

Architektur und Suizidprävention im psychiatrischen Kontext

Nadine Glasow, Thomas Reisch

Zusammenfassung

Einleitung und Methode: Allein in Deutschland suizidieren sich jährlich rund 700 Menschen während stationärer psychiatrischer Behandlung. Neben einer adäquaten Therapie und Betreuung ist es sinnvoll eine räumliche Umgebung vorzuhalten, die zur Reduktion suizidaler Tendenzen beitragen kann. Um Kriterien für eine räumliche Gestaltung von psychiatrischen Kliniken abzuleiten, wurden zwei Studien durchgeführt. Insgesamt wurden 225 Kliniksuizide in Deutschland unter architektonischen Gesichtspunkten empirisch untersucht. Ferner wurden 104 Experten (zumeist Ärzte in leitender Position in einer psychiatrischen Klinik) befragt.

Ergebnisse: Suizide von psychiatrisch hospitalisierten Patienten finden größtenteils außerhalb des Klinikareals statt. Innerhalb der Klinik wurden besonders häufig die Methoden Sprung und Erhängen verwendet. Erhängen fand sich hauptsächlich in Rückzugsbereichen statt, Sprünge in allen zugänglichen Bereichen. Die befragten Experten bestätigten den Einfluss der Architektur auf die Suizidrate und nannten restriktive Maßnahmen zur Reduktion der Suizide, betonten aber auch die Wichtigkeit atmosphärischen Gestaltung im Sinne eines antisuizidalen Milieus. Aus den Ergebnissen wurden drei grundsätzliche Handlungsebenen der baulichen Suizidprävention abgeleitet: Restriktion des Zuganges zu Suizidmethoden, die architektonische Unterstützung der engen Begleitung der Patienten durch Mitarbeiter sowie die Schaffung eines antisuizidalen Milieus.

Schlussfolgerung: Die räumliche Gestaltung hat ein hohes Potential zur Suizidprävention signifikant beizutragen. Zur praktischen Umsetzung der Forschungsergebnisse in den Einrichtungen erscheinen Zertifizierungsangebote zur baulichen Suizidprävention sinnvoll. Dieser ist komplex und sollte daher in Zusammenarbeit zwischen Klinikmitarbeitern und externen Experten durchgeführt werden.

Schlüsselwörter: Architektur, Gestaltung, Suizidprävention, psychiatrisches Krankenhaus, Zertifizierung

Environmental Aspects of Preventing Suicidal Tendencies in Patients of Mental Health Hospitals

Summary

Introduction and methods: In Germany, about 700 people commit suicide during treatment in psychiatric inpatient units each year. Adequate psychiatric care of the patient is crucial to reduce the number of suicides. However, the architectural environment of psychiatric hospitals plays an important role in reducing the number of suicides. Two studies were conducted in order to investigate the influence of architecture in psychiatric hospitals on suicide methods and suicide numbers. Medical heads of psychiatric hospitals in Germany were contacted concerning suicide of psychiatric inpatients. 225 suicides were collected. 104 experts (heads of psychiatric hospitals and other senior medical officers) were asked to fill in standardized questionnaires focusing suicide prevention aspects in inpatient units.

Results: Suicide of psychiatric inpatients was carried out both in and outside the buildings of psychiatric hospitals. Jumping from heights and hanging were the suicide methods most often carried out within the hospital. While hanging was found most often in private rooms (such as bathrooms) jumping was also carried out in public areas. Expert noted the need of architectural measures to restrict specific suicide means but also noted the need to improve the positive atmosphere of inpatient units.

Conclusions: Patient's suicidal behavior can be influenced through environmental design. Three major dimensions were identified in the studies: first restrictions of means, second allowing visual access for nurses and other staff to most of the ward in order to minimize the number of places patients can retreat to commit suicide and third creating an anti-suicidal atmosphere. Certification processes that focus on architectural suicide prevention in psychiatric hospitals can help to improve suicide prevention. Such procedures are an important tool to improve transfer of research findings and should be carried out in collaboration by inpatient staff and external experts. A certification process has been recently worked out.

Keywords: architecture, design, suicide prevention, mental health hospital, certification

1. Einleitung

Die Wechselwirkungen zwischen der Architektur im Gesundheitswesen und dem Verhalten, dem Befinden und dem Genesungsprozess von Patienten ebenso wie der Arbeitseffizienz von Mitarbeitern wurden in zahlreichen Studien der ökologischen Psychologie aufgezeigt (1, 7, 8, 10, 11, 12). Das Potential evidenzbasierter Architektur kann insbesondere im psychiatrischen Bereich von großem Nutzen sein, zumal sich die Patienten oft in sensiblen psychischen Ausnahmesituationen befinden und gleichzeitig der Architektur, beispielsweise auf geschlossenen Stationen, in besonderem Maße ausgeliefert sind.

