

Analyse zur baulichen Suizidprävention

Auditmappe

141178-01

UKD, ZSG

November 2022



**WERNER FELBER
INSTITUT**

für Suizidprävention und
interdisziplinäre Forschung im
Gesundheitswesen

universal**RAUM** [®]
Institut für evidenzbasierte
Architektur im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis	
05	Informationen zur Auditmappe
	Übersicht Auditmappen und Zertifizierungsstatus
	Hinweise zur Anwendung der Auditmappe
	Grundlagen der baulichen Suizidprävention
13	Gebäudeinformationen
	Außenansicht und Lageplan
	Grundrisse
23	Sturzprävention
	Treppen
	Terrassen, Balkone, Loggien
	Fenster
49	Stationen
	Atmosphärische Aspekte
	Restriktive Aspekte
77	Außerstationäre Bereiche
83	Atmosphäre

Analyse zur baulichen
Suizidprävention

Auditmappe

141178-01

UKD, Zentrum Seelische Gesundheit
September 2022

Kapitel

**Informationen
zur Auditmappe**

Informationen zur Auditmappe

Gebäudeinformationen

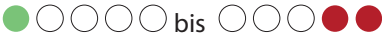

Sturzprävention

Stationen

Außerstationäre Bereiche

Atmosphäre

Übersicht Auditmappen und Zertifizierungsstatus

Nr.	Datum	Bereiche	Ergebnis
141178-01	Septmeber 2022	UKD, Zentrum Seelische Gesundheit - Analyse Planungsstand	Methodenrestriktion:  Atmosphäre: 

Hinweise zur Anwendung der Auditmappe

Grundsatz

1. Kliniksuizide werden niemals ganz ausgeschlossen werden können. Die vorgeschlagenen baulichen Maßnahmen können zu einer Reduktion der Suizidraten beitragen.
2. Die Vorschläge zur baulichen Suizidprävention beziehen sich immer auf die maximal Sicherung - also Empfehlungen für Stationen mit suizidgefährdeten Patienten. Es obliegt der persönlichen Einschätzung der Klinik bzw. der Therapeuten und Ärzte wie hoch das Sicherungsniveau gesetzt werden soll.
3. Die Einstufung der Bauelemente in das Ampelsystem beruht auf den derzeitig zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und geben deren statistische Wahrscheinlichkeit wieder, mit welcher die Elemente für suizidale Zwecke verwendet zu werden. Suizide an statisch unwahrscheinlicheren Bauteilen (mit grüner oder gelber Bewertung) lassen sich nicht gänzlich ausschließen.
4. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit der Analyse und Dokumentation. Die Tests an den Bauelementen erfolgen stichprobenartig. Durch unterschiedliche Montagearten können beispielsweise die bestehenden Belastungsgrenzen variieren.

Gliederung des Auditberichtes

Sturzprävention
Die Sturzprävention wird übergeordnet, also unabhängig von Stationen oder anderen Nutzungseinheiten, betrachtet. Einzelne Sprungorte (z. B. Balkone) treten in unterschiedlichen Geschossen auf. Durch die potenzielle Fallhöhe wird die Bedeutung für die Suizidprävention beeinflusst. Betrachtet werden Treppen, alle patientenzugänglichen Terrassen, Balkone und Loggien sowie die Fensterlösungen.







Stationen
Restriktive Aspekte werden geordnet nach Bauelementen erläutert. Für ein Beispielelement werden jeweils die Kriterien als zutreffend bzw. nicht zutreffend markiert. Tritt ein Element innerhalb der Stationen in unterschiedlichen Ausführungen auf, so wird eine zusätzliche Bewertung angegeben. Bitte beachten Sie, dass die Liste nicht abschließend ist.

Außerstationäre Bereiche
Kliniksuizide innerhalb von Klinikgebäuden werden überwiegend auf der behandelnden Station verübt. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass suizidale Patienten auch die außerstationären Räumlichkeiten nutzen. Es sind deshalb gezielte punktuelle Suizidpräventionsmaßnahmen erforderlich. Diese werden hier beispielhaft erläutert.

