

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Die Professionalisierung suizidpräventiver Maßnahmen in der Suchthilfe

**Eine quantitative Erhebung zur Verwendung des Non-Suizid-Vertrags im
sozialprofessionellen Arbeitssetting der ambulanten
Hamburger Suchtberatung**

Master-Thesis

Tag der Abgabe:



24.11.2022



Betreuender Prüfer:
Zweite Prüferin:

Herr Prof. Dr. Michael Leupold
Frau Prof. Dr. Susanne Vaudt

Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>I</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>I</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>II</i>
1 Einleitung	1
2 ETHIK I: Professionstheoretisches Grundverständnis	4
3 WISSEN I: Terminologie & einführende Erklärungen	7
3.1 Sucht	7
3.1.1 Erklärungs- und Entstehungsmodelle	7
3.1.2 Krankheitsbild: Diagnostik & psychosoziale Folgen.....	8
3.2 Suizidalität	11
3.2.1 Definition	11
3.2.2 Anzeichen	12
3.2.3 Risikogruppe.....	13
3.2.4 Modellhaftes Verständnis von Suizidalität	14
4 KÖNNEN I: Suchtberatung – Suizidprävention – Non-Suizid-Vertrag	15
4.1 Suchtberatung als Praxisfeld der Sozialen Arbeit	15
4.1.1 Aufgaben.....	15
4.1.2 Ziele	16
4.2 Suizidprävention	17
4.2.1 Definition	17
4.2.2 Diagnostik- und Interventionstools im Überblick	18
4.3 Non-Suizid-Vertrag	19
4.3.1 Terminologisch-theoretische Betrachtung	19
4.3.2 Hinweise und Empfehlungen zur Anwendung	20
5 ETHIK II: Haltung und Handeln in der Suizidprävention	22
5.1 Zur Verantwortung	22
5.2 Zum wohltätigen Zwang	25
6 Empirische Kontextualisierung	27
6.1 WISSEN II: Suizidalität und Sucht – eine epidemiologische Betrachtung	27
6.1.1 Suizidalität	27
6.1.2 Sucht.....	28
6.1.3 Suizidalität und Sucht.....	32
6.2 KÖNNEN II: Suizidprävention in der Suchthilfe – aktueller Forschungsstand	34
6.2.1 Ein allgemeiner Überblick.....	34
6.2.2 Zur Verwendung des Non-Suizid-Vertrags	36
7 Methodologie	40
7.1 Forschungsproblem, -frage & Hypothesenbildung	40
7.2 Überlegungen zum Forschungsdesign & methodischen Vorgehen	42
7.3 Quantitative Online-Befragung als Erhebungsinstrument	43
7.3.1 Aufbau und Inhalt des Fragebogens.....	44
7.3.2 Operationalisierung	47
7.3.3 Testgütekriterien.....	50

7.4	Sampledarstellung	51
7.5	Vorbereitung und Durchführung	52
8	<i>Datenanalyse</i>	53
8.1	Samplebeschreibung.....	53
8.2	Ergebnisdarstellung I: Statistik.....	54
8.2.1	Statistik: Allgemeines.....	54
8.2.2	Statistik I: Mandat der Gesellschaft.....	55
8.2.3	Statistik II: Mandat der Klientel	59
8.2.4	Statistik III: Mandat der Profession.....	62
8.2.5	Statistik: Sonstiges	64
8.3	Ergebnisdarstellung II: Qualitative Datenauswertung.....	65
8.4	Hypothesenprüfung & Beantwortung der Forschungsfrage	68
8.4.1	These I.....	68
8.4.2	These II	70
8.4.3	These III.....	70
8.4.4	Forschungsfrage	73
9	<i>Diskussion</i>	74
10	<i>Fazit</i>	78
	<i>Literaturverzeichnis</i>	81
	<i>Anhang</i>	90
	<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	113

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1: Pfaddiagramm - Ablauf Online-Befragung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	45
<i>Abb. 2: Schaubild Operationalisierung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	48
<i>Abb. 3: Balkendiagramm - gemischtes Sample nach Alter (eigene Darstellung, J.B.)</i>	53
<i>Abb. 4: Balkendiagramm - sozialprofessionelle Fachkräfte nach Alter (eigene Darstellung, J.B.)</i>	54
<i>Abb. 5: Kreisdiagramme - Interventionswerkzeuge & Verträge im Detail (eigene Darstellung, J.B.)</i>	55
<i>Abb. 6: Kreisdiagramm - Beratungsaspekte (eigene Darstellung, J.B.)</i>	56
<i>Abb. 7: Balkendiagramm - Begleiterkrankungen (eigene Darstellung, J.B.)</i>	58
<i>Abb. 8: Kreisdiagramm - Kontext Wissensaneignung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	62
<i>Abb. 9: Balkendiagramm - Wissensstand (eigene Darstellung, J.B.)</i>	63
<i>Abb. 10: Balkendiagramm - fachliche Kompetenz (eigene Darstellung, J.B.)</i>	64
<i>Abb. 11: Schaubild - Qualitative Datenauswertung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	66

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1: Medikamenteneinnahme 12-Monate-Prävalenz (Piontek et al. 2017 – eigene Darstellung J.B.)</i>	30
<i>Tab. 2: Niedrigschwelligkeit (eigene Darstellung, J.B.)</i>	57
<i>Tab. 3: Ranking Beratungsaspekt (eigene Darstellung, J.B.)</i>	60
<i>Tab. 4: Ranking Konsum (eigene Darstellung, J.B.)</i>	60
<i>Tab. 5: Ranking Begleiterkrankungen (eigene Darstellung, J.B.)</i>	61
<i>Tab. 6: Vertragsbestandteile (eigene Darstellung, J.B.)</i>	65
<i>Tab. 7: Pivottabellen - Lebensumstände & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	69
<i>Tab. 8: Pivottabelle - NSV-Nutzung & QM-Hinterlegung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	69
<i>Tab. 9: Pivottabelle - Ranking Cannabis & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	70
<i>Tab. 10: Pivottabelle - Klientel nach Alter & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	70
<i>Tab. 11: Pivottabellen - Verständnis von Suizidalität & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	71
<i>Tab. 12: Pivottabelle - Wissensstand & NSV-Nutzung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	72
<i>Tab. 13: Pivottabelle - Wissensstand & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)</i>	72
<i>Tab. 14: Pivottabelle - Verwendung von Zwangsmaßnahmen</i>	73

Abkürzungsverzeichnis

<i>AUDIT</i>	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
<i>Aufl.</i>	<i>Auflage</i>
<i>B.</i>	<i>Bund</i>
<i>BADO</i>	<i>Basisdatendokumentation</i>
<i>Bd.</i>	<i>Band</i>
<i>BRD</i>	<i>Bundesrepublik Deutschland</i>
<i>bzw.</i>	<i>beziehungsweise</i>
<i>DBSH</i>	<i>Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.</i>
<i>dbzgl.</i>	<i>diesbezüglich</i>
<i>CTS</i>	<i>Commitment to Treatment Statement</i>
<i>DG-SAS</i>	<i>Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe</i>
<i>DHS</i>	<i>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.</i>
<i>DSGVO</i>	<i>Datenschutzgrundverordnung</i>
<i>DSM</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
<i>E-KRP</i>	<i>Erweiterter Krisen-Reaktions-Plan</i>
<i>ebd.</i>	<i>ebenda</i>
<i>et al.</i>	<i>et alii: und andere</i>
<i>F.</i>	<i>Frauen</i>
<i>f.</i>	<i>folgende</i>
<i>ff.</i>	<i>fortfolgende</i>
<i>GmbH</i>	<i>gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung</i>
<i>Hrsg.</i>	<i>Herausgeber</i>
<i>i.H.v.</i>	<i>in Höhe von</i>
<i>i.S.</i>	<i>im Sinne</i>
<i>IASP</i>	<i>Internationale Vereinigung für Suizidprävention</i>
<i>ICD</i>	<i>International Classification of Diseases</i>
<i>ICF</i>	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
<i>IFSW</i>	<i>International Federation of Social Workers</i>
<i>KFM</i>	<i>Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch</i>
<i>KRP</i>	<i>Krisen-Reaktions-Plan</i>
<i>M.</i>	<i>Männer</i>
<i>NSV</i>	<i>Non-Suizid-Vertrag</i>
<i>PTBS</i>	<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>
<i>PSB</i>	<i>Psychosoziale Betreuung</i>
<i>QM</i>	<i>Qualitätsmanagement</i>
<i>RWTH</i>	<i>Rektor der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule</i>
<i>SDS</i>	<i>Severity of Dependence Scale</i>
<i>SMR</i>	<i>standardized mortality ratio</i>
<i>u.a.</i>	<i>unter anderem</i>
<i>vgl.</i>	<i>vergleiche</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organisation</i>
<i>z.B.</i>	<i>zum Beispiel</i>
<i>zit. n.</i>	<i>zitiert nach</i>

1 Einleitung

„How many circles can I walk in before I give up looking?
How long before I'm lost for good.
It must be possible to swim without becoming water yourself.
But I keep swallowing that I thought was air.
I keep finding stones tied to my feet.”
(Incaprera 2017, 48:52-49:12)

Aus der Perspektiven eines abhängigkeitskranken Menschen kann die eigene Lage wie eine scheinbare ausweglose Abwärtsspirale wirken – wie ein Teufelskreis, aus dem ein eigenständiger Ausbruch mehr als die vorhandenen Kräfte abzuverlangen scheint. Hoffnungs- und Orientierungslosigkeit sowie der oft erlebte Kontrollverlust über essenzielle Anteile des eigenen Lebens folgen mit den sich häufenden negativen Konsequenzen der Suchtmanifestierung. Eine Genesung ist hier kein geradliniger Prozess. Die Betroffenen werden immer wieder vor Hindernisse und Herausforderungen gestellt. Rückfälle sind keine Seltenheit. Verknüpft mit diesem Verständnis suggerieren die Zeilen des zitierten Gedichts, dass hier die Eindrücke eines*r Suchterkrankten vermittelt werden. Tatsächlich stammt es von der Roman- und in diesem Fall Serienfigur Hannah Baker – eine Schülerin, die sich mithilfe einer Medikamentenüberdosis selbst tötet (vgl. Asher 2010).

Das Leben ist endlich. Wann es endet, ist ungewiss. Menschen, die Suizid begehen, entscheiden selbst, wann sie aus dem Leben gehen. Die Motive können hierbei vielfältig wie individuell sein. Das Leben offeriert eine Vielzahl an Chancen und Potenzialen zum Wachstum. Gleichsam kann diese Diversität das Individuum vor Herausforderungen, oder gar Belastungen stellen, die es im Rahmen der Gegebenheiten zu meistern gilt. Nicht immer ist eine eigenständige, nachhaltig wirksame Bewältigung möglich. Der Suizid – so sozial tabuisiert er auch immer noch sein mag – hatte und hat seinen thematischen Platz in der Gesellschaft. Gerade die klassische, wie auch neuere Literatur zeigen dies eindrücklich. Wie Shakespeare (2020), Goethe (2014/1832) oder auch Asher (2010) verdeutlichen, befinden sich Menschen, die von Selbsttötungsabsichten betroffen sind in einer scheinbar ausweglosen Situation starker seelischer Belastung. In Romeo und Julia sowie in den Leiden des jungen Werthers bildet die unerfüllte Liebe einen Beweggrund. In „13 Reasons Why“ beschreibt Jay Asher die kumulativen Erfahrungen von Hannah. Neben ablehnenden, deskreditierenden sowie missbräuchlichen Erlebnissen durch ihre Mitschüler*innen nimmt sie zuletzt Kontakt zu dem psychologischen Berater

der Schule auf. In Deutschland wird diese Rolle klassisch durch eine*n Vertrauenslehrer*in oder Schulsozialarbeiter*in besetzt. Menschen, die durch Suizidalität belastet sind, wenden sich in verschiedensten Kontexten an Hilfeangebote der Sozialen Arbeit.