Die Suizidalität psychiatrischer Patienten stellt seit jeher eine besondere Herausforderung für die Versorgung dar. Allein in Deutschland suizidieren sich jährlich rund 700 Menschen während stationärer psychiatrischer Behandlung. Bislang standen jedoch keine wissenschaftlich fundierten Gestaltungsempfehlungen für psychiatrische Einrichtungen zur Verfügung.

In der Suizidforschung gilt der Effekt der Methodenrestriktion, welcher in zahlreichen Studien bestätigt wurde, als eindeutig gesichert. Dieser beschreibt den Rückgang von Suizidraten nachdem einzelne Methoden, beispielsweise durch der Entgiftung des Stadtgases oder

Verschärfung von Waffengesetzen, nicht mehr zur Verfügung stehen (3, 6).

Ein Ausweichen auf andere Methoden findet bei allen Suizidmethoden nicht oder nur in geringem Maße statt. Auf dieser Grundlage sollten für den psychiatrischen Bereich die Möglichkeiten zur baulichen Suizidprävention untersucht werden. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf der Dissertation der Erstautorin an der Technischen Universität Dresden, Fakultät Architektur, Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitsbauten. Die aus der Arbeit hervorgegangenen Statistiken und Erkenntnisse werden durch die Arbeitsgruppe Bauwerke und Umwelt des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes NaSPro fortlaufend ergänzt.

2. Methode

Basierend auf der Grundlage, dass die Methodenrestriktion auch im psychiatrischen Kontext zur Reduktion von Suizidraten führen kann, sollte das Phänomen Kliniksuizid mit architektonischen Variablen untersucht und Strategien zur baulichen Suizidprävention dokumentiert bzw. abgeleitet werden. Als Untersuchungsgegenstand wurde die Erwachsenenpsychiatrie gewählt. Kinder- und jugendpsychiatrische sowie forensische Kliniken wurden von der Erhebung ausgeschlossen, da für diese spezifischen Bereiche abweichende Ergebnisse erwartet wurden. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Stufen. (Tab. 1)

	Untersuchung Sachsen	Untersuchung Deutschland
Anzahl angefragter Einrichtungen	24 (Alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie an allgemeinen Krankenhäusern in Sachsen; Forensik ausgeschlossen)	490 (260 Adressen psychiatrischer Versorgungskliniken, darunter auch teilstationäre und forensische Kliniken; 230 Adressen des Verbandes der Abteilungspsychiater)
Art der Kontaktaufnahme	Anschreiben an den Chefarzt	Einladung zur Befragung per E-Mail, versandt durch die Bundesdirektorenkonferenz
Methode	Leitfadengestütztes Interview mit dem Chefarzt, Erhebung der Kliniksuizide mit standardisiertem Fragebogen, Begehung der Klinik (Zeitraum: 03.2006 - 06.2006)	Onlinebefragung im Zeitraum von 08.2009 - 10.2009
Anzahl beteiligter Einrichtungen	21	83
Probanden	Chefärzte	Chefärzte (41,3%), Oberärzte (26,9%), Ärztliche Direktoren (15,9%), Sonstige (Ärzte, Abteilungsleiter, Pflegedienstleitung, Leiter Technik, Geschäftsführung, Assistenz Chefarzt insg. 15,9%)
Erhebung Kliniksuizide	Alle Kliniksuizide aus dem Zeitraum 1998 bis 2007	Letzte 2 Kliniksuizide innerhalb der Gebäude bzw. auf dem Gelände der Einrichtung
Anzahl Einrichtungen, die Suiziddaten beigetragen haben	20	49
Anzahl erhobener Kliniksuizide	144	81

Tab.1: Übersicht Eckdaten der zwei Untersuchungsphasen

2.1 Untersuchungsphase 1 (Sachsen)

Zunächst wurden die 24 bestehenden Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie in Sachsen durch ein Anschreiben an die Chefarzte kontaktiert. Sachsen ist traditionell das Bundesland mit den höchsten Suizidraten in Deutschland (2). 21 Einrichtungen erklärten ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung. In einem etwa einstündigen leitfadengestützten Interview mit dem Chefarzt wurden grundsätzliche Erfahrungen mit Kliniksuiden (z. B. Bedeutung für das Haus, Auswirkungen auf den Klinikbetrieb, Einfluss weicher Kriterien wie Atmosphäre), die bereits erfolgten baulichen Maßnahmen zur Prävention von Suiziden (z. B. Sicherung von Treppenhäusern und Fenstern) sowie bestehenden Problematiken im Haus (z. B. räumliche Nähe zu Bahnlinien, häufig zum Suizid aufgesuchte Orte im Gebäude) erhoben. Ziel der anschließenden systematischen Begehung der Einrichtung war die Dokumentation relevanter baulicher Elemente sowie deren Ausführungsvarianten.