Atmosphärische
Bauliche Suizidprävention ist ein komplexes System, welches keinesfalls allein auf Restriktion reduziert werden darf. Sicherheitsanforderungen und atmosphärisch-therapeutische Belange sind gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Ansätze des atmosphärischen Arbeitens sind sehr umfassend und müssen individuell auf die Einrichtung abgestimmt werden.
Für den Eingangsbereich, die Stationen und Patientenzimmer werden Hinweise zur Verbesserung des antisuizidalen Milieus gegeben.
Im atmosphärischen Entwurf werden Verbesserungsvorschläge für einen ausgewählten Bereich in der Klinik aufgezeigt und beschrieben.

Bewertung restriktiver Aspekte





Die Methodenrestriktion ist eines der am besten belegten Phänomene der baulichen Suizidprävention. Die Bewertung der Bauelemente auf ihr Risiko, für suizidale Handlungen benutzt zu werden, erfolgt mittels des unten dargestellten Ampelsystems. Dieses basiert auf einer fortlaufend aktualisierten Suizidstatistik des Felberinstitutes.

	Suizide nicht möglich
	Suizide nicht möglich, Zusatzinformationen beachten!
	Suizide sind möglich, jedoch wenig wahrscheinlich
	Suizide sind möglich
	Suizide sind möglich, hohes Risiko
	Suizide sind möglich, höchstes Risiko

Es wird empfohlen, die Maßnahmen in Reihenfolge ihrer Einstufung in das Ampelsystem umzusetzen.

Bewertung atmosphärischer Aspekte

Zusätzlich zur Einschätzung der Umsetzung der Methodenrestriktion erhalten Sie ein Feedback zur Atmosphäre der Einrichtung. Auch dieses wird im Ampelsystem dargestellt.

	Atmosphärische Aspekte sehr gut umgesetzt
	Atmosphärische Aspekte überwiegend umgesetzt
	Atmosphärische Aspekte mangelhaft umgesetzt
	Atmosphärische Aspekte sehr schlecht umgesetzt

Es wird empfohlen, die Maßnahmen in Reihenfolge ihrer Einstufung in das Ampelsystem umzusetzen.

Einfluss des Rückzugscharakters von Räumen

Der Rückzugscharakter von Räumen hat Einfluss auf die erforderlichen Maßnahmen zur baulichen Suizidprävention. Vor dem Hintergrund, dass für langsame Methoden wie die Strangulation ein gewisses Zeitfenster benötigt wird, sind Orte mit hohem Rückzugscharakter erforderlich. In sozial kontrollierten Räumen, z. B. das Dienstzimmer, sind Maßnahmen zur Prävention langsamer Methoden nicht erforderlich. Räumlichkeiten und die daraus abgeleiteten erforderlichen Maßnahmen können wie folgt differenziert werden.

Kategorie	Beschreibung	Beispielräume	Erforderliche Präventionsmaßnahmen
A	Patienten haben grundsätzlich keinen Zugang zum Raum	Arbeitsraum unrein Putzmittelraum, Personalaufenthalt, verschlossene Lager- räume	Es sind keine Maßnahmen erforderlich.
B	Patienten haben nur in der Gruppe (gemeinsam mit Mitpatienten) oder in Begleitung von Personal Zutritt zum Raum. Sie sind nie allein im Raum.	Dienstzimmer Therapieraum Flure (ohne Nischen)	Sicherung gegen schnelle Methoden wie Sturz in die Tiefe, Vermeidung mobiler Gurte, Vermeidung von räumlichen Situationen, die auf eine Suizidmethode besonders hinweisen, z. B. galgenartige Dachbalken
C	Patienten können im Raum zeitweise allein sein, ohne dass unmittelbar mit anderen Personen zu rechnen ist.	Aufenthalt, Raucherraum, offener Sportraum, versteckte Flurnischen, Dachboden, Keller(flure)	Umfassende Präventionsmaßnahmen erforderlich
D	Patienten sind im Raum regelmäßig allein und müssen nicht zwangsläufig mit Störungen rechnen.	Patientenzimmer, Nasszelle am Patientenzimmer, Zentrale Nassräume	Umfassende Präventionsmaßnahmen erforderlich, Hochrisikobereich
E	Akuträume		Umfassende Präventionsmaßnahmen erforderlich, höchstes Risiko