Die Soziale Arbeit als Profession und Handlungswissenschaft stellt für Menschen in derartigen Situationen einen stützenden Gegenpol zur fordernden Moderne dar. Tätigen in diesem Bereich wird somit eine besondere Verantwortung zu teil. Der Status als Profession existiert noch nicht in dem zeitlichen Umfang, wie es zum Beispiel bei der Psychologie oder Philosophie der Fall ist (vgl. Dewe/Otto 2012, 201ff). Dies bietet zum einen Chancen aufgrund der damit verbundenen Offenheit und Flexibilität gegenüber neuen Ideen und Ansätzen. Genau diese kurze Daseinsdauer ist es allerdings auch, die den disziplinären Stellenwert einer sozialen Profession aus dem Blickwinkel anderer, geschichtlich fester konstituierter Wissenschaften abwertet. Sie wird häufig als ein Berufsfeld angesehen, das kein eigenes theoretischen Wissen generiert, sondern sich an den Beständen anderer Disziplinen bedient und demnach häufiger fremdbestimmt instrumentalisiert wird. Zusätzlich wird der Sozialpädagogik eine negativ konnotierte „Allzuständigkeit“ (ebd., 205) angedacht, da sie keine Bewertung als eigenständige wissenschaftliche Disziplin erfährt. Dewe und Otto (2012) sowie Staub-Bernasconi (2018) leisten diesbezüglich (dbzgl.) Beiträge, die dieser Fremdbestimmung klar entgegenstehen. Erst genannten Autoren unterstreichen exemplarisch den „reflexiven“ Charakter, der eine bloße, rezeptartige Anwendbarkeit von Wissen in Form eines professionellen Könnens ablehnt. Die Arbeit mit Menschen birgt eine stetige Ungewissheit im Ergebnis. Neben praktischem Handlungs- und systematischem Wissenschaftswissen spielt so ein Professionswissen eine bedeutsame, dem eigenen professionellen Handeln Sicherheit gebende Rolle.

Der hier beschriebene, professionsprägende Trias aus Wissen, Können und Haltung verleiht der Sozialen Arbeit ihre Identität als Disziplin und der vorliegenden Forschungsarbeit gleichsam ihre immanente Struktur. Ausgehend von der Identifizierung der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft, die ihre Objektivität, Angemessenheit und Praktikabilität durch jeweils Erklärungswissen, Ethik und Entscheidungswissen sichert (vgl. Dewe/Otto 2012, 209), betrachtet die vorliegende Thesis den Einsatz suizidpräventiver Maßnahmen in der ambulanten Suchthilfe als Praxisfeld der Sozialen Arbeit. Im Detail geht es um „Die Professionalisierung der Suizidprävention in der Suchthilfe. Eine quantitative Erhebung zur Verwendung des Non-Suizid-Vertrags im Arbeitssetting der ambulanten Hamburger Suchtberatung“. Dementsprechend unterteilt sich die Arbeit in einen theoretischen und einen empirischen Part. Der vorgegebenen professionstheoretischen Rahmung entsprechend, finden sich die Begriffe Wissen, Können und Ethik (Haltung) in den Überschriften der einzelnen Kapitel wieder. Der Einstieg erfolgt durch

das Legen eines, hier bereits angedeuteten, professionstheoretischen Grundverständnisses (2. ETHIK I), das allem nachfolgenden systematischen Wissenschaftswissen sowie praktischem Handlungswissen eine sozialprofessionelle Bezogenheit und Akzentuierung verleiht. Dieser Logik folgend, knüpfen im nächsten inhaltlichen Kapitel (3. WISSEN I) terminologische und einführende Erklärungen zu den Phänomenen Sucht (3.1) und Suizidalität (3.2) an. Die Ausgestaltung zielt auf ein Verständnis der beiden Aspekte im Einzelnen sowie deren Verbindung ab und unterstreicht gleichsam die Relevanz einer Zuständigkeit Sozialer Arbeit sowie ihrer Professionalisierung in diesem spezifischen Feld. Da Soziale Arbeit soziale Probleme nicht nur verstehen, sondern auch verändern möchte, bildet das vierte Kapitel (4. KÖNNEN I) die Suchtberatung als Praxisfeld der Sozialen Arbeit (4.1), daran anknüpfend die Suizidprävention als ein Teilaspekt des Aufgabenprofils einer*s Suchtberater*in (4.2) und zuletzt den Non-Suizid-Vertrag (NSV) als ein suizidvorbeugendes Instrument (4.3) im Sinne eines praktischen Handlungswissens ab. Auf den bereits beschriebenen, reflexiv-professionellen Charakter beziehend, beinhaltet das fünfte, erneut ethisch akzentuierte Kapitel (5. ETHIK II) Ausführungen zur besonderen Verantwortung (5.1) Sozialprofessioneller im Fall einer Suizidprävention und zum, in diesem Zusammenhang unter Umständen eingesetzten, wohlätigen Zwang (5.2). So rahmt die Haltung (ETHIK I & ETHIK II) das aufgeführte Wissen und Können. Vor dem Einstieg in den zweiten, empirischen Part der Arbeit, gilt es eine Kontextualisierung des aktuellen Forschungsstandes (6.) zu schaffen. Auch hier orientiert sich die Gliederung des Inhalts an der basal gesetzten Struktur: eine epidemiologische Betrachtung von Sucht und Suizidalität im Einzelnen sowie in Verbindung (6.1 WISSEN II) und eine Analyse der derzeitigen Empirie zur Suizidprävention in der Suchthilfe im Allgemeinen und spezifisch zum NSV (6.2 KÖNNEN II). Der eigenständige Forschungsteil der Abschlussarbeit untergliedert sich in das Kapitel der Methodologie (7.), inhaltlich gefüllt durch Erläuterungen zu Forschungsproblem, -frage und Hypothesenbildung (7.1), Forschungsdesign und methodischem Vorgehen (7.2) und der quantitativen Onlinebefragung als Erhebungsinstrument (7.3). Letzteres Unterkapitel zeigt im Detail den Aufbau und Inhalt des Fragebogens (7.3.1), die Operationalisierung (7.3.2) sowie die, auf diese Forschung angewandten Test- und Gütekriterien (7.3.3). Das Methodologie-Kapitel schließt mit Überlegungen zur Sampledarstellung (7.4) wie Vorbereitung und Durchführung (7.5). Im nächsten Schritt erfolgt die Datenanalyse (8.), die wiederum die Samplebeschreibung (8.1) und Ergebnisdarstellung (8.2; 8.3) sowie die daraus hergeleitete Hypothesenüberprüfung und schlussendlich Beantwortung der Forschungsfrage (8.4) beinhaltet. Im letzten inhaltlichen Punkt, der Diskussion (9.), wird die Arbeit mit kritischem Blick reflektiert. Im Fazit & Ausblick (10.) werden die vorangegangenen Verschriftlichungen inhaltlich sinnhaft zusammengeführt,

um ein abschließendes Urteil über den aktuellen Stellenwert des NSV hinsichtlich seiner Verwendung zu ermitteln und so gleichfalls eine Aussage zum Stand der Professionalisierung Sozialer Arbeit in diesem spezifischen Arbeitsfeld zu treffen sowie einen Ausblick auf mögliche Folgearbeiten zu geben.

Vor dem tatsächlichen Einstieg in die Arbeit, sei angemerkt, dass die hier vorgenommene, professionstheoretische Strukturierung der folgenden theoretischen wie empirischen Inhalte – auch im Sinne eines Anschlusses an den gesellschaftlichen Diskurs über Soziale Arbeit als Profession – ein möglicher Weg ist. Es gibt verschiedenste Theorien, Ansätze, Gedankengänge. Andere Perspektiven bieten gleichfalls Optionen. So kann die professionsethische Fokussierung auf Güter (Ansen 2022; DBSH 2014; Kaminsky 2018) exemplarisch ebenso einen inhaltlichen Taktgeber darstellen. Dieser wird hier zum einen aufgrund der akademisch-theoretisch geprägten Sichtweise der Autor*in und zum anderen aufgrund der immanenten Logik sowie des begrenzten Umfangs nicht berücksichtigt.

2 ETHIK I: Professionstheoretisches Grundverständnis

Wie im vorangegangenen Kapitel ausgeführt, ist Soziale Arbeit eine vergleichsweise junge Profession und Wissenschaft (vgl. Dewe/Otto 2012, 201ff). Unter anderem wird ihr eine negativ konnotierte „Allzuständigkeit“ (ebd., 205) angedacht, da sie keine Bewertung als eigenständige wissenschaftliche Disziplin erfährt. Hierzu nehmen beispielsweise Dewe und Otto mit ihrem Schriftstück über die Soziale Arbeit als „Reflexive Sozialpädagogik“ Stellung, indem sie der Frage nachgehen „inwieweit eine spezifische Professionalisierung der Sozialen Arbeit wissenschaftlich und politisch durchgesetzt und praktisch umgesetzt werden kann“ (Dewe/Otto 2012, 197). Ausgehend von der Identifizierung der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft, die ihre Objektivität, Angemessenheit und Praktikabilität durch jeweils Erklärungswissen, Ethik und Entscheidungswissen sichert, betitelt sie soziale Probleme als Gegenstand ihres Feldes (vgl. ebd., 209). Zudem ist es die Aufgabe professionalisierten Handelns über diesen Gegenstand und generelle gesellschaftliche Entwicklungen aufzuklären und sie zu reflektieren (vgl. ebd., 197). Im Zentrum des Agierens steht dazu „[...] nicht ‚Expertise‘ oder ‚Autorität‘, sondern die Fähigkeit zur Relationierung von Deutungen lebensweltlicher Schwierigkeiten im Einzelfall mit dem Ziel der Perspektivenöffnung [...]“ (ebd., 197f.). Theoretisches Wissen kann nicht einfach in die Praxis transferiert oder auch in der Praxis vermittelt werden. Dies unterstreicht die qualitative Kritik an der Bevorzugung bestimmter Wissensbestände anhand des sozialprofessionellen Kenntnisumfangs oder auch der „Rezeptionsfreudigkeit“ (ebd., 209). Hierbei weisen die Autoren darauf hin, dass gerade eine „Nicht-Technologisierung“ (ebd., 209f.) neben der wissenschaftlichen Qualifikation und einer Berufsgruppenbildung, eine Profession als eben

diese kennzeichnet. Im Sinne einer Hermeneutik, der Kunst des Verstehens, kann sich der*die Sozialprofessionelle der Lebenswelt und der individuellen Situation der Adressat*innen immer nur annähern. So kann es nie zu einem ganzheitlichen Verständnis kommen. Dementsprechend befindet sich die jeweilige Entscheidung zu einem bestimmten Handeln immer unter Ungewissheitsbedingungen (vgl. ebd., 197). Es erfordert diskursives Wissen, das „durch eine soziokulturelle und lebenspraktische Rückbindung an situative Bedingungen sozialer Handlungsgefüge und Handlungsprobleme“ (ebd.) gekennzeichnet ist. Es erschließt sich für den Fall, dass im Sinne einer reflexiven Sozialpädagogik eine Kontextualisierungsverpflichtung bei der Bearbeitung dessen vorliegt. Das bedeutet eine Orientierung an sozialen Kontexten und Konstellationen und die Vermeidung einer Fallkonstruktion auf einer individuell-existenziellen Ebene (vgl. ebd., 205f.). Hiermit wird der partizipative Charakter und zugleich die notwendige Achtung einer Angemessenheit angedeutet, die in einer professionellen Reflexivität enthalten sind. Es geht nicht zuletzt auch darum, sich vollständig auf den*die Klient*in, seine*ihre Lebenswelt, Ansichten und Problemdeutungen einzulassen und ihn*sie darin anzuerkennen. Es entwickelt sich folglich ein „partizipatorisch-demokratisches“ (ebd., 208) Professionsverständnis, das eine konträre Tendenz zu den, durch Ökonomisierung gestellten Anspruch auf Effektivität und Wirtschaftlichkeit aufweist (vgl. ebd. 207f.). Statt einer Reduzierung der Zuständigkeiten anlässlich einer Ressourcenoptimierung, geht es somit nun um die Qualität der Zuständigkeit. Durch die reflexive Komponente beinhaltet das professionelle Handeln Kompetenzanteile, die über einen Wissensanteil hinausgehen. Alles Wissen ist der Zielsetzung eines besser gelingenden Lebens untergeordnet.