Die Kliniksuiden wurden mittels eines standardisierten Fragebogens mit baulichen Variablen (z. B. Raumbeschreibung, benutzte Bauelemente) erhoben. Diese Daten wurden individuell durch den Chefarzt oder beteiligte Mitarbeiter, teilweise unter Einsicht der Krankenakten, zusammen getragen. Eine systematische Dokumentation dieser besonderen Vorkommnisse in den Kliniken, speziell mit architektonischen Variablen (z.B. benutztem Raumelement, Sprunghöhe), war heterogen und in den meisten Kliniken nicht vorhanden. Eine Vollständigkeit der Suiziddaten für den Erfassungszeitraum 1998 bis 2007 ist daher nicht gegeben.

Die Stichprobe der Kliniksuiden enthielt Daten aus 20 Einrichtungen. Insgesamt wurden 144 Suizidfälle erhoben, pro Klinik zwischen 2 und 20 Fällen. Der Anteil der Kliniksuiden, welche außerhalb der Einrichtungen stattfanden, lag zwischen 0 und 100%. Die Geschlechterverteilung unter den Suizidenten war nahezu ausgeglichen (53,0% männlich; 47,0% weiblich). Die weiblichen Patienten waren zum Zeitpunkt des Suizides zwischen 23 und 81 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 55,4 Jahren, die Standardabweichung bei 17,5 Jahren. Die männlichen Suizidenten waren im Durchschnitt etwa 10 Jahre jünger (45,9 Jahre) bei einer Spanne von 20 bis 83 und einer Standardabweichung von 14,9 Jahren.

2.2 Untersuchungsphase 2 (Deutschland)

Auf Grundlage der Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase wurde ein umfassender Fragebogen (76 Einzelfragen) entwickelt, der sich wiederum an stationäre Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland richtete und sowohl in einer Online- als auch PDF-Version verfügbar war. Für die relevanten Bauelemente und Räume wurden sowohl Entwurfskriterien (Beispiele: Wie wichtig ist die Frischluftzufuhr bei der Fenstergestaltung? Welche weiteren Kriterien sind bei der Entwicklung der Fensterlösung zu beachten?) als auch weitere Ausführungsvarianten (Beispiel: Wie sind die Fenster in Ihrem Haus gesichert?) erfragt. Im besonderen Fokus standen die Möglichkeiten zur Schaffung eines antisuizidalen Milieus mit atmosphärischen Mitteln (Beispiele: Welche Relevanz hat die räumliche Atmosphäre für die Suizidprävention? Mit welchen Mitteln haben Sie in Ihrem Haus versucht, eine antisuizidale Atmosphäre zu generieren?). Darüber hinaus wurden Daten zu den letzten beiden Kliniksuiden innerhalb der Gebäude oder des Freigeländes der Psychiatrie erhoben. Durch die Unterstützung der Bundesdirektorenkonferenz BDK (Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.) wurden 490 Einrichtungen per E-Mail zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Im Verteiler befanden sich auch forensische oder kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, die nicht berücksichtigt werden konnten.

Ausgewertet werden konnten Datensätze aus 83 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie. Die Angaben wurden hauptsächlich von leitenden medizinischen Mitarbeitern, also Klinikdirektoren, Chefarzten und Oberärzten, gemacht (Tab. 1). 49 der 83 Einrichtungen haben Angaben zu den erfolgten Kliniksuiden beigetragen, insgesamt 81 Fälle. Die Geschlechterverteilung unter den Kliniksuiden zeigte ein ähnliches Bild wie die erste Untersuchung in Sachsen (54,4 % männlich; 45,6 % weiblich). Auch in dieser Stichprobe waren die männlichen Suizidenten mit einem Durchschnittsalter von 47,1 Jahren (Standardabweichung 12,7 Jahre, Spanne 20-70 Jahre) jünger als die weiblichen Patienten, die sich suizidierten (Durchschnitt 51,2 Jahre; Standardabweichung 15,1 Jahre; Spanne 21-77 Jahre).

3. Ergebnisse

3.1 Suizidraten und Behandlungssetting der Suizidenten

In der deutschlandweiten Studie wurden für die Jahre 2007 und 2008 Behandlungsfälle und die Anzahl an Kliniksuiden erhoben. Pro 100.000 Behandlungsfälle ereigneten sich durchschnittlich 61,65 Kliniksuiden (Tab. 2).