Die Bewertung der vorgefundenen Bauelemente erfolgt entsprechend des Rückzugscharakters des jeweiligen Raumes. Eine Übertragung der Bewertung in Räume mit anderem Rückzugscharakter ist nicht möglich. Es gilt: Für Elemente, die für langsame Suizidmethoden genutzt werden können, steigt das Risiko mit dem Rückzugscharakter.

Einfluss des Montageortes

Die Zugänglichkeit eines Elementes (Wie gut kann das Bauteil erreicht werden? Wie einfach sind Gurte zu befestigen?) beeinflusst dessen Relevanz für die Suizidprävention. Ist also ein kritisches Bauteil im Musterzimmer schwer zugänglich, kann dieses in anderen Räumen ein höheres Risiko beinhalten. Bewertungen von baugleichen Bauteilen lassen sich nur unter Berücksichtigung dieses Aspektes übertragen.

Vergabe des Zertifikates

Die Zertifikate werden in drei Qualitäten vergeben und haben eine Laufzeit von 4 Jahren. Nach 2 Jahren ist ein Überwachungsaudit erforderlich.



Voraussetzungen zum Erreichen eines Zertifikates

Zertifikat	Anforderungen Methodenrestriktion	Anforderung Atmosphäre
Basic	Kein Element schlechter als: ○○○●○	Kein Bereich schlechter als: ❁❁❁❁
Sehr Gut	Kein Element schlechter als: ○○●○○	Kein Bereich schlechter als: ❁❁❁❁
Exzellent	Kein Element schlechter als: ○●○○○	Kein Bereich schlechter als: ❁❁❁❁

In die Bewertung nicht einbezogen werden nicht vermeidbare bauliche Risiken, beispielsweise kippbare Fenster, in die ein Gurt eingeklemmt werden könnte.

Grundlagen der baulichen Suizidprävention

Suizidalität

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und auch zur Gruppe der somatischen Patienten haben psychisch Kranke eine wesentlich stärkere Präferenz zur Selbstverletzung und Suizidalität. Psychische Störungen zählen zu den Hauptursachen für Suizidalität. Die Suizidprävention stellt daher einen wichtigen Teil der klinischen Arbeit dar. Bereits der französische Reformpsychiater Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) forderte eine Unterbringung suizidaler Patienten in offener Landschaft in familiären Häuschen und legte damit den Grundstein der therapeutischen Umwelt. Heute gilt der Zusammenhang zwischen Architektur und Suizidverhalten in Fachkreisen als unbestritten. Der baulichen Suizidprävention kommt daher eine große Bedeutung zu und sie muss zwingend in der Planung bedacht werden.

Allgemeine Charakteristik des Kliniksuzides

Daten zu Kliniksuziden unterscheiden sich je nach Datenerhebungsmethode und Operationalisierung der Begriffe zum Teil erheblich. Im Folgenden sollen jedoch einige Grundaussagen dargestellt werden, die übereinstimmend von mehreren Quellen berichtet wurden (s. u. Literatur).

Die Suizidenten sind etwa zu gleichen Teilen männlich und weiblich. Das Durchschnittsalter liegt bei etwa 50 Jahren und damit niedriger als bei den Suizidenten der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt sind jedoch alle Altersgruppen unter den Suizidenten vertreten.