Neben der basalen Charakterisierung durch Dewe und Otto kann auch die schematische Strukturierung des Berufsfeldes Sozialer Arbeit nach Hermann Baum (1996) das professionstheoretische Verständnis weiterführend erhellen. Der Autor nutzt hier eine Unterteilung in vertikale und horizontale Aspekte. Im Zentrum stehe der*die sozialprofessionell Schaffende, der*die zum Einen eine Hilfestellung für die Klient*innen sowie deren Umfeld in Form einer Veränderung, bzw. Erschließung zugehöriger Systeme biete. Hier lässt sich gleichsam eines der Professionsmandate verorten. Durch die zusätzliche gesellschaftliche Interessenvertretung, die nicht selten im Kontrast zu den Ansprüchen und Bedürfnissen der Klientel steht, ergibt sich das Doppelmandat (vgl. Böhnisch 2013). Es handelt sich durch die Inkongruenz der Ansprüche beider Parteien um ein Spannungsgefüge, in dem sich Soziale Arbeit stetig kritisch reflektierend und aushandelnd bewegen muss. Zusätzlich agieren Vertreter*innen der Profession auf der horizontalen Ebene, indem sie Probleme aufgreifen, die externe Akteure nicht lösen können und sind gleichsam auf die Kooperation mit diesen angewiesen, da sie selbst meist defizitär mit Mitteln

ausgestattet sind. Außerdem sind die zur Verfügung gestellten Ressourcen an das gesellschaftliche Mandat gekoppelt. Wenn davon ausgegangen wird, dass der Gegenstand Sozialer Arbeit soziale Probleme sind, entsteht aus dieser Logik bereits ein Machtgefälle, dem Professionelle nicht durch einseitige Parteilichkeit entgegenwirken können. Geht es klientelbezogen um das Empowerment (Ansen 2013, 56), also Befähigung zu einer eigenständig gelingenderen Lebensführung und stärkeren gesellschaftlichen Teilhabe, übt der Staat seine Macht in Form von Kontrollansprüchen aus. Der Rückgriff auf handlungsleitende Prinzipien fördert eine Fallbezogenheit, die dem Uno-Actu-Prinzip gleichkommt (vgl. ebd.). Staub-Bernasconi (2018) knüpft mit ihrer Erweiterung des Doppelmandats an dieses Professionsverständnis an. Gelten ursprünglich Gesellschaft und Klient*in als Mandatsgeber*in, deren Ansprüchen Soziale Arbeit nicht einseitig nachkommen dürfe, bietet der Rückbezug auf die eigene Profession eine Unabhängigkeit bei der Bearbeitung aus dieser Logik heraus entstehender Machtansprüche (vgl. ebd., 111 ff.). Die Autorin setzt das dritte Mandat aus einer „Wissenschaftsbasierung“ und einer „Ethikbasierung“ (Berufskodex) (ebd., 114) und die im Berufskodex immanenten Menschenrechte als Legitimationsbasis professionellen Handelns zusammen. Nach Staub-Bernasconi müssen Sozialarbeiter*innen hier eine Begrenzungsmacht geltend machen (vgl. ebd., 282). Dies wird auch durch die im Schema nach Baum (1996) eingezeichnete doppelte Identität der Fachkraft deutlich: Akteur*in und gleichzeitig Repräsentant*in der eigenen Profession. Schmid Noerr schreibt hier in Erklärung Baums Konstrukt:

„Zur Professionalität gehört, dass sie in Theorie und Praxis fachliche und ethische Standards entwickelt, die im Sinne des ‚Tripelmandats‘ [...] zur systemisch autonomen Einschätzung von Anforderungen seitens anderer Funktionssysteme und auch seitens der Hilfeempfänger taugen“ (Schmid Noerr 2012, 98).

Diese Standards leiten dann zu einem Berufsbild, das das Einschätzen einer Angemessenheit konkreter Handlungen ermöglichen muss. Dies entspricht ebenso den Erläuterungen Dewes und Ottos, die das Professionswissen als eine Wissensform beschreiben, die nicht rein wissenschaftlichen betrachtet und überprüft werden kann. Es unterliege keiner „Wahrheitsdifferenz“, sondern einem „Angemessenheitskriterium“ (Dewe/Otto 2012, 211). Die Theorien, auf die zurückgegriffen wird, um sozialprofessionell zu handeln, können auch als Handlungstheorien bezeichnet werden (Obrecht 2000, 122). Diese ermöglichen Aussagen über Adressaten, die Praxis, Institution und Prognosen. Außerdem, wie bereits vorangegangen beleuchtet, will die soziale Arbeit als Handlungswissenschaft nicht nur die eben benannten Bereiche verstehen, sondern sie auch verändern. Hierfür benötigt sie Ethik. Diese bestimmt die Grundorientierung und wird identifiziert als eine Reflexionsebene von Moral (vgl. Thiersch 2015, 1058). Die Moral wiederum gleicht einer subjektiven Verbindlichkeitsempfindung für eine bestimmte

Handlungsweise. Der Objektivität des eigenen professionellen Handelns entspricht es beispielsweise dem*der Klient*in nicht die eigene Moral zu oktroyieren (vgl. Sickendiek, Ursel 2013, 1429ff.). Eine spezifische Form von Ethik ist auf Basis des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) gegeben. Hierbei handelt es sich um die Professionsethik (vgl. DBSH 2014, 29ff.). Der DBSH orientiert sich hierfür an der Definition der Sozialen Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW):

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit“ (DBSH 2014, 29).

Die ersten beiden Prinzipien, sprich die soziale Gerechtigkeit und die Menschenrechte lassen sich wiederum an zwei verschiedene Ethikformen angliedern: die Sozialethik, die sich auf eine Chancengerechtigkeit auf gesamtgesellschaftlicher Ebene bezieht und die Individualethik, die im Sinne eines humanitären Menschenbildes mit der Menschenwürde, bzw. der Achtung ihrer verknüpft ist (vgl. DBSH 2014, 30f.). Das beschriebene professionstheoretische Konstrukt ist komplex und nicht frei von Widersprüchen. Es stellt den*die Sozialarbeitende*n vor anspruchsvolle An- wie Herausforderungen. Gleichsam ergibt sich aus dem multidimensionalen Verständnis eine besondere Verantwortung, die in handlungs- und haltungsleitenden Prinzipien sichtbar wird. Menschen, die Angebote der Profession wahrnehmen, befinden sich häufig in – teils hochgradig – belastenden Situationen, die das Potenzial einer Krise oder auch Suizidalität in sich bergen. Die angesprochene Gewissenhaftigkeit kommt dann einer speziellen, professionellen Feinsicht gleich. Das fünfte Kapitel wird an diesen Punkten anknüpfen und ihnen durch eine detaillierte ethische Betrachtung des Verantwortungsbegriffs sowie einer reflexiven Auseinandersetzung mit der Angemessenheit situativ-grenzüberschreitenden Handelns Tiefe verleihen.

3 WISSEN I: Terminologie & einführende Erklärungen

3.1 Sucht

3.1.1 Erklärungs- und Entstehungsmodelle

1977 führt Georg L. Engel das bio-psycho-soziale Modell (BPSM) von Gesundheit und Krankheit ein und erweitert somit die Perspektive auf die Ätiologie und damit verbunden Behandlungsansätze von Suchterkrankungen. Die Vorlage hierfür erhält er von Jellinek (1960), der zuvor das Krankheitsmodell prägt und die These aufstellt, dass es biologische, psychische und soziale Nebeneffekte im Fall einer Abhängigkeitserkrankung gebe. Engel knüpft dort an und merkt an, dass biologische, genetische, psychische, emotionale und soziokulturelle Faktoren

einen merklichen Einfluss auf Krankheiten wie Sucht haben können und den Gesundheitszustand des betroffenen Individuums sogar verschlechtern können (vgl. 1977, 132ff.). Das Bedingungsgefüge befinde sich zusätzlich in einem „kontinuierlich ändernden Wechselverhältnis“ (Laging 2016, 20; nach Pauls 2013, 96). So biete das bio-psycho-soziale Modell eine holistische, klientel-zentrierte Perspektive (Skewes; Gonzales 2013, 69). Durch den salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky werde das BPSM durch eine Ressourcenorientierung erweitert (vgl. Laging 2016, 20). Der Fokus liege dementsprechend auf den Bewältigungs- und Genesungsmöglichkeiten (ebd.). Ein dichotomes Verständnis von Gesundheit und Krankheit werde demgegenüber abgelehnt (vgl. Pauls 2013, 103). Ein besseres Verständnis für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen lässt sich durch das „Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren“ (Laging 2016, 24) schaffen. Diese seien der Epidemiologie zuzuordnen. Es werde zwischen Einflüssen unterschieden, die entweder eine Erkrankung begünstigen oder eben diese verhindern (ebd.). Im Sinne der Salutogenese werde eine Stärkung von Schutzfaktoren gegenüber einer Reduzierung von Risikofaktoren präferiert (Hurrelmann et al. 2016, 677). Das multifaktorielle Modell der Suchtentstehung nach Kielholz und Ladewig (1972) knüpft daran an und bietet eine mögliche Strukturierung genannter Einflüsse. Es handelt sich um ein Schema, demzufolge „[...] die Sucht durch ein Zusammenwirken der psychischen Disposition des Betroffenen, der Griffnähe zur Substanz und der sozialen Umgebungsbedingungen erzeugt wird. Jede der drei Bedingungen ist notwendig, keine aber hinreichend für die Pathogenese“ (Bell 2014, 55). Lediglich eine Komponente zu entfernen, reicht daher nicht aus, um dem Individuum eine dauerhafte Stabilität im Sinne einer Abstinenz oder eines kontrollierten Konsums zu ermöglichen. In anderen Worten kann von einem wechselseitigen Bedingungsgefüge zwischen Individuum, Suchtmittel oder -verhalten und Umwelt gesprochen werden. Zu erstem Aspekt gehören exemplarisch die Sozialisation, genetische Veranlagung oder auch Erwartungshaltung, während in Bezug auf das Suchtmittel-, bzw. Verhalten u.a. Dosis, Griffnähe, Toleranz und individuelle Reaktion eine Rolle spielen. Die Umwelt schließt sowohl eine soziale als auch eine materielle Betrachtungsweise ein. Es sind primäre soziale Netzwerke, genau wie Kontakte auf sekundärer und tertiärer Ebene angesprochen (vgl. ebd.).