Jahr	2007	2008	Summe
Anzahl Kliniken von denen Daten zu Behandlungsfällen und Kliniksuiden vorliegen	46	45	
Summe an Behandlungsfällen dieser Kliniken	119.802	121.901	241.703
Summe an Kliniksuiden dieser Kliniken	72	77	149
Suizidanzahl je 100.000 Behandlungsfälle	60,10	63,17	61,65

Tab. 2: Anteile Kliniksuiden an Behandlungsfällen (Studie Deutschland)

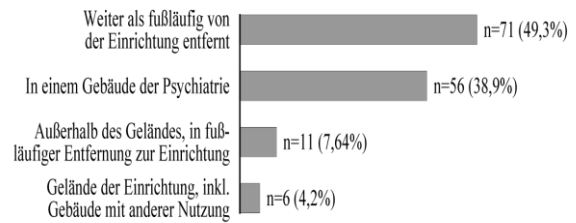
Der größere Anteil der psychiatrischen Patienten (71,6%) wird innerhalb eines offenen Settings behandelt. Von den Kliniksuiden finden jedoch nur 64% im offenen Bereich statt. Daraus ergeben sich numerisch leicht erhöhte Suizidraten für Patienten in geschlossener Unterbringung. Hier ist mit 79 Suiziden pro 100.000 Patienten zu rechnen, während es im offenen Bereich 55 Suizide pro 100.000 behandelte Patienten sind (Tab. 3).

Bettenanteil, der im Regelfall geschlossen geführt wird	28,4%
Anteil der Suizidenten, die geschlossen untergebracht waren	36,4% (n=28)
Anteil der Suizidenten, die gesetzlich untergebracht waren	17,5% (n=14)

Tab. 3: Suizide in offener und geschlossener Unterbringung (Studie Deutschland)

3.2 Ort des Suizides

Etwa 57% der Kliniksuiden werden außerhalb des Geländes der Einrichtung verübt. Nur ein geringer Teil der Suizidenten nutzt den Freibereich der Klinik. Der Anteil liegt bei knapp 8%. Für die Suizide im Gebäude ergibt sich ein Anteil von 39%. Etwa 49% der Suizide werden in größerer Entfernung zur Klinik verübt, beispielsweise im Wochenendurlaub. Diese können weder durch die Standortwahl noch durch eine suizidpräventive Gestaltung beeinflusst werden (Abb. 1).



3.3 Spezifika der Suizide innerhalb der Gebäude der Psychiatrie

3.3.1 Aufgesuchte Räume

81% der Suizide innerhalb des Geländes der Psychiatrie geschehen auf der eigenen Behandlungsstation. Patientenzimmer und Nassräume sind die mit einem Anteil von knapp 90% die am häufigsten zum Suizid aufgesuchten Räume innerhalb der Gebäude der Psychiatrie. Es findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Nutzung allgemeiner Patientenzimmer und Überwachungsräumen sowie zentralen und dezentralen Nassräumen (Tab.4).

Räumliche Situationen, die einen leichten Zugang zu einer Suizidmethode bieten, wurden vermehrt für suizidale Handlungen genutzt. Beispiele aus dem psychiatrischen Kontext sind große Treppenaugen über mehrere Geschosse oder auch Befestigungspunkte für Strangulationsgurte in Überkopfhöhe mit Aufstiegsmöglichkeit.

3.3.2 Suizidmethoden

Innerhalb der Gebäude psychiatrischer Kliniken fanden 7 Suizidmethoden Anwendung. Zu den mit Abstand häufigsten Suizidmethoden im psychiatrischen Kontext zählen die Strangulation und der Sturz in die Tiefe (Tab. 5).

Methode	Studie Sachsen		Studie Deutschland	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
X60-69 Vergiftung	6	10,9%	5	7,0%
X70 Erhängen, Strangulation	32	58,2%	44	62,0%
X70 Ersticken	2	3,6%	3	4,3%
X71 Ertrinken	-	-	1	1,4%
X76 Suizid durch Rauch, Feuer, heiße Dämpfe	1	1,8%	2	2,8%
X78 Suizid durch scharfen oder stumpfen Gegenstand	1	1,8%	8	11,3%
X80 Sturz in die Tiefe	13	23,6%	8	11,3%

Tab. 5: Suizidmethoden nach ICD-10 innerhalb der Gebäude der Psychiatrie

Die Wahl der Methode steht in Zusammenhang mit dem Ort des Suizides. Patientenzimmer und Nassräume zeichnen sich durch einen hohen Rückzugscharakter aus. Hier treten alle Suizidmethoden auf, während in den Räumen ohne ausgeprägten Rückzugscharakter (z.B. Stützpunkt) vermehrt schnelle Suizidmethoden (z.B. Sturz in die Tiefe) vorkommen.

hinaus wurden Elektrokabel, Duschvorhänge, Notrufstrippen, Jalousiekordeln, Handtücher und Bettlaken verwendet.