Studien berichten einheitlich, dass die Suizidrate unter Psychiatriepatienten deutlich über der der Allgemeinbevölkerung liegt. Die genauen Zahlen variieren für Erhebungen in Deutschland zwischen 62 Suiziden/100.000 Patienten und 148 Suiziden/100.000 Patienten. Im Vergleich dazu liegt die Rate in der Allgemeinbevölkerung bei 11,5 Suiziden/100.000 Einwohner. Für geschlossen untergebrachte Patienten liegt die Suizidrate etwa 10% über der Rate der im offenen Setting behandelten Patienten. Der größte Anteil der suizidalen Handlungen wird jedoch auf den offenen Stationen vollzogen.

Ort: Etwas mehr als die Hälfte der Kliniksuzide werden außerhalb des Geländes der Einrichtung verübt. So sollten in fußläufiger Entfernung der Klinik Sicherungsmaßnahmen an Hotspots vorgesehen werden.

Nur ein geringer Teil der Suizidenten nutzt den Freibereich der Einrichtung. Etwa ein Drittel der Suizide finden im Gebäude statt.

Der Kliniksuzid auf dem Gelände der Einrichtung

Auf dem Gelände der psychiatrischen Einrichtungen sind an erster Stelle Sprungsuizide und nachfolgend Strangulationen am häufigsten. Im Zusammenhang mit einer antisuizidalen Gestaltung sind neben dem eigentlichen Freiraum auch Nachbargebäude zu betrachten. Im Außenbereich selbst sind Strangulationsmöglichkeiten kaum

auszuschließen. Innerhalb von Gebäuden stellen jedoch blickgeschützte Rückzugsorte, beispielsweise zugängliche Kellerräume von Nachbargebäuden oder auch leer stehende Häuser, oft vermeidbare Risikofaktoren dar. Ebenso werden in Nachbargebäuden Suizide durch Sturz in die Tiefe verübt. Obwohl eine flächendeckende Sprungsicherung sicherlich unrealistisch ist, kann in Einzelfällen eine suizidhemmende Gestaltung von Fenstern oder Balkonen an exponierten Orten, z. B. öffentlichen Wartebereichen in den oberen Geschossen, durchaus sinnvoll sein.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Baustellenbereiche, z. B. durch ungesicherte Gerüste oder Kräne sowie die Rückzugsmöglichkeiten im ungenutzten Gebäude, mit einem erheblichen Risiko verbunden sind. Entsprechende Sicherheitsvorkehrungen sind obligatorisch.

Der Kliniksuizid außerhalb der Einrichtung

In fußläufiger Entfernung zur Einrichtung gewinnen die Suizide durch Sichlegen oder Sichwerfen vor ein sich bewegendes Objekt an Bedeutung, sodass sich nahe gelegene Bahnstrecken oder viel befahrene Straßen zu Suizidhotspots entwickeln können. Auch Strangulationen treten häufig auf, können jedoch durch präventive Maßnahmen kaum verhindert werden. Darüber hinaus können auch nahe gelegene Hochhäuser oder Gewässer einen Hotspotcharakter entwickeln.

Der Kliniksuizid innerhalb der Gebäude der Psychiatrie

Die Suizide innerhalb der Gebäude der Psychiatrie werden fast ausschließlich auf den Stationen, vorwiegend den eigenen Behandlungsstationen der Patienten verübt. Ausnahmen stellen Treppenhäuser, auch außen liegende Fluchttreppen, Dachböden und außerstationäre WC-Anlagen dar. Innerhalb der Stationen wurden zu 47 % die Patientenzimmer inklusive der Überwachungsräume und zu 42 % in zentralen oder dezentralen Nassräumen genutzt. Suizide im Schwesternstützpunkt, dem Stationsflur, dem Aufenthaltsbereich oder dem Stationsbalkon stellen eher die Ausnahme dar.