3.1.2 Krankheitsbild: Diagnostik & psychosoziale Folgen

Laut der 10. Version des International Classification of Diseases (ICD10)¹ definiert die WHO sechs Kriterien, von denen innerhalb eines Jahres drei gegeben sein müssen, damit eine Abhängigkeitserkrankung besteht (vgl. Fachverband Sucht e.V. o.J.):

¹ Aufgrund der Orientierung an der aktuellen Dokumentationspraxis der Hamburger Suchthilfe wird hier auf die den ICD10 zurückgegriffen. Die 11. Version ist seitdem 01.01.22 zwar grundsätzlich auf deutsch verfügbar. Es

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Konsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Eine Abhängigkeitsentwicklung verläuft schleichend (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) o.J.). Beim Genuss beginnend, sprich seltenem Konsum zu bestimmten Anlässen, kann es zu einer Gewöhnung kommen. Der Konsum wird zum Ritual. An diesem Punkt kann der*die Konsument*in noch selbstbestimmt über das Maß der Einnahme oder des Verhaltens entscheiden. Im Fall eines missbräuchlichen Konsums ist dann die Selbstwirksamkeit bereits eingeschränkt: wichtige Verpflichtungen werden nicht erfüllt und es kommt zu wiederholtem Konsum, trotz möglicher körperlicher Gefährdung. Außerdem entstehen unter Umständen gesetzliche Konflikte und der Konsum wird auch bei Kritik seitens Dritter, teils enger Bezugspersonen weitergeführt. Die Schwelle zur Abhängigkeit ist niedrig.

Gerade an dieser Nahtstelle beginnt das suchtfördernde Mittel oder Verhalten eine Funktion zu erfüllen, die sich im Hinblick auf die Stressforschung erhellen lässt. Lazarus hat diesbezüglich das transaktionale Stresskonzept entwickelt, das diese Reaktion prozesshaft darstellt (vgl. Balz 2018, 648ff.). Anhand einer primären Bewertung schätze die Person die subjektive Bedeutung des Stressors ein. Anschließend überprüfe sie in der sekundären Bewertung die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen. Werden diese subjektiv als nicht ausreichend eingeschätzt, entstehe eine Situation der Überforderung, sprich die betroffene Person gerät unter Stress. Um den Stress zu bewältigen, stehen verschieden geartete Formen von Copingstrategien zur Verfügung. Es bestehe die Möglichkeit eines problemorientierten oder eines emotionsorientierten Umgangs. Zusätzlich werde zwischen adaptiven und maladaptiven Strategien unterschieden. Diese Differenzierung beziehe sich auf die Nachhaltigkeit der Bewältigung. Die tatsächliche Wahl werde auch durch die Erfahrungswerte aus früheren Stresssituationen bedingt. Inwiefern die Art und Weise der Stressreaktion erfolgreich war und somit die Balance wiederhergestellt werden konnte, erschließe sich durch die finale Phase der Neubewertung (vgl. Lazarus 2005, 236ff.).

handelt sich allerdings um eine Entwurfsfassung. Andere Klassifizierungssysteme, wie ICF und DSMV gehören nicht zur derzeitigen gängigen Praxis und werden daher hier nicht verwendet.

Konnten früher Stressoren wie beispielsweise belastende Anteile einer Partnerschaft und, bzw. oder eine defizitäre Work-Life-Balance durch ein Repertoire an internen und externen Ressourcen adaptiv bewältigt werden, ist dies durch das fortschreitende Eintreten psychosozialer Folgen bei einer tatsächlichen Abhängigkeitsausprägung nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt möglich.

Wie bereits oben beschrieben, ist bei einem missbräuchlichen Konsum eine Symptomatik gegeben, die auf eine eingeschränkte Selbstbestimmung, bzw. Selbstwirksamkeit schließen lässt. Stein schreibt diesbezüglich:

„Überwiegen inadäquate oder schädliche Bewältigungsversuche, die dazu dienen, sich vom massiven Druck zu entlasten, und werden wichtige Ziele aufgegeben, kann es zur Chronifizierung von Symptomen und zur psychischen oder psychosomatischen Störung kommen, die dauerhaft erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität nach sich ziehen.“ (Stein 2015, 24)

Die Entwicklung einer psychosomatischen Störung in Form einer Abhängigkeitserkrankung hat somit zur Folge, dass sich die situativ stressbedingte, psychosoziale Dysbalance weiter verfestigt oder noch verstärkt.

Durch die klare Fokussierung des Konsums werden alle weiteren Lebensbereiche vernachlässigt. Physis und Psyche weisen ersichtliche gesundheitliche Schäden auf, es erfolgt ein verstärkter sozialer Rückzug, berufliche Pflichten werden immer mehr vernachlässigt und Vertrauensmissbräuche führen zur Reduzierung möglicher Bezugspersonen. Gerade Letztere spielen im Zusammenhang mit benötigten Ressourcen bei einer Krisenbewältigung eine essenzielle Rolle. So kann es zu einer Abwärtsspirale kommen, die sich durch den Kontrast zwischen abnehmender Menge an Ressourcen und ansteigenden problematischen Einflüssen zuspitzt. Ohne eine angemessene Unterstützung drohe dann eine Eskalation, die invasiven Handlungsbedarf erfordere (vgl. Stein 2015, 48). Das Individuum ist an einen Punkt gelangt, an dem es nicht mehr zu umfangreichen Abwägungen und zur Selbstreflexion fähig ist. Impulsive Handlungen, die nicht selten durch fremd- oder selbstverletzendes Verhalten gekennzeichnet sind, können nun mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten (vgl. ebd.).

Wenn das Individuum durch den beschriebenen Belastungsgrad situationsbedingt nicht mehr zu nachhaltig durchdachten Entscheidungen in der Lage ist, liegt es unter Umständen an den Sozialprofessionell Schaffenden, ihrer Rolle als helfender Instanz gerecht zu werden und ggf. eine Entscheidung zum Wohlbefinden ihrer Klient*innen zu treffen. Dabei ist eine holistische und sensible Perspektive von Nöten, die diese spezielle Form der vorübergehenden Verantwortungsübernahme begleitet. Schließlich sind Sozialarbeitende – wie bereits im ersten Ethikteil der Arbeit beschrieben – in ihrem Agieren bei jeglicher Orientierung an der Klientel nicht von

externen Anforderungen freigestellt. Mögliche ethische Prüfkriterien zu einem angemessenen Vorgehen bei vorliegenden suizidalen Krisen werden im zweiten Ethikteil detailliert ausgeführt. Dieses Unterkapitel verdeutlicht erst einmal die Verbindung zwischen Sucht und Suizidalität. Letzteres Phänomen wird im nächsten Kapitel beleuchtet.

3.2 Suizidalität

3.2.1 Definition

Nach Dormmann wird Suizidalität wie folgt definiert:

„Von Selbsttötungsabsichten einer Person spricht man, wenn diese Person Verhaltensweisen zeigt oder auch gedankliche Prozesse berichtet, welche Handlungen oder auch Unterlassungen darstellen bzw. solche Planungen zum Inhalt haben, die aus der Sicht der Personen zwangsläufig kurz- oder langfristig zum Tod führen oder die eigene Gesundheit in existenzieller Weise gefährden.“ (Dormmann 2018, 30).

Der Autor wählt hier bewusst eine komplexe Darstellung des Begriffs. Es werden eher passive Gedanken- wie Gefühlsgänge genauso wie bewusst und konkret geplante Vorhaben angesprochen, die in ihrer Konsequenz lang- oder auch kurzfristig den Tod zur Folge haben. So bewegt sich Suizidalität in einem Kontinuum. Dormmann erwähnt neben den beschriebenen Selbsttötungsabsichten auch den Parasuizid nach Kreitmann (1986), der nicht den Zweck der tatsächlichen Beendigung des eigenen Lebens verfolgt. Er beschreibt Parasuizid als „jedes autodestruktive Verhalten ohne tödlichen Ausgang“ (1986). Hieran knüpft auch Leupold in seiner Differenzierung des Suizidalitätbegriffs an. Demnach besäßen parasuizidale Handlungen einen exemplarisch anrufenden Charakter, der nicht den tatsächlichen Tod verfolge – aber dieser dadurch durchaus in Kauf genommen werde. (vgl. Leupold 2021, 908). Im Wörterbuch der Sozialen Arbeit schlägt der Verfasser des Beitrags „Suizidalität“ eine begriffliche Differenzierung auf verschiedenen Ebenen vor. In Bezug auf das eigene Tun könne eine Unterscheidung aufgrund des Ausgangs suizidaler Handlungen vorgenommen werden: Leben oder Tod – Suizidversuch oder vollendeter Selbsttötungsabsichten. Ebenso sei hier die Einbeziehung der Methode als Kriterium möglich. Leupold stellt hier „weiche“ und „harte“ Methoden gegenüber (ebd.). Zudem gebe es, abhängig von der Anzahl der am Suizid beteiligten Personen, eine weitere Ebene mit folgenden Formen: einvernehmlicher „Doppelsuizid“ und „erweiterter Suizid“, der meist ohne Einverständnis der beteiligten Personen vorgenommen wird. Auch temporal ist nach Leupold eine Differenzierung möglich: „Bilanz- oder Abwägungssuizid“, der mit einer längeren Vorlauf-, bzw. Planungszeit verbunden ist und der sogenannte „Kurzschlusssuizid“, der meist als direkte Reaktion auf ein auslösendes Ereignis folgt. Die „Ebene des inneren Erlebens“ bildet in seinen Verschriftlichungen die letztgenannte Differenzierungsmöglichkeit. Es werden nachstehend Motive unterschieden:

- *erstens* Ruhewünsche, denen die erkennbare Sterbeabsicht fehlt,
- *zweitens* Todeswünsche, die aufgrund einer situativen Überforderung geschildert werden und eine bestimmte, von Handlungsdruck befreite und eher im höheren Alter angesiedelte Form von Suizidalität beschreibt,
- *drittens* Suizidideen, denen eine Ambivalenz innewohnt, ohne das konkrete Planungsschritte getätigt werden oder
- *viertens* Suizidabsichten, die konträr zum vorangegangenen Punkt mit konkreten Vorstellungen und einem starken Handlungsdruck verknüpft sind. (vgl. ebd., 908f.)

Zur Vollständigkeit sei an dieser Stelle auch der bereits vorstehend erwähnte Suizid-Begriff näher ausgeführt. Dieser wird im Fachlexikon für Soziale Arbeit folgendermaßen definiert: „Suizid oder Selbsttötung sind neutrale, nicht mit einer Bewertung verbundene Bezeichnungen für die erfolgreiche Vornahme einer Handlung zur bewussten Beendigung des eigenen Lebens“ (Verrel 2017, 895).

3.2.2 Anzeichen

Eink und Haltenhof beschreiben in Ihrem Kapitel „Risikoindikatoren“ Gruppen, Situationen, Befindlichkeiten und Signale, die auf Suizidalität, bzw. das Auftreten einer suizidalen Krise hindeuten (vgl. Eink/Haltenhof 2012, 48ff.). Dieser Textabschnitt widmet sich den Risikosituationen, -befindlichkeiten und -signalen während zuerst genannte Ausprägung im nachfolgenden Kapitel detailliert bearbeitet wird. Den ersten Punkt betrachtend, handle es sich hierbei primär um einen bereits geschehenen oder kurz bevorstehenden Verlust einer nahstehenden Person oder auch eines Haustiers. (vgl. ebd., 49). Sekundär nennen die Autoren „Kränkungen und Zurückweisungen“ (ebd.), die im privaten – aber auch öffentlichen Kontext geschehen können. Auch Lebensveränderungen oder der Übergang in eine neue Lebensphase sei, bei Hinzukommen zusätzlicher belastender Stressoren, ein situativer Indikator (vgl. ebd., 50). Des Weiteren können, laut der Verfasser, überfordernde oder auch überlastende Lebensumstände an sich eine suizidale Krise auslösen. Zuletzt zählen sie folgende Einflussfaktoren auf: Entwurzelung durch exemplarisch Migration, Auswirkung wirtschaftlicher Probleme und Verkehrsunfälle – vor allem bei eigenem Verschulden und tödlichen Folgen für Beteiligte sowie (drohende) Kriminalisierung. In Bezugnahme auf Risikobefindlichkeiten sprechen die Autoren vor allem von negativen und belastenden Emotionen wie Niedergeschlagenheit, mangelndem Selbstwert, starken Angst- und Unruhezuständen, die sich dann auch in Wut- und Ärger-geleiteten Handlungen gegen Andere oder sich selbst bemerkbar machen können, bis hin zu wahnhaften Vorstellungen, Schlafstörungen sowie unerträglichen psychische Schmerzen.