Verwendete Elemente zum Suizid durch scharfen Gegenstand stammten ebenso überwiegend aus dem persönlichen Besitz der Patienten (Rasierklingen, Messer, Nagelscheren). Für Suizide durch Ersticken wurden Plastiktüten verwendet (z.B. Mülltüten).

Antwort	Studie Sachsen		Studie Deutschland	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Summe Hochrisikoräume	47	88,7%	61	89,7%
Patientenzimmer, nicht überwacht	20	37,7%	29	42,6%
Überwachungszimmer	4	7,5%	4	5,9%
Nassräume, davon:	23	43,4%	28	41,2%
Nasszelle am Patienten- /Überwachungsraum	8 + 2		17	
Zentrale Nassräume	10		11	
Bad, nicht näher bezeichnet	3		-	
Summe weitere Räume	6	11,3%	7	10,3%
Treppenhaus	2	3,8%	1	1,5%
Außenliegende Fluchttreppe	-	-	1	1,5%
Balkon / Terrasse der Station	1	1,9%	1	1,5%
Flur	1	1,9%	1	1,5%
Aufenthaltsraum	1	1,9%	1	1,5%
Dachboden	1	1,9%	-	-
Stützpunkt	-	-	2	2,9%
Summe	53	100%	68	100%

Tab. 4: Ort des Suizides: Genutzte Räume innerhalb der Psychiatrie

Baelemente	Studie Sachsen		Studie Deutschland		Summe	
	n= 32		n= 44		n= 76	
Anzahl Strangulationen	n=18	100%	n= 35	100%	n= 53	100%
Davon Fälle mit berichtetem Baelement						
Duschabtrennung	n= 4	22,2%	n= 8	22,9%	n= 12	22,6%
Türklinke/ Türgriff	n= 5	27,8%	n= 4	11,4%	n= 9	17,0%
Kleiderschrank (Griff, Kleiderstange, Scharnier)	n= 3	16,7%	n= 5	14,3%	n= 8	15,1%
Heizkörper	n= 2	11,1%	n= 4	11,4%	n= 6	11,3%
Fenster (Fensterangel, Fenstergriff)	n= 1	5,6%	n= 3	8,6%	n= 4	7,5%
Armatur Dusche/Wanne	—	—	n= 3	8,6%	n= 3	5,7%
Wandhaken	—	—	n= 2	5,7%	n= 2	3,8%
Stange Vorhang	—	—	n= 2	5,7%	n= 2	3,8%
Rohrleitung im Raum	—	—	n= 2	5,7%	n= 2	3,8%
Bettgestell	n= 1	5,6%	n= 1	2,9%	n= 2	3,8%
Boxsackaufhängung	—	—	n= 1	2,9%	n= 1	1,9%
Überkopf-WC-Spülbecken	n= 1	5,6%	—	—	n= 1	1,9%
Treppengeländer	n= 1	5,6%	—	—	n= 1	1,9%

Tab.6: Zur Strangulation verwendete bauliche Elemente im Gebäude der Psychiatrie

3.3.3 Zum Suizid benutzte Bau- und Raumelemente

Bau- und Raumelemente werden vor allem für Strangulationen verwendet. Am häufigsten war die Benutzung von Duschabtrennungen, Türgriffen, Kleiderschränken, Heizkörpern und Fenstern. Die minimale Befestigungshöhe für Strangulationsgurte lag in diesen beiden Studien bei 85 cm (Tab. 6). Als Strangulationsgurte dienten in 80% der Fälle persönliche Kleidungsstücke. Darüber

3.4 Spezifika der Suizide außerhalb der Gebäude der Psychiatrie

Suizide auf dem Gelände der psychiatrischen Einrichtungen treten relativ selten auf (Anteil von 4,2% an Kliniksuiden gesamt). Dabei sind an erster Stelle Sprungsuizide und nachfolgend Strangulationen am häufigsten. Die im Freibereich aufgesuchten Orte sind oft leerstehende oder fremdgenutzte Gebäude, die

blickgeschützte Rückzugsorte (z.B. zugängliche Kellerräume) oder gute Sprungmöglichkeiten bieten. 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.

