der Psychiatrie wird eine Behandlungsvereinbarung mit Anweisungen für das Verhalten bei einem zukünftigen Suizidversuch verfasst. Diese wird auf dem Notfall/IPS oder allenfalls in einer bestehenden elektronischen Patientenakte des jeweiligen somatischen Akutspitals hinterlegt.
- Interventionen sollten möglichst ohne operative Hektik, also nicht notfallmässig abgewickelt werden. Die Reduktion der Dringlichkeit der Intervention ermöglicht ruhigeres Reagieren auf chronisch suizidales Verhalten. Eine Intervention ist umso hilfreicher, je weniger nach einer Antwort auf die Frage krank oder böse gesucht wird.
- In der Regel werden bei der Behandlung des chronisch suizidalen Verhaltens mit leichterem Ausmass und bei Kooperation der Patienten verhaltenstherapeutische Techniken wie Skills-Training oder auch affektregulierende Techniken angewandt.
- In Ausnahmesituationen, in denen therapeutische Massnahmen kaum mehr greifen, wird so gehandelt, dass die Behandlungs-teams möglichst nicht mitagieren, um nicht noch zusätzlichen Schaden für den Patienten zu generieren. Es soll so wenig wie möglich und so viel, wie zur Verhinderung längerfristigem Schaden oder Tod notwendig, interveniert werden.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Vertreter der Luzerner Psychiatrie (lups):

Dr. med. Julius Kurmann
Chefarzt Stationäre Dienste,
Mitglied der Geschäftsleitung

Dr. med. Toni Fäh
Leitender Arzt,
Akutpsychiatrie,
Chefarzt Stv, Klinik Luzern

Martin Fluder
Bereichsleiter Pflege
Stationäre Dienste

Bernadette Stöckli
Bereichsleiterin Pflege,
Akutpsychiatrie und Abhängigkeit

Vertreter des Luzerner Kantonsspitals (LUKS):

lic. theol. Nana Amstad
Seelsorge/Careteam

Dr. med. Johanna Bayer
Oberärztin, Notfallzentrum

Annette Reuter
Pflegeentwicklung

Prof. Dr. med. Gregor Schubiger
Leiter Ethik-Forum LUKS

Leitung:

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Institutsleitung Dialog Ethik

- Um das Dilemma bezüglich der Haltung gegenüber chronisch suizidalem Verhalten weiter zu reduzieren, soll die Meinung der Chirurgen nachgefragt werden. Die Chirurgen sollen definieren, welche Interventionsintensität notwendig und welche Versorgung angemessen ist. Beispielsweise müssen sie definieren, ab wann sie wirklich chirurgisch intervenieren oder wie perfekt eine Wundversorgung sein soll etc. Die Chirurgen sollten in einem gemeinsamen Gespräch mit den Behandlungsteams der jeweiligen psychiatrischen Klinik und mit dem Patienten angeben, ab wann er intervenieren, wie hoch der Level der Intervention sein soll und was passiert, wenn der Patient selbstverletzende Handlungen ausführt.
- Das Behandlungsteam der psychiatrischen Klinik definiert gemeinsam mit den Chirurgen des jeweiligen somatischen Akutspitals die Interventionsintensität.

Wenn die vorgenannten Massnahmen beim Patienten das suizidale Verhalten nicht reduziert und das Team deswegen sehr stark belastet ist, sollte die Belastung innerhalb des Teams, z.B. Therapeuten-/Bezugspersonenwechsel, verteilt werden. Wenn auch diese Verteilung innerhalb des Teams nicht mehr möglich ist, kann es zu einer Verteilung der Belastung innerhalb der psychiatrischen Klinik kommen. Dies bedeutet konkret, dass der Patient in einem Rotationssystem von einer Abteilung zur anderen verlegt wird. Diese Verteilung der Belastung muss dem Patienten klar kommuniziert werden, indem ihm signalisiert wird, dass das jeweilige Behandlungsteam mit seinem Verhalten überfordert ist und deshalb die Belastung weiter verteilt werden muss.

Literatur

Baumann-Hölzle, R.: Aktuelle und zukünftige ethische Herausforderungen im Akutspital; *Therapeutische Umschau*; Jahrgang 74/Heft2/2017

Bridler, René (2013): Einen Schritt vor, zwei Schritte zurück. Das neue Erwachsenenschutzrecht und die Psychiatrie. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 94 (12), S. 486–489.

Bridler, René; Ballweg, Tobias (2015): Patientenverfügungen in der Psychiatrie – eine Chance. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 96 (16), S. 576–579.

Hoff, Paul (2012): Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid? In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (23), S. 852 – 853.

Kammer-Spohn, Michael (2015): Patientenverfügung in der Psychiatrie – Ärgernis oder Chance? In: *Schweizerische Ärztezeitung* 96 (6), S. 196–199.

Giernalczyk, Thomas; Petersen, Gesa-Kristina (2008): Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme bei suizidalen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In: *Persönlichkeitsstörungen* 2008; 12: S. 221–230.

Kind, Jürgen; Giernalczyk, Thomas (2000): Chronische Suizidalität als Regulativ pathologischer Objektbeziehungen. In: *Krankenhauspsychiatrie* 2000; Sonderheft 2: S. 102-106.

Giernalczyk, Thomas; Kind Jürgen (1999): Chronische Suizidalität Funktion und Gegenübertragung. In: *Psychotherapie* 4. Jahrg. 1999 Bd 4 Heft 2: S. 173-178

Dr.J.Kurmann / Dr.T.Fäh / Dr.R.Matile /lic.phil.S.Schwerzmann / lic.theol. B.Amrein Externer Experte: Dr. Dr. Christof Arn, Dialog Ethik (internes Dokument *lups*)

Meier-Allmendinger, Diana; Baumann-Hölzle, Ruth (Hg.) (2009): *Der selbstbestimmte Patient*. Basel: Schwabe; EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, 1).

Rössler, Wulf; Hoff, Paul (2005): Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Eine Einführung. In: Wulf Rössler und Paul Hoff (Hg.): *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*. Heidelberg: Springer, S. 1–6.

Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, vom 10. Dezember 1907 (Stand am 1. Juli 2014), Art. 16.

Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), Änderungen vom Dezember 2008, Art. 434.

Vogd, Werner (2010): Anthropologie des Vertrauens – Psychotherapeutische Beziehungen im Spannungsfeld von Zwang und Freiheit. In: Jutta Begenau, Ilius Schubert und Werner Vogd (Hg.): *Die Arzt-Patienten-Beziehung*. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kolhammer, S. 61–75.

White, Maysel Kemp; Keller, Vaughn; Horrigan, Lori Ann (2003): Beyond Informed Consent: The Shared Decision Making Process. In: *JCOM* 10 (6), S. 323–328.

29 Whitney, Simon N.; McGuire, Amy L.; McCullough, Laurence B. (2004): A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent. In: *Annals of Internal Medicine* 140 (1), S. 54–59.

<https://www.lups.ch/patienten-angehoerige/stationaerer-aufenthalt-erwachsene/behandlungsvereinbarung/>
zuletzt geprüft 11.05.2017.

https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Angebote/Patientenverfuegung/Psychiatrische_Patientenverfuegung_29082014_Version_2.pdf
zuletzt geprüft 11.05.2017.

<http://www.sanatorium-kilchberg.ch/print.php?navid=102&itemid=1&lang=de&url=%2Fpatientenverfuegung.html%3Fflang%3Dde>
zuletzt geprüft 29.05.2017.