Neben situativen und gemütszugehörigen Einflüssen können suizidale Absichten auch durch verbale Äußerungen zum Vorschein kommen (vgl. Dormann 2018, 40). In diesem Zusammenhang nennt Dormann beispielhaft folgende Formulierungen: „Ich mache das nicht mehr mit.“;

„Ich hasse dieses Leben.“ oder „Ich will einfach Ruhe haben, nichts mehr hören und sehen.“ (ebd.). Zusätzlich schreiben Eink und Haltenhof, dass ein Klagen über beispielsweise diffuse psychosoziale Probleme (vgl. Eink/Haltenhof 2012, 52), eine Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Gesundheit oder auch ein bewusst riskantes Verhalten gleichsam Anzeichen für Suizidalität sein können.

Ringel (1953) stellt demgegenüber das Präsuizidale Syndrom auf, das sich aus drei Komponenten zusammensetzt: Einengung der Handlungsoptionen, gegen die eigene Person gerichtete negative Emotionen und konkret bzw. unkonkret zum Ausdruck gebrachte Selbstmordfantasien (vgl. Ringel 1953). Shneidman (1988) beschreibt zehn Anzeichen, die auf Suizidalität hinweisen: Psychische Schmerzen, die ein Ausmaß angenommen haben, das subjektiv nur noch eine stark reduzierte Umgangsweise zulässt; defizitäre Befriedigung emotionaler Bedürfnisse und ein äußerst eingeschränktes Repertoire an Lösungsstrategien. Ein weiteres Anzeichen ist das Zurückgreifen auf Bewältigungsstrategien, die vor allem eine ablenkende und betäubende Funktion erfüllen, wie übermäßiger Konsum oder Schlaf. Weiterhin bilden eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Einengung der Perspektive auf mögliche Copingstrategien, eine Ambivalenz zwischen Leben und Tod, Unterlassungs- oder Abschiedshandlungen und/oder bisherige Problemlösungsmuster, die vor allem einer Flucht entsprechen, zusätzliche Hinweise (vgl. Shneidman 1988).

3.2.3 Risikogruppe

Wie eben beschrieben, setzen sich Eink und Haltenhof gleichfalls mit den Merkmalen einer Risikogruppe auseinander, die bereits durch „viele Untersuchungen“ (Eink/Haltenhof 2012, 48) bestätigt wurden. Sie stellen dbzgl. eine Liste auf (vgl. ebd., 48f.):

- alleinlebende, vereinsamte, isolierte Menschen,
- ältere Männer (für Suizid) bzw. jüngere Frauen (für Suizidversuch),
- arbeitslose, traumatisierte, von psychischen Erkrankungen (v.a. depressive Störungen, schizophrene Psychosen, Abhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen) betroffene Menschen,
- Personen mit Komorbidität, Selbsttötungsversuchen in der Vorgeschichte, in psychosozialen Krisen
- Suizide im näheren sozialen Umfeld
- mehrfache, stationäre Aufenthalte, insbesondere mit kürzer werdenden Behandlungsabständen
- bedrohliche, schmerzhaftes Krankheiten mit insbesondere chronischem Verlauf.

Zudem verfassen Haenel und Pöldinger (1986) fünf Merkmale einer Risikogruppe. Demnach seien vor allem depressive, sucht-krankte, alte sowie vereinsamte Klienten und/oder Menschen, die bereits einen Suizid angekündigt haben und/oder bereits durch einen Selbsttötungsversuch

auffällig geworden sind, vorbelastet (vgl. ebd.). Außerdem gebe es laut Kreitmann (1986) verschiedene Risikomerkmale. Hierzu zählen mitunter die Indikatoren: männlich, zwischen 35 und 54 Jahren, Ende einer Beziehung, arbeitslos, alleinlebend, physisch oder psychisch krank (vgl. Kreitmann 1986)

3.2.4 Modellhaftes Verständnis von Suizidalität

In Bezug auf die genannte Krisenintervention gilt festzustellen von welchem Verständnisrahmen auszugehen ist, wenn Suizidalität auftritt. Eink und Haltenhofer grenzen dbzgl. zwei Modelle voneinander ab. Selbsttötungsabsichten kann zum einen als Form einer veränderten Wahrnehmung eines psychisch krankhaften Zustands, wie z.B. einer Depression, entspringen (vgl. Eink/Haltenhof 2017, 39). Sie betonen hierbei, dass Suizidalität selbst als Krankheit nicht existiert. Demgegenüber zeichnen sie Suizidalität als „Ausdruck einer menschlich krisenhaften Entwicklung, die beim Betroffenen in der Regel mit Gefühlen des Scheiterns und der Hoffnungslosigkeit verknüpft sind und die gleichzeitig als Form einer (destruktiven) Krisenbewältigungsversuches verstanden werden kann“ (Eink/Haltenhof 2012, 37). Die Autoren beziehen sich an dieser Stelle auf das Krisenmodell von Wolfersdorf (2000), das von anfänglich psychisch, biologisch und soziologisch gegebenen Bedingungen und einer daran anschließenden „lebensgeschichtlichen Entwicklung“ (Eink/Haltenhof 2012, 37.) ausgeht, die eine durchaus ‚gesunde‘ Persönlichkeit zutage tragen. Einflussfaktoren wie ein exemplarisch maladaptiver Bewältigungsverhalten können – trotz einer basal stabil gegebenen Psyche – im Ergebnis allerdings zu einer Krise mit suizidaler Einengung führen. Dieses Verständnis knüpft eng an die beschriebene, psychosozial dynamische Entwicklung einer Suchterkrankung an. In einer weiteren graphischen Darstellung, die sich an Wolfersdorf (2000) orientiert, wird Sucht – neben Suizidalität – als eine mögliche Bewältigungsform gelistet (Eink/Haltenhof 2017, 40). Dies unterstreicht den Zusammenhang beider Problematiken und verdeutlicht, dass Selbsttötungsabsichten in Schnittmenge mit Abhängigkeit und daraus folgernd die sozialprofessionelle Reaktion darauf in grundlegender Orientierung an einem Krisenmodell verstanden werden können. An dieser Stelle sei betont, wie auch Leupold schreibt, dass aktuell erwiesen ist, dass über das modellhafte Verständnis hinaus eine multifaktorielles Bedingungsgefüge bei der Entstehung von Suizidalität stets mitbedacht werden muss (vgl. Leupold 2021, 909). Diesem Verständnis kommt auch Wassermann (2001) mit seinem „Stress-Vulnerabilitätsmodell“ zur Erklärung der Entstehungs- und Einflussbedingungen suizidalen Verhaltens gleich (vgl. Schneider/Wetterling 2016, 72). Demnach gebe es Risikofaktoren, die wiederum in Stresseinflüsse und akute Trigger aufgeteilt sind. Zur ersten Variablen gehören nach Wassermann u.a. sozialer Stress, Armut, Arbeitslosigkeit, psychische wie physische Erkrankungen wie auch explizit Alkohol- und Drogenkonsum.

Als akute Trigger werden demgegenüber vom Autor z.B. Verluste, negative oder auch traumatische Ereignisse sowie ein Rückfall, bzw. Exazerbation einer Krankheit genannt. Demgegenüber stehen protektive Faktoren, die in verschiedene Bereiche untergliedert werden. Es handle sich hierbei um individuums- als auch umgebungsbezogene Faktoren. Letztere schließe die soziale, kulturelle sowie sozialräumliche Ebene ein. Im Verlauf beeinflusse das Gleichgewicht zwischen den genannten Gegenpolen die Entwicklung suizidalen Verhaltens, sprich je vulnerabler das Individuum, desto größer das Risiko eines tatsächlich auftretenden suizidalen Verhaltens (vgl. ebd.). Zur Entstehung von Selbsttötungsabsichten bei Alkoholgebrauch gebe es bisher wenige Modelle (Hufford 2001; Lamis/Malone 2012, Conner und Duberstein 2004). Lamis und Malone stellen in Anlehnung an Conner und Duberstein ein Wirkungsgefüge aus prädisponierenden und auslösenden Faktoren (vgl. Schneider/Wetterling 2016, 90). Suchterkrankung bilde hierbei neben Impulsivität und Aggressivität und Depressivität wie Selbstwertproblemen eine Prädisposition. Diese bedingen sich wechselseitig mit (interpersonellen) Auseinandersetzungen, Intoxikation und Hoffnungslosigkeit, die dann suizidales Verhalten auslösen. Eine besondere Verbindung wird hier zwischen Alkoholmissbrauch und Depressivität durch das Eintreten eines Rückfalls gezogen (vgl. ebd.).

4 KÖNNEN I: Suchtberatung – Suizidprävention – Non-Suizid-Vertrag

4.1 Suchtberatung als Praxisfeld der Sozialen Arbeit

4.1.1 Aufgaben

Gemäß dem Eintrag unter „Drogenberatung“ im Fachlexikon der Sozialen Arbeit umfasst die soziale Dienstleistung regelhaft eine zeitnahe, voraussetzungsloses Erstgespräch und kann bei Bedarf in eine geeignete Einrichtung oder Leistung vermitteln oder ggf. in einen längerfristigen Beratungsprozess überführen (vgl. Drees 2017, 201). Für eine Weitervermittlung kommen je nach Bedarf ambulante wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Leistungen des Rechts- oder Schuldnerberatung sowie zusätzliche, bzw. alternative Angebote der Jugend- und Sozialhilfe infrage. Neben der Klärung von Zuständigkeiten sollen ebenso die Ausprägung eines Problembewusstseins sowie der Veränderungsmotivation überprüft und ggf. gefördert werden. Außerdem kann sie auch zur Aufklärung, bzw. Sensibilisierung für die Wirkweisen von verschiedenen Stoffen und Verhaltensweisen und deren Suchtpotential dienen. Im Fall weiterführender Gespräche bilden dann eine ausführliche Anamnese – sprich das ganzheitliche Erfassen der aktuellen Lebenslage sowie wichtiger Schlüsselereignisse der Vergangenheit, die zur Krankheitsentwicklung beigetragen haben können – die Klärung des Hilfebedarfs und die Betrachtung von Ressourcen und bisherigen Bewältigungsversuchen. Hieraus leite sich die anschließende Indikation und Einschätzung in Bezugnahme auf begleitende psychische

Erkrankungen sowie auf die Hilfeplanung an. Krisenintervention, die im Sinne des zuvor herausgearbeiteten Verständnisses als Suizidprävention auch das Auftreten von Selbsttötungsabsichten im Beratungskontext einschließt, wird von der Autorin des Eintrags explizit den Aufgaben zugeordnet (vgl. ebd.). Auch Laging (2016) und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (vgl. DG-SAS 2016, 22) beziehen diese spezielle Form der Hilfe bei der Betrachtung des Angebotsprofils der „ambulanten Suchthilfe“ (Laging 2016, 114), bzw. der „ambulante[n] Suchtberatung [...]“ (DG-SAS 2016, 21) mit ein. Des Weiteren greift Laging die bereits beschriebenen Inhalte in Gestalt einer Untergliederung in Informationsvermittlung, problemorientierte Beratung und Vermittlung auf (2016, 178f.).