3.5 Dokumentierte Anwendungen restriktiver Maßnahmen

Die Methodenrestriktion wurde in allen teilnehmenden Kliniken bereits durch unterschiedlichste bauliche Eingriffe umgesetzt. In allen Einrichtungen waren die Fenster gesichert, so dass Sprungsuizide erschwert werden. Ebenso konnte beispielsweise die nachträgliche Sicherung von Treppenaugen oder die Verwendung suizidhemmender Bauprodukte (z.B. Duschabtrennungen mit Sollbruchstellen) dokumentiert werden.

Der direkte Zusammenhang zwischen restriktiven baulichen Maßnahmen und der Kliniksuizidrate konnte am Beispiel der Bahnstreckensicherung in fußläufiger Entfernung zum Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen dokumentiert werden. Nachdem der Zugang zu den Bahngleisen durch Errichtung einer Schallschutzwand erschwert wurde, reduzierten sich die Bahnsuizide durch psychiatrische Patienten von jährlich 6,3 auf 1,2 Fälle. Gleichzeitig sank auch die Gesamtanzahl der Kliniksuizide um 5 pro Jahr.

3.6 Weitere Ergebnisse aus der Expertenbefragung

Von den befragten Experten wurde immer wieder die Bedeutung einer atmosphärischen Gestaltung im Sinne eines antisuizidalen Milieus unterstrichen.

Als wichtige Aspekte des atmosphärischen Gestaltens wurden die Lichtführung, die Hochwertigkeit der Ausstattung, Sauberkeit, gute Orientierungsmöglichkeiten und Bezüge zum Freiraum genannt. Umweltbedingte Stressoren, wie Lärm, Gerüche, Beengung oder emotionale Belastungen durch Kontrollverlust, sollen vermieden werden. Auch technische Aspekte, wie die der Lüftung, müssen unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden, da die Raumluftqualität in einem Großteil der Einrichtungen als problematisch beschrieben wurde. Ziel der atmosphärischen Maßnahmen ist es, die Akzeptanz der Einrichtung (Öffnung gegenüber therapeutischen Maßnahmen) und das Wohlbefinden von Patienten und Mitarbeitern zu steigern. In den Experteninterviews und den Begehungen der Einrichtungen wurde darüber hinaus deutlich, dass auch Maßnahmen zur engen Begleitung von Patienten zur Suizidprävention

beitragen können. Dazu gehören beispielsweise die Vorhaltung adäquater Überwachungsräume, die Optimierung der Mitarbeiterwege, die Möglichkeit zur Notöffnung von Türen (z.B. in der Nasszelle) oder auch die Schaffung einer direkten Anbindung von Therapiebereichen an die geschlossenen Stationen. Derartige Maßnahmen ermöglichen, den zum Suizid erforderlichen Rückzug der Patienten zu minimieren. Eine Ausnahme in diesem Zusammenhang bilden Suizide mit schnellen Methoden wie dem Sturz in die Tiefe, für welche nicht zwingend Ungestörtheit erforderlich ist.

4. Diskussion der Ergebnisse

4.1 Erkenntnisse zur baulichen Suizidprävention

Bauliche Suizidprävention darf nicht auf geschlossene Bereiche reduziert werden, sondern ist in der gesamten Einrichtung umzusetzen. Besondere Beachtung müssen die Hochrisikobereiche Patientenzimmer und Nassräume finden. Methodisch liegen die Schwerpunkte der baulichen Suizidprävention auf der Vermeidung von Befestigungsmöglichkeiten für Strangulationsgurte sowie Möglichkeiten zum Sturz in die Tiefe. Im Zusammenhang mit Strangulationen problematische Elemente können oft kostenneutral vermieden werden, beispielsweise durch Verwendung geschlossener Volumen als Möbelgriffe anstelle von C-Bügeln mit Befestigungsmöglichkeit für Gurte. Darüber hinaus bietet der Markt eine Reihe spezifischer Produkte für psychiatrische Kliniken, z. B. Duschstangenkonstruktionen mit Sollbruchstellen. Weitere Ausführungsvarianten für relevante Bauelemente sind beispielsweise in (4) und (13) beschrieben.

Die Vermeidung von Strangulationsgurten in der Ausstattung muss differenziert betrachtet werden, da auch persönliche Kleidungsstücke als Gurte fungieren können. Eine Ausnahme bilden auch hier potentielle Gurte mit Aufforderungscharakter, beispielsweise rote Seile am Notruf in den Nasszellen. Diese können durch Stäbe ersetzt werden. Neben einzelnen Elementen können auch räumliche Konstellationen und Orte einen Aufforderungscharakter zum Suizid haben. In der Suizidforschung werden diese als sogenannte Hotspots bezeichnet. Im psychiatrischen Kontext müssen Hotspots wenn möglich vermieden werden.