Die Verfügbarkeit von Suizidmethoden innerhalb der Gebäude der Psychiatrie ist beschränkt. In allen vorliegenden Erhebungen wurden nur sieben verschiedene Methoden benutzt. Die häufigste Suizidmethode innerhalb der Gebäude der Psychiatrie ist mit rund 60 % die Strangulation. Ihr Anteil liegt damit noch höher als unter den Kliniksuiziden im Allgemeinen. Am zweithäufigsten tritt der Suizid durch Sturz in die Tiefe auf. Auf dem dritten und vierten Platz liegen die Selbstvergiftung und der Suizid durch einen scharfen Gegenstand.

Es lassen sich Unterschiede in der Wahl der Suizidmethode zwischen Räumen mit eher privatem bzw. halböffentlichem Charakter feststellen.

Für den Großteil der Suizide werden Örtlichkeiten mit einem hohen Rückzugscharakter aufgesucht, um Störungen während des Suizides möglichst auszuschließen. Dies erklärt den hohen Anteil an genutzten Patientenzimmern und Nassräumen. Hier ist die Varianz der gewählten Suizidmethoden am größten.

Seltener treten Suizide in eher öffentlichen bzw. halböffentlichen Bereichen der Klinik auf. Da zur Ausführung dieser Suizide nur ein kleines Zeitfenster zur Verfügung steht, beschränkt sich die Auswahl der Suizidmethode sehr stark.

Strangulationen

Bei Strangulationen besteht ein Zusammenhang zwischen dem Suizid und den vorhanden baulichen Gegebenheiten. Einerseits wird eine Befestigungsmöglichkeit für den Strangulationsgurt und andererseits der Strangulationsgurt selbst benötigt. Als solche werden zum Großteil Kleidungsstücke aus dem persönlichen Besitz der Patienten verwendet, sodass man davon ausgehen muss, dass Strangulationsgurte stets zur Verfügung stehen. Nichtsdestotrotz können Raumelemente wie Seile am Schwesternruf, Kordeln an Gardinen oder Jalousien bzw. Elektrokabel, die einen möglichen Strangulationsgurt darstellen, durch ihren Aufforderungscharakter Suizide möglicherweise provozieren und sind daher zu vermeiden.

Den wichtigsten Ansatzpunkt stellt jedoch die Vermeidung von Befestigungsmöglichkeiten für Strangulationsgurte dar. Genutzt werden z. B. Duschtrennungen, Kleiderschränke, Tür- und Fenstergriffe, Heizkörper und Armaturen, Wandhaken, Vorhangstangen, Rohrleitungen, Angeln von Fenstern oder Bettgestelle.

Häufig werden Strangulationen auch im Sitzen oder Knien durchgeführt. Das führt dazu, dass sich auch sehr geringe Höhen zur Befestigung eignen. Empfohlen wird, Befestigungspunkte ab einer Höhe von 50 cm über dem Boden zu vermeiden. Die Nutzung tiefer liegender Elemente kann jedoch nicht ganz ausgeschlossen werden.

Bei der suizidpräventiven Gestaltung der Raumelemente ist zu bedenken, dass etwa 75% der Strangulationen im Sitzen, Knien oder Hocken durchgeführt werden. Dadurch wird nur ein geringer Teil des Körpergewichtes eingebracht. Somit wird hier bewusst auf die Angabe einer bestimmten Belastungsgrenze verzichtet. Wesentlich für die Wahl eines geeigneten Befestigungspunktes scheint die stabile Wirkung des Bauelementes zu sein.

Suizide anderer Methoden

Sprungsuizide vom Gebäude aus werden vor allem an Fenstern, in Treppenhäusern, ebenso an außen liegenden Fluchttreppen sowie Balkonen und Terrassen verübt. Darüber hinaus können auch temporäre Bauten wie vom Gebäude aus zugängliche Baugerüste eine potenzielle Gefahr darstellen.

Die Suizide durch Vergiftung werden zum Großteil durch Medikamente, aber auch durch gewöhnliche Drogerieartikel wie Gebissreiniger und Seife herbeigeführt, so dass sich die Möglichkeiten der baulichen Suizidprävention auf eine patientenunzugängliche Lagerung von Medikamenten und toxischen Substanzen wie Reinigungsmittel sowie die Vermeidung von giftigen Materialien oder Pflanzen beschränkt.