4.1.2 Ziele

Je nachdem wie niedrigschwellig das Beratungsangebot angesiedelt ist, können verschiedene Zielebenen definiert werden. Eine besonders flexible und unverbindliche Begleitung ohne strikte Zugangsvoraussetzungen kann in den Fokus nehmen, das Überleben zu sichern oder, durch stetigen unsicheren Konsum bereits herbeigeführte oder potenzielle Schäden zu minimieren. Darüber hinaus kann eine Abstinenz forciert werden. Die DG-SAS schreibt zudem, dass die Begleitung die Lebensqualität der Klient*innen dauerhaft verbessern, selbstbestimmteres Leben fördern und gesellschaftliche Teilhabe realisieren soll (vgl. DG-SAS 2016, 21). Die Verwirklichung dieser Punkte ist allerdings nur möglich, wenn die Klientel ihre Rolle als Co-Produzent*innen auch angemessen annehmen können. Häufig sind die Adressat*innen in der ersten Phase des Beratungsprozesses besonders stark belastet – stehen also unter einem hohen Leidensdruck. Um gemeinsam eine prozesshafte Begleitung hin zu einer gelingenderen Lebensführung gestalten zu können, müssen erst einmal eine dementsprechende psychische wie physische Verfassung hergestellt werden. Die Bearbeitung einer Krise wird demnach einer längerfristigen Bearbeitung der Abhängigkeitserkrankung stets priorisiert. So bildet die Wiederherstellung einer Absprachefähigkeit und einer möglichst klaren wie entscheidungsfähigen Kognition in Verbindung mit dem eindeutigen Benennen der Krisenintervention als Aufgabe der Suchtberatung ein weiteres Ziel (vgl. ebd., 22). Bei einer suizidalen Einengung möglicher Handlungsoptionen kann dann im Sinne der Fürsorgepflicht auch das Einleiten von Zwangsmaßnahmen in Frage kommen. Die übergeordnete Zielebene ist laut DGSAS Individuum- und Gesellschaft-bezogen, indem auf persönliche Verbesserung der Gesundheit und Förderung der sozialen wie beruflichen (Re-)integration abgezielt werden (vgl. DG-SAS 2016, 21). Auch hier spiegelt sich das professionstheoretische Verständnis von Staub-Bernasconi wider, nachdem sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit im stetigen Spannungsfeld eines Trippelmandats bewegen.

4.2 Suizidprävention

4.2.1 Definition

Nach Leupold umfasst „Suizidprävention [...] vielfältige personen- sowie strukturbezogene Maßnahmen, die darauf abzielen, suizidale Menschen professionell so zu unterstützen, dass ein Suizid verhindert wird, um für die weitere Lebensplanung Zeit zu gewinnen“ (Leupold 2021, 909). Die WHO geht in ihrem Bericht (2016) auf die bezeichneten Maßnahmen anhand einer Übersicht ein (vgl. 33ff.). Sie nutzt hierzu eine Unterteilung von Risikofaktoren auf drei verschiedene Ebenen: Gesellschaft und Gesundheitssystem; Kommune und Beziehungen; sowie Individuum. Angliedernd an diese Differenzierung werden universelle, selektive und indizierte Interventionsstrategien unterschieden (vgl. WHO 2016, 9). Sie werden jeweils anhand der Größe/Breite des zu erreichenden Personenkreises separiert. So richtet sich die erste Form an die Gesamtbevölkerung, während die sekundäre Art von Interventionsstrategien „Risikogruppen“ (ebd.) in den Blick nimmt und ein indiziertes präventives Vorgehen bestimmte gefährdete Einzelfälle fokussiert (vgl. ebd.). An die anfangs verschriftlichte Definition anknüpfend, zählt Leupold die Risikodiagnostik sowie darauf aufbauend die Intervention im Rahmen einer suizidalen Krise zu den sozialprofessionellen Aufgaben (vgl. Leupold 2021, 909f.). Dementsprechend umschließt der Suizidbegriff die Ebene des Erkennens sowie die des Handelns. Wolfersdorf et al. bestätigen diese terminologische Darstellung durch das Aufstellen dieser Grundprinzipien:

„Suizidprävention ist Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsicht und aktuelle Suizidhandlung; ist Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge; ist Minderung von aktuellem Leidensdruck und von Hoffnungslosigkeit. Ziel ist, der Suizident verzichtet (vorerst) auf suizidale Handlung.“ (Wolfersdorf, Bronisch, Wedler 2008, 21).

Eink und Haltenhof differenzieren bzgl. einer derartigen Verhütung zwischen einer primären, sekundären und tertiären Ebene (vgl. Eink/Haltenhof 2017, 118f.). Im ersten Fall geht es darum, der Entstehung suizidalen Krisen bei einer gesunden Person vorzubeugen. Auf der nächststehenden Ebene sollen suizidale Handlungen bei einer suizidgefährdeten Person verhindert werden. Die tertiäre Suizidprävention richtet sich an denjenigen Menschen aus, die bereits einen oder mehrere Selbsttötungsversuche in der Vergangenheit begangen haben (vgl. ebd.). Nach Schneider und Wetterling (2016) zählen zu primär präventiven Maßnahmen u.a. eine Förderung wirtschaftlicher, physischer wie psychischer gesundheitsbezogener Aspekte oder auch die Konstruktion eines sozialen Netzes (vgl. Schneider/Wetterling 2016, 135). Außerdem werde eine „Restriktion von Suizidmitteln“ (ebd.) sowie „Aufklärung und Verbesserung von Haltungen“ (ebd.) umgesetzt. Sekundär präventive Strategien beinhalten gemäß der Autor*innen exemplarisch das „Erkennen von fortbestehender Suizidalität, [ein] gut zugängliches Netzwerk von

Hilfsangeboten, medikamentöse wie therapeutische Behandlung von psychischen Symptomen (besonders depressive)“ (ebd., 136). Auf tertiärer Ebene gehe es um das fachliche Eingreifen bei Krisen, Psychoedukation sowie die Anbindung an therapeutische Angebote und Selbsthilfeformate. (vgl. ebd.).

4.2.2 Diagnostik- und Interventionstools im Überblick

Im Zuge des bisher entwickelten Verständnisses von Suizidprävention, werden im folgenden Unterkapitel zuerst Techniken der Diagnostik und im zweiten Schritten Interventionsformen vorgestellt. Hinweise auf konkret vorliegende Suizidalität richtig zu deuten, ist ein Teil des Aufgabenprofils eines*r Berater*in. Dazu gehört es ebenso, richtig einzuschätzen wie hoch der subjektiv erlebte Handlungsdruck ist und inwiefern damit verbunden eine Absprachefähigkeit gegeben ist. Gerade Letztere bildet ein einflussreiches Kriterium bei der Auswahl einer adäquaten, individuell abgestimmten Umgangsform. Unabhängig von der Länge des Arbeitsverhältnisses muss eine gesunde Vertrauensbasis zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in geschaffen werden. Eine empathische, vorurteilsfreie, offene Grundhaltung erleichtert dies maßgeblich. Außerdem sollte die ambivalente Haltung des*der Klient*in ebenso gewürdigt werden (vgl. Dormann 2018, 40). Schließlich bedeutet die Inanspruchnahme von Hilfe, sich die subjektiv empfundene Ausweglosigkeit der eigenen Situation einzugestehen und sein Innerstes einer fremden Person zu offenbaren. Dieses Machtgefälle findet sich in der selbstreflexiven Frage seitens des*der Sozialarbeiter*in über das Maß des Verantwortungszuzugs wieder. Denn in Bezug auf die Wahrnehmung möglicher Selbsttötungsabsichten gilt: „Bei krankheitsbedingter Einschränkung des freien Willens sind auf der Grundlage entsprechender gesetzlicher Bestimmungen Zwangsmaßnahmen zur Verhinderung suizidaler Handlungen zulässig“ (Eink 2006, 69). Trotzdem muss auch hier wie in allen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit der basale Leitsatz der Hilfe zur Selbsthilfe Beachtung finden. Der*die Betroffene muss auf Dauer selbst von der Entscheidung zum Weiterleben überzeugt sein. Eine psychiatrische Notfallintervention kann also nicht um jeden Preis lediglich auf die Verhinderung des Suizids abzielen. Vielmehr sollte die Perspektive des*der Betroffenen durch Reduzierung der Belastungen wieder erweitert werden, um so zu einer größeren Entscheidungsfreiheit zu leiten (vgl. Eink 2006, 70).

Forkmann et al. stellen in ihrem Band, der in der Reihe „Kompendien Psychologische Diagnostik“ erschienen ist, eine Vielzahl möglicher Diagnostikinstrumente vor (vgl. Forkmann et al. 2016, 37ff.). Sie gehen hierbei auf „Screeninginstrumente und Checklisten“ (ebd.), „Interviewverfahren“ (ebd., 48), „Verhaltensdiagnostik bei suizidalem Verhalten“ (ebd., 62), „Selbstbeurteilungsverfahren“ (ebd., 68) sowie „Fremdbeurteilungsverfahren“ ein. Dormann (2012) rät im Allgemeinen von einer rein rezeptartigen Anwendung der zuvor genannten Tools und

Verfahrensweisen ab. Alternativ erklärt er, dass er für seine Praxis modifizierte, bzw. erweiterte Fragebögen und Skalen nutzt und nimmt fortführend auf bereits unter 3.2.2 beschriebene Anzeichen zur Ermittlung des Suizidrisikos Bezug (vgl. Dorrman 2012, 33ff.). Der Autor betont, dass „alle angeführten Kriterien [...] nur [helfen], die *subjektive* Einschätzung zu verbessern“ (2012, 41).

Darüber hinaus stellt Dorrman eine Reihe von Strategien im Umgang mit suizidalen Gedanken vor (vgl. Dorrman 2018, 48ff.). Beispielhaft werden Einige an dieser Stelle verkürzt dargestellt. Unter anderem reagiert der*die Berater*in auf den Druck, der mit einer Vermittlung von Selbsttötungsabsichten auf ihn*sie übertragen wird, indem Zeit gewonnen wird. Dies kann durch die Aufforderung zu einer umfangreichen Abwägung von Pro- und Contra-Argumenten oder zur genauen Schilderung der eigenen Handlungsintentionen geschehen. Letztere Strategie intendiert eine Überzeugung des*der Sozialprofessionellen von der eigenen Absicht. Weiterhin bedeutet es, mit den Betroffenen zu arbeiten, mit den bewusst und unbewusst zum Vorschein gebrachten Gefühlen, Teilen der Persönlichkeit, inneren Bildern und Weltanschauungen zu arbeiten. Dies überschneidet sich mit einer ressourcenorientierten Vorgehensweise, die meist in den Arbeitsprinzipien der Suchtberatung verankert ist (vgl. gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg-Nordost GgmbH o.J.). In diesem Sinne wird mit den lösungsfördernden Anteilen gearbeitet, die bereits in der Person vorliegen, aber durch den gegebenen Anlass unter Umständen blockiert werden. Weitere Optionen sind schriftliche wie mündliche Absprachen in Form eines Non-Suizid-Vertrags, zusätzlicher stützender Kontaktangebote, einer Selbstverpflichtungserklärung oder eines Notfallplans. Auf den NSV als Werkzeug der Intervention wird im folgenden Kapitel näher eingegangen. Eine weitere Möglichkeit ist die Konfrontation, die positive Energien beim Gegenüber freisetzen kann. Allerdings hängt die Wirkung meist von der Stabilität der Arbeitsbeziehung ab. So sollte diese Technik stets umsichtig genutzt werden. Unter dem Titel „Wenn nichts mehr geht“ (Dorrman 2018, 132) schließt Dorrman seine Überlegungen, indem er darauf hinweist, dass in einer besonders akuten Situation auch eine Einweisung im Sinne einer vorübergehenden Herausnahme aus dem Krisenkontext nach umfangreicher professioneller Einschätzung durchaus eine Option sein kann.