Bauliche Suizidprävention ist als komplexes System zu begreifen, welches keinesfalls allein auf Restriktion

reduziert werden darf, dies allein schon deswegen, weil nicht alle Suizidmethoden durch Methodenrestriktion verhindert werden können (5). Sicherheitsanforderungen und atmosphärisch-therapeutische Belange sind gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Grundlage einer angemessenen Architektur stellt die intensive Auseinandersetzung mit der individuellen Arbeitsweise, den Therapiekonzepten und den entsprechenden Nutzerbedürfnissen der Einrichtung dar.

Die Ansätze des atmosphärischen Arbeitens sind sehr umfassend, müssen individuell auf die Einrichtung abgestimmt werden. In der Literatur fanden sich ebenfalls zahlreiche Hinweise auf die Wechselwirkung zwischen Architektur und der Befindlichkeit von Patienten (z. B. 7). Besonders relevant ist beispielsweise der erste Eindruck der Einrichtung, speziell der Weg des Patienten vom Zugang zum Ort der ersten Behandlung oder Untersuchung. Dieser beeinflusst nachweislich die Compliance. In diesem Zusammenhang müssen die Fassaden- und Außenraumgestaltung sowie die Zugangssituation und Wartebereiche sorgfältig geplant werden. Angemessene Rückzugs- und Aneignungsmöglichkeiten und eine klare Abgrenzung von Territorien tragen zur Befriedigung grundlegender psychologischer Bedürfnisse der Patienten bei.

Im Freibereich der Einrichtung ist vor allem darauf zu achten, dass weder ausgeprägte Rückzugsbereiche (z.B. leerstehende Häuser) noch präsenzte Sprungmöglichkeiten vorhanden sind. Temporäre Einrichtungen, z.B. Bagerüste, müssen speziell gesichert werden.

Auch in der Umgebung der Klinik sollen Suizidhotspots gesichert werden. In diesen Zusammenhang sind Bahnstrecken im Klinikumfeld besonders problematisch.

4.2 Grenzen der Studie

Die in der Studie erhobenen Suizide sind möglicherweise bedingt durch retrospektive Erfassung unvollständig erhoben worden, die Kliniksuizidrate ist hierdurch möglicherweise zu tief. Der direkte Zusammenhang zwischen baulichen Gegebenheiten und Kliniksuizidraten wurde in der vorliegenden Studie nur in Einzelfällen, beispielsweise der Sicherung der Bahntrasse am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, nachgewiesen. Für die Gestaltung der Innenräume psychiatrischer Kliniken kann aber die Übertragbarkeit dieses Zusam-

menhangs angenommen werden, zumal dieser durch Expertenmeinungen bestätigt wurde.

Wünschenswert wären jedoch klassische Prä-/Poststudien, die die Wirksamkeit einzelner baulicher Maßnahmen, speziell atmosphärischer Eingriffe, exakt eruieren. Die Fallzahlen für Kliniksuizide in den einzelnen Einrichtungen sind gering. Einflüsse auf Häufungen einzelner Methoden und Raumnutzungen durch den sogenannten Werther-Effekt sind nicht auszuschließen. Einzelne Erkenntnisse wurden aus anderen wissenschaftlichen Studien, teilweise aus dem nicht-psychiatrischen Bereich, übertragen. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass sich vor allem Kliniken an den Umfragen beteiligten, welche der baulichen Suizidprävention grundsätzlich offen gegenüber stehen, so dass kritische Meinungen bzw. gegenteilige Erfahrungswerte weniger stark Berücksichtigung fanden.

4.3 Umsetzung der Erkenntnisse in die Praxis

Die ermittelten Kriterien für eine suizidpräventive Architektur für psychiatrische Einrichtungen sind umfassend und durch die große Anzahl zu beachtender Aspekte komplex. Insbesondere in bestehenden Einrichtungen sind daher individuelle Konzepte zur schrittweisen Umsetzung der Anforderungen zu entwickeln. Unter Einbezug der Suizidhistorie der Klinik sowie der Evidenz der Einzelaspekte ist eine Wichtung der Maßnahmen erforderlich. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die vorliegenden Ergebnisse nicht abschließend sind. Für individuell auftretende Problemfelder müssen neue Lösungen entwickelt werden. Ebenso müssen atmosphärische Kriterien auf die jeweiligen räumlichen Situationen abgestimmt werden. Für diese weichen Faktoren lassen sich kaum allgemeingültige Antworten finden. Die bauliche Suizidprävention sollte bei Neu- oder Umbauplanungen in allen Leistungsphasen Berücksichtigung finden. Da erfahrungsgemäß regelmäßig kleinere bauliche Veränderungen erfolgen, ist eine regelmäßige Auseinandersetzung mit diesem Thema im Sinne von turnusmäßigen Prüfungen erforderlich. Besonders wünschenswert ist eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für diese Aspekte.