Die benutzten Objekte für den Suizid durch scharfen Gegenstand stammen überwiegend aus dem persönlichen Besitz der Patienten. Dazu zählen Nagelscheren und -feilen, Rasierklingen oder Messer. Es könnte zunächst vermutet werden, dass die bauliche Suizidprävention im restriktiven Sinne keinen Einfluss auf diese Fälle hat. In vielen Einrichtungen wurde jedoch bereits der Zugang zu scharfen Einrichtungsgegenständen, beispielsweise durch die Verwendung von bruchsicherem Glas für Spiegel oder Bilderrahmen beschränkt. Es kann daher grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass Raumelemente oder Einrichtungsgegenstände für den Suizid durch scharfen Gegenstand verwendet werden.

Die Suizide durch Ersticken wurden ausnahmslos unter Zuhilfenahme von Folientüten verübt. Diese stammen zumeist aus privatem Besitz. Es ist dennoch darauf zu achten, dass die Mülleimer in den patientenzugänglichen Bereichen nicht mit Mülltüten ausgestattet werden.

Obwohl der Zugang zu Feuer durch die hohe Anzahl an Rauchern in den Kliniken stets möglich ist, treten die Suizide durch Selbstverbrennung selten auf. Präventiv sind schwer entflammbare bzw. nicht brennbare Materialien einzusetzen und Brandmeldeanlagen zu installieren. In Raucherbereichen können alternativ zu Feuerzeugen elektrische Anzünder eingesetzt werden.

Ansätze der baulichen Suizidprävention

Es hat sich gezeigt, dass die bauliche Suizidprävention unterschiedliche Wege gehen kann. Diese lassen sich jedoch auf drei grundsätzliche Ansätze zurückführen:

1. Einschränkung der verfügbaren Suizidmethoden (Suizidwerkzeug nehmen)
2. Vorhaltung von Möglichkeiten zur Überwachung und Kontrolle der Patienten (Zeitfenster minimieren)
3. Schaffung eines antisuizidalen Milieus mit atmosphärischen Mitteln (Suizidwunsch beeinflussen)

Die beschriebenen Ebenen sind dabei gleichberechtigt und müssen sich gegenseitig ergänzen. Nur auf diese Weise kann eine umfassende bauliche Suizidprävention gewährleistet werden.

Einzelne bauliche Maßnahmen lassen sich aufgrund zahlreicher Schnittmengen zwischen den Ansätzen nicht immer eindeutig zuordnen. So wird beispielsweise durch eine ebenerdige Lage der psychiatrischen Stationen zum einen die Möglichkeit zum Sturz in die Tiefe beschränkt und gleichzeitig das Milieu durch den direkten Kontakt zum Außenraum positiv beeinflusst.

Literaturquellen

Israel, M., Fülle, M., Beese, L., Dreyer, J., Hille, K., Schmäuser, A., Luderer, S., Felber, W. (2001). Der Suizid in den psychiatrischen Krankenhäusern Sachsens unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs und des Strukturwandels nach 1990. *Suizidprophylaxe*, 28(2), 55-61.

Glasow, N. (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*, Logos Verlag Berlin.

Madsen, T., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2017, March 1). Risk estimates and risk factors related to psychiatric inpatient suicide— An overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030253>.

Ruff, F., Hemmer, A., Bartsch, C., Glasow, N., & Reisch, T. (2018). Suicides of Psychiatric Inpatients: A Systematic Recording in Switzerland of the Years 2000 to 2010. *Psychiatrische Praxis*, 45(6), 307–313. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120888>

Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Neuner, T., Keller, F., Spieß, H., & Franke, C. (2010). Patient suicide in psychiatric hospitals. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4(3), 193–201. <https://doi.org/10.1007/s11757-010-0063-6>.

Sonstige Hinweise

Die in diesem Dokument gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Mehrfachbezeichnung wird in der Regel zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.