4.3 Non-Suizid-Vertrag

4.3.1 Terminologisch-theoretische Betrachtung

Nach Frey, die sich auf Drye et al. bezieht, gilt der NSV als „eine Aussage eines suizidgefährdeten Menschen, welcher sich entscheidet, sich nicht selbst zu verletzen oder umzubringen: ‚Egal was passiert, ich werde mich nicht umbringen, ob absichtlich oder unabsichtlich, zu jeder Zeit‘ (Frey 2017, 63; zit. nach Drye et al 1973, 172). Der NSV findet seinen theoretischen

Ursprung in der Transaktionsanalyse und wurde 1973 durch Drye und Gouldings entwickelt (vgl. Frey 2017, 63). Im Sinne transaktionaler Konzepte kann der Mensch nur Verantwortung für etwas übernehmen, das seinen eigenen Überlegungen und Handlungen entsprungen ist. Galt der NSV einige Jahre als alleinige methodische Errungenschaft der therapeutischen Praxis, wurde er 1981 durch einen Artikel in einer Fachzeitschrift ebenso pflegerischem Personal zugänglich gemacht (vgl. ebd., 66). Der größere Bekanntheitsgrad führt allerdings auch zu Kritik, da die neue Interventionstechnik eine mangelhafte empirische sowie methodische Verankerung aufweist. Letztere, theoretische Lücke kann durch White (2011) gefüllt werden. Der Autor kreiert den „NSV-Eisberg“², dessen aus dem Wasser ragende Spitze den Vertrag an sich bildet. Der bekanntlich viel größere Anteil, der sich unter der Wasseroberfläche befindet, ist durch die „Theorie der frühen Entscheidungen“, das „Konzept der Verträge“ und das „Konzept der persönlichen Verantwortung“ (Frey 2017, 66) gekennzeichnet. Es sei für eine zielführende Nutzung einer derartigen Vereinbarung unabdingbar, Kenntnis über die dahinterliegenden Grundlagen zu besitzen. Komplementär zur ursprünglich entwickelten Formulierung von Drye und Gouldings (1973) kommt es zu weiterentwickelten Versionen des Vertrags. Dorrman (2003) erstellt beispielsweise den NSV als ein Interventionsmittel, das vor allem auf der Verhaltenstherapie gründet und dann genutzt werden sollte, wenn die hauptsächliche Problematik im Bereich der Selbstkontrolle gegeben ist (vgl. Frey 2017, 67). Damit wird gleichsam eine der Funktionen des NSV angedeutet. Die Vereinbarung kann zum einen der Einschätzung der aktuellen Suizidalität und zum zweiten der subjektiven Bewältigung der aktuellen Krise dienlich sein.

4.3.2 Hinweise und Empfehlungen zur Anwendung

Folgende Schrittfolge gilt es laut Drye et al. bei der Anwendung des NSV zu beachten (vgl. Drye et al. 1973, 54f.): Zu Beginn sollte eine umfangreiche Erfassung der aktuellen Situation inklusive aller möglichen Risikofaktoren vollzogen werden. Durch einen gemeinsamen dystopischen Blick könne das Risikobewusstsein des*der Klient*in geschärft werden. Falls dadurch suizidale Fantasien zur Sprache kommen, gelte es, diese kommunikativ in den Vordergrund zu rücken. Bei konkreten Imaginationen sollte der*die Professionelle dann zur anfänglich beschriebenen Aussage auffordern, sprich der*die Klient*in formuliert das Versprechen sich selbst oder andere zu keinem Zeitpunkt zu schädigen. Komme das Gegenüber der Aufforderung nicht nach, gelte es zu ergründen, ob er*sie dies nicht wolle – dann erfolge eine Einladung zu einer alternativen Formulierung, oder nicht könne – was wiederum eine Überprüfung der Impulskontrolle nach sich ziehe. Je nachdem komme es dann zur situativen Festlegung keines, eines bedingten oder eines sehr hohen Risikos. Bei einem bedingten Risiko, sprich, wenn der

² Zur besseren Visualisierung ist eine Abbildung des NSV-Eisbergs im Anhang zu finden.

Vertrag aus Unwillen nicht unterzeichnet wird, können möglich Einschränkungen ausgehandelt werden. Hierzu zählen zeitliche Begrenzungen, unsichere Formulierungen oder das Einbringen von Ausschlusskriterien. Unabhängig von der Art der Einschränkung sollte der Vertrag keine Gültigkeit erhalten, solange diese bestehen und nicht durch weiterführende Gespräche aufgearbeitet wurden.

Grundsätzlich sollte vor dem Durchlaufen des vorangegangenen Prozesses eine Vertrauensbasis gegeben sein. Die Anwendung ist generell bei jedem Setting – auch bei psychotischen Klient*innen und ebenso telefonisch – möglich (vgl. Frey 2017, 35). Lediglich starke kognitive Einschränkungen, wie beispielsweise ein, durch Drogenmissbrauch beeinflusster physischer wie psychischer Zustand, bilden Ausschlusskriterien. Zusätzlich wird empfohlen, anstatt des Vertrag-Begriffs eher positiv konnotierte Termini wie Selbstverpflichtung oder Versprechen mit sich selbst – zum Weiterleben – zu verwenden (vgl. Dormann 2018, 59). Hier kann eine salutogenetische Betrachtungsweise angeschlossen werden, die Dormanns terminologische Wahl begründet. In der Salutogenese nach Antonovsky ist der Aspekt der Ressourcenorientierung verankert (vgl. Stöhr et al. 2019, 114f.). Im Sinne des Begründers wird der Mensch ganzheitlich betrachtet und es besteht eine Distanzierung von einem dichotomen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Durch die Flussmetapher verdeutlicht, soll Gesundheit gefördert und nicht alleinig Krankheit verhindert werden (vgl. ebd.). Aus diesem Verständnis heraus sollte jegliches intervenierendes Mittel nicht allein das Verhindern der Selbsttötung fokussieren, sondern lebensbejahende Aspekte zentrieren. Außerdem steht dabei der Prozess der gemeinsamen Erarbeitung im Fokus, sprich eine individuelle Formulierung kann eine nachhaltig positivere Wirkung auf die tatsächlichen Handlungen des*der Betroffenen haben (vgl. Dormann 2018, 67). Hierbei sollte trotz jeglicher Individualität auf formelle Übersichtlichkeit, bzw. Klarheit geachtet werden. Der*Die Berater*in sollte wie in jeder anderen Situation nicht nur auf das gesprochene Wort, sondern auch sensibel auf Mimik, Gestik und Körperhaltung des Gegenübers achten (vgl. Frey 2017, 64). Darüber hinaus dient eine Laufzeitfestlegung einer festen Rahmung der Vereinbarung und somit einer zusätzlichen Sicherheit (vgl. Stanford 1994; Bongar 1991). Klient*in und Berater*in können jeweils ein Exemplar erhalten. Die Erstellung eines einzigen Exemplars für den*die Betroffene ist genauso denkbar (vgl. Dormann 2018, 61). Falls sich der*die Professionelle zu konkreten Unterstützungsmaßnahmen im Vertrag bereit erklärt, kann diese*r ebenso unterschreiben (vgl. Bongar 1991; Rosenthal 1986). Ein stetiges Mitführen kann dem zusätzlichen Schutz des*der Betroffenen im Sinne eines Reminders außerdem zuträglich sein (vgl. Dormann 2018, 59; Rosenthal 1986). Frey hält trotz alledem fest, dass der NSV kein Versprechen und keine Versicherung ist, nicht jede*r Klient*in zum

Vertragsabschluss geleitet werden kann und eine Vereinbarung weder präventiv noch kurativ wirkt (vgl. Frey 2017, 67f.). Der Vertrag erwirkt höchstens einen zeitlichen Aufschub, sodass die Möglichkeit einer Aufarbeitung der Suizidalität bedingenden Faktoren besteht (vgl. ebd.). Bezüglich möglicher inhaltlicher Bausteine besteht eine gewisse Variabilität³. Welche Komponenten Bestandteile bilden, sollte jeweils individuell und vor allem feinfühlig an den Bedürfnissen des Gegenübers ausgerichtet werden. So können unter anderem kurzfristige Therapieziele (vgl. Range 2002; Bongar 1991), mögliche Bewältigungsstrategien (vgl. Dormann 2002; Egan 1997), ein positiver Therapieverlauf (vgl. Leupold 2017⁴) sowie die Unterstützungsangebote des*der Berater*in vertraglich festgehalten werden (vgl. Bongar 1991).

Die beschriebenen Hinweise und Empfehlungen zeigen in ihrer Vielfalt zum einen ein Potenzial bzgl. der möglichen Passgenauigkeit für den jeweiligen Einzelfall auf. Zum anderen verlangt die Auswahl wie Umsetzung den Sozialarbeitenden eine Sensibilität und Reflexionsfähigkeit ab. Das allseits bekannte Motto *Viel hilft viel* ist in keiner Weise zuträglich. Auch hier steht klar die Qualität der Arbeit im Fokus und unterstreicht somit die Relevanz einer Berücksichtigung professionstheoretischer wie -ethischer Aspekte. So rahmt anschließend das fünfte Kapitel mit ethischen Überlegungen zur Verantwortung und zum wohltätigen Zwang das bisher erarbeitete systematischen Wissenschaftswissen und praktische Handlungswissen.

5 ETHIK II: Haltung und Handeln in der Suizidprävention

5.1 Zur Verantwortung

Aus dem bisher Verschriftlichten ist klar erkennbar geworden, dass die suizidpräventive Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen ein hoch komplexes Tätigkeitsfeld darstellt, das einer sensiblen und stets kritisch reflektierenden Expertise seitens der Sozialprofessionellen bedarf. Gerade die Bearbeitung von Krisen/Risikosituation gleicht einem Agieren, dessen Auswirkungen grundlegend lebensverändernd wirken können. Daraus ergibt sich eine

„[...] anspruchsvolle Herausforderung für Sozialprofessionelle in Bezug auf deren benötigtes, fachliches Wissen, methodisches Können sowie deren Ethos dar. Analog zur Einschätzung einer KWG müssen sie in der Praxis sowohl einen möglichst gut begründeten Befund i.S. einer Risikodiagnostik angesichts aktuell bestehenden Suizidalität leisten als auch darauf aufbauend vertretbare Maßnahmen durchführen. Im ethischen Spannungsfeld zwischen der Pflicht zum Schutz des Lebens und Wohlergehens der Adressat*innen einerseits, und den Respekt vor deren Selbstbestimmung andererseits, gilt es, stets ethisch verantwortungsvoll professionell tätig zu sein“ (Leupold 2021, 908).

³ Eine exemplarische Auswahl von NSV-Verträgen befindet sich im Anhang.

⁴ vgl. Leupold 2017, 2; nicht öffentlich zugängliche Lehrinhalte, BASA M13.3, HAW Hamburg

Die Achtung der menschlichen Würde und somit der Schutz des Lebens und der Unversehrtheit stellen grundlegende Prinzipien der Sozialen Arbeit als Profession dar und sind gleichsam als primäres, basales Recht im Grundgesetz verankert. Demgegenüber wird durch die Professionsdefinition der International Federation of Social Workers (IFSW) deutlich, dass der Mensch auch in seinem Recht auf Selbstbestimmung anerkannt werden muss (vgl. DBSH 2014). So wie sich bereits aus der dreierlei bezogen Mandatschaft (Klientel – Gesellschaft – Profession) ein in sich inkongruentes Anspruchsgefüge herauskristallisiert, ergibt sich nach Leupold aus der disziplinierten Verpflichtung zur Berücksichtigung ethischer Prinzipien ein zusätzliches „Spannungsverhältnis“, in dem es „stets **ethisch verantwortungsvoll professionell** tätig zu sein [gilt]“ (Leupold 2021, 908).