Um eine umfassende Suizidprävention in einer Klinik mit ihren komplexen Aspekten umzusetzen, erscheint es sinnvoll, dass externe Fachleute zusammen mit Mitarbeitern einer Klinik eine systematische Überprüfung der baulichen Suizidprävention vornehmen. Hierdurch

wird das Insiderwissen der Mitarbeiter mit dem Blick von außen (Ausschalten der Betriebsblindheit) kombiniert. Aus diesem Grunde ist geplant, eine Zertifizierung zur baulichen Suizidprävention anzubieten. Diese wird eine umfassende Analyse und Beratung, die Entwicklung eines individuellen Stufenplanes zur schrittweisen Umsetzung der Anforderungen sowie wissenschaftliche Schulungen für die Mitarbeiter des Hauses beinhalten. Weitere Informationen können über die Autoren angefordert werden.

4.3 Weiterentwicklung des Forschungsgebietes

Bislang stützen sich die Ergebnisse zur baulichen Suizidprävention auf Erkenntnisse aus 104 psychiatrischen Einrichtungen und nur 225 Kliniksuizide, welche mit baulichen Variablen dokumentiert wurden. Eine systematische Fortschreibung und zentrale Erfassung von Kliniksuiziden im Sinne eines Monitorings sind wünschenswert. Es ist daher vorgesehen, die Erkenntnisse aus den geplanten Zertifizierungen zur Fortschreibung der Statistik und des Grundlagendokumentes einfließen zu lassen. Alle psychiatrischen Einrichtungen werden gebeten, ihre Erfahrungen einzubringen. Die Autoren stehen gern für einen Austausch bereit.

Bislang wurde die bauliche Suizidprävention losgelöst von weiteren Anforderungen psychiatrischer Einrichtungen betrachtet. Für eine adäquate Patientenversorgung müssen Kliniken jedoch auch Aspekte der Barrierefreiheit sowie einer alters- und demenzsensiblen Architektur einbeziehen. Problematisch dabei sind die scheinbar gegensätzlichen Anforderungen. Die geforderten Haltegriffe in der Nasszelle beispielsweise lassen sich kaum mit einer suizidpräventiven Gestaltung vereinbaren. Dieser Herausforderung widmet sich ein freies Forschungsprojekt des Universalraum-Institutes für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen in Kooperation mit dem Städtischen Klinikum Dresden Neustadt. Für das sogenannte „Dresdner Zimmer“ werden neue Lösungen für psychiatrische Patientenzimmer und Nasszellen entwickelt, die allen Anforderungen einer zukunftsfähigen Architektur gleichermaßen entsprechen.

Literatur

- 1 Beauchemin K M, Hays P (1998) Dying in the dark. Sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *J Royal Soc Med* 91:352-354

- 2 Felber W, Winiacki P (2008): Suizid-Statistik. Aktuelle statistisch-epidemiologische Daten zu Deutschland und Osteuropa mit Kommentaren. www.suizidprophylaxe.de/Suizidstatistik.pdf (05.06.2014)
- 3 Florentine J B, Crane C (2010) Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Soc Science Med* 70:1626-1632
- 4 Glasow N (2011) Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Berlin: Logos
- 5 Habenstein A, Steffen T, Bartsch C et al. (2013) Chances and limits of method restriction: a detailed analysis of suicide methods in Switzerland. *Arch Suicide Res* 17(1):75-78
- 6 Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294:2064–2074
- 7 Richter D, Hoffmann H (2014) Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. *Psychiat Praxis* 41:128-134
- 8 Sherman, SA et al. (2005) Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning* 73:167-183
- 9 Statistisches Bundesamt. www.gbe-bund.de (recherchiert am 31.05.2015)
- 10 Ulrich R S (1984) View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224:420-421
- 11 Ulrich R S et al. (2008) A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environ Res Design J* 1:61-125
- 12 Universalraum-Institut [Hrsg.] (2012) Evidenzbasiertes Planungshandbuch EPH Psychiatrie. Reihe: EPH, Band 1, 1. Auflage. Dresden: Technische Universität Dresden
- 13 Walch, J M et al. (2005) The Effect of Sunlight on Postoperative Analgesic Medication Use. *Psychosom Med* 67:156-163

Eingang: 15.06.2014

akzeptiert nach Revision: 25.06.2015

Korrespondenzadresse:

Dr.-Ing. Nadine Glasow
Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen
Bienertstraße 1
01187 Dresden
E-Mail: glasow@universalraum.de
www.universalraum.de