Die Verantwortung, die Sozialarbeiter*innen zuteilwird, soll an dieser Stelle aus professionsethischer Perspektive näher beleuchtet werden. Vorab gilt, dass in der Sozialen Arbeit verschiedene Ethikformen relevant sind, nebeneinander bestehen und gleichsam ineinander verschränkt sind: Individual- und Sozialethik, die bereits im vorherigen Ethikkapitel zur Sprache gekommen sind; Sollens- und Strebensethik, die jeweils intersubjektive moralische Verpflichtungen und das gelingende Leben des*r Einzelnen und der Gemeinschaft zum Thema haben, und die Verantwortungsethik, die sich wiederum in eine individuelle und institutionelle Form unterteilen lässt (vgl. Schmid Noerr 2012, 58ff.). Beide werden in diesem Unterkapitel näher beleuchtet. Nach Schmid Noerr bedeutet aus ethischer Perspektive zu handeln, immer eine subjektive Innenseite mit Motiven, Zielsetzungen und Einstellungen und außenliegende objektiv gegebene Aspekte wie tatsächlich vorhandene Mittel und aus der Handlung folgende Auswirkungen mitzudenken (vgl. ebd., 83). Der handelnden Person immanent sei eine fürsorgende und zugewandte Haltung, die Handlungsdruck entgegenwirke. Gleichsam gehe es – vor allem angesichts möglicher zielbezogener Inkongruenzen – um eine bewusste Entscheidung für das ethisch Korrekte. Der Autor beschreibt Verantwortung als „eine Beziehung zwischen einem Handlungssubjekt, das über sein Handeln (einschließlich seiner Motive und der Handlungsfolgen) gegenüber Anderen, die darauf Anspruch haben, Auskunft erteilt oder Rechenschaft ablegt“ (ebd., 84). Der Entscheidungsprozess, der zu einer ethisch verantwortlichen Handlung führt, lässt sich durch das Modell nach Gruber (2005) veranschaulichen. Basal stehe hier die Gesinnung, die der bereits benannten, subjektiven Innenseite gleicht und maßgeblichen Einfluss auf die tatsächlich anvisierten Handlungsziele habe (vgl. Schmid Noerr 2012, 84). Gut seien solche im Rahmen der Sozialen Arbeit dann, wenn sie der Erfüllung humanitärer Grundbedürfnisse einem gelingenderen Leben dienen. Eine Verwirklichung dieser Bestrebung könne ohne den Einsatz passender Mittel nicht erreicht werden. Hier heilige der Zweck nicht die Mittel. Es komme auf

eine Verhältnismäßigkeit an, wobei unangenehme kurzfristige Auswirkungen einem höheren Ziel untergeordnet werden können (vgl. ebd., 85). Schlussendlich bieten die beabsichtigten, wie unbeabsichtigten real auftretenden Folgen einen Anlass zur Reflektion und ggf. Korrektur der Grundhaltung. So beziehe sich eine verantwortungsethische Beurteilung der Handlung immer jeweils auf die jeweilige Situation sowie auf das agierende Individuum, bzw. dessen Rollen (vgl. ebd., 84). Schmid Noerr argumentiert daher für eine besondere Eignung der Verantwortungsethik als Professionsethik. Sozialprofessionelle befinden sich gegenüber Klient*innen in einer Machtposition und seien zeitgleich in ihrem Wirken den berufsspezifischen Prinzipien und Standards untergeordnet.

Der Rückbezug auf den Machtbegriff führt auch zur Prägung nach Staub-Bernasconi, denn der „Verantwortungsbegriff wird durch das Tripelmandat der Sozialen Arbeit gekennzeichnet“ (ebd., 102). Sozialarbeiter*innen sind in ihrem Schaffen und der dazugehörigen Verantwortung auch immer in Institutionen eingebunden. Zuständigkeit und dazugehörige Aufgaben sind fortschreitend differenziert und arbeitsteilig organisiert. Individuelle Verantwortungszuschreibungen seien daher nicht mehr klar einzugrenzen (vgl. ebd., 164). Auch, wenn Institutionen selbst keine Verantwortung tragen, können sie doch Strukturen schaffen, die ein ethisch verantwortliches Handeln forcieren, zugestehen oder sogar ablehnen (vgl. ebd., 165). Durch dieses Gefüge seien konkrete Verantwortlichkeiten nicht immer klar ersichtlich. Die angesprochene Diffusion könne sich auf korporative, also in Einrichtung, und auf kooperative Verantwortung, zwischen verschiedenen Hilfestellen, beziehen. Durch institutionsinterne Vorgaben werde eigene Handlungsfreiheit teilweise beschnitten, sodass es sich hier nicht um vollumfängliche Einzelverantwortung, aber immerhin Mitverantwortung handle. In gleichgestellten Teams führe dies ggf. zu starkem psychischen Anpassungsdruck, der die eigene Reflexionsfähigkeit beeinträchtige. Es müsse daher stets auf eine Balance zwischen kollegialer Loyalität und ethischer Kritikfähigkeit geachtet werden. Auch in der Zusammenarbeit mit anderen Hilfestellen liegt Eigenverantwortung für die Konsequenzen des anteiligen Agierens. Gerade diese Form des Zusammenwirkens von zwei unabhängigen Parteien in Verbindung mit einer*m Hilfesuchenden bedürfe einer besonderen Achtung möglicher Interdependenzwirkungen (vgl. ebd., 166). Eine interdisziplinäre Begegnung auf Augenhöhe könne hier einer erfolgreichen Hilfestellung zuträglich sein. Unabhängig davon, ob es sich um eine Korporation oder eine Kooperation handle, komme der Führungskraft durch die Organisation und Anleitung von Arbeitsabläufen eine gesonderte ethische Verantwortung zu (vgl. ebd. 167). Eine sorgfältige und umsichtige Gestaltung biete den Mitarbeiter*innen in „besonders dramatischen Fällen“ (ebd.) (Bsp. Kindeswohlgefährdung) Handlungssicherheit und minimiere die Gefahr einer falschen Risikodiagnostik. Bei jeglicher

Engmaschigkeit und teils Einschränkung der Handlungsmöglichkeit des*r einzelnen Tätigen durch den institutionellen Rahmen bleibt „die, mit dem institutionellen Handeln verbundene Verantwortung [...] abhängig von dem Verantwortungsbewusstsein derer, die im Namen der Institution handeln“ (ebd., 168).

5.2 Zum wohltätigen Zwang

Befindet sich ein*e Klient*in in einer suizidalen Krise, muss entschieden werden welche nächsten Schritte notwendig sind. Hierbei kann es unter Umständen zu einem wohltätigen Zwang durch den*die Sozialprofessionelle*n kommen. Gemäß dem Ethikrat greift diese Form des Handelns grundlegend nur, wenn der*die Betroffene nicht in der Lage ist freiverantwortlich zu handeln (vgl. Ethikrat 2018, 28). Diese Fähigkeit kann exemplarisch aufgrund des Alters, Krankheit oder auch einer psychisches wie physischen Beeinträchtigung nicht oder nur sehr eingeschränkt gegeben sein. So sei die Person situativ nicht in der Verfassung, ihre aktuelle Situation angemessen zu verstehen sowie die Folgen möglicher Handlung realistisch abzuschätzen und dementsprechend vorzugehen. Zwangsmaßnahmen sollten, laut Ethikrat, nie aus reinem sozialprofessionellem Eigeninteresse vorgenommen werden (vgl. ebd., 16f.). Denn es gilt, dass „jede Erfahrung von Zwang [...] als Erfahrung von Ohnmacht und Wehrlosigkeit ein Gefühl von Zugehörigkeit in Verbindung mit den Momenten der Selbstachtung und des Selbstvertrauens schwer beeinträchtigen und faktisch zur sozialen Ausgrenzung führen [kann]“ (ebd., 52). Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung bilden nach wie vor eine stigmatisierte und marginalisierte soziale Gruppe. Die Nutzung einer Hilfeleistung ist somit mit Scham und sozialen Ängsten verbunden. Eine adäquate Entscheidung zum Schutz des Wohls und unter Berücksichtigung des eigenen Willens der Hilfesuchenden zu treffen, bedarf einer fachlichen Kompetenz und Reflexionsfähigkeit – auch im Hinblick auf das bestehende Machtgefälle – sowie eines Rückgriffs auf professionstheoretische wie ethisch begründete Kriterien zur Rechtfertigung eines derartigen Eingriffs. Hierzu kann ein Vulnerabilitätsverständnis zurate gezogen werden, das über eine primäre, aus Krankheit resultierende Form hinausgeht (vgl. ebd., 51). Diesem Verständnis entsprechend, reicht es nicht aus, lediglich die objektiven Lebensbedingungen zu verbessern – auch das Gegenüber bringt zusätzliche – in dem Fall subjektive Faktoren in den Prozess ein. Diese bewegen sich in den Bereichen Kognition, Motivation, Volition und beeinflussen maßgeblich die Wahrnehmung von vorgenommenen Maßnahmen. Der präferiert advokatorisch-partizipatorische Berufsethos der Sozialen Arbeit unterstreicht diese Betrachtungsweise. Des Weiteren spiele die Prozessorientierung eine bedeutende Rolle, da sie „[...] die Beachtung der Legitimationskriterien für Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs und damit ein moralisch akzeptables Ergebnis gewährleisten soll“ (ebd., 87). Sie beinhalte eine

möglichst umfassende Partizipation der Adressat*innen und biete die Möglichkeit einer Überprüfung, inwiefern ein wohlthätiger Zwang fachlich indiziert sei (vgl. 87f.). Es ergeben sich so folgende verfahrensbezogene Kriterien für die Legitimation wohlthätigen Zwangs:

- Das Vorgehen muss fachlichen Qualitätsstandards entsprechen;
- im Vorfeld muss genauestens eruiert werden, ob eine freiverantwortliche Entscheidungsfähigkeit tatsächlich nicht in ausreichendem Maß gegeben ist;
- genaue Ermittlung der Legitimationskriterien (u.a. beschriebene sekundäre Vulnerabilität) sowie deren Ermessensspielräume;
- der gesamte Prozess von Vorbereitung über Durchführung bis hin zur Nachbereitung muss partizipatorisch und auf Augenhöhe gestaltet werden;
- bei Kindern müssen Eltern oder Sorgeberechtigte, bei Erwachsenen ggf. rechtliche Betreuer*innen beteiligt werden und
- Anordnung wie Überwachung der Maßnahme sowie die ausführliche Dokumentation des Verfahrens, inklusive Gründe, durch eine Fachkraft sind obligatorisch (vgl. ebd., 202f.).

Drees (2017) kommt diesem Verständnis in Bezug auf die Suchberatung im Allgemeinen gleich, indem sie schreibt, dass die „[...] angewandten Methoden sozialwissenschaftlich fundiert sein [müssen] und [...] wissenschaftlichen wie fachlichen Standards folgen“ (Drees 2017, 201). An dieser Stelle erscheint es lohnenswert, den Begriff des Qualitätsmanagements (QM) einzubeziehen, das nach DIN EN ISO 9000:2005 eine „zusammenfassende Bezeichnung für alle aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Institution“ (Kuhn 2017, 684; zit. n. DIN EN ISO 9000 2005). Ein besonders essenzieller Teil der Dokumente seien die Arbeitsanweisungen, die genau aufschlüsseln wie bestimmte Leistungen zu erbringen sind. Dies gewährleiste dann, unabhängig von der ausführenden Fachkraft, eine gleichbleibende Angebotsqualität (vgl. ebd., 685). Darüber hinaus gebe es drei Dimensionen anhand derer sozialer Dienstleistungen erfasst und bewertet werden können: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Soziale, personenbezogene Dienstleistungen seien im Rahmen des QM gefordert, die Ergebnisse inklusive deren Wirkungen von Hilfemaßnahmen zu dokumentieren und daraus Konsequenzen für die weitere Arbeit abzuleiten. Kritisch zu bedenken ist hierbei die Auslegung des Qualitätsbegriffs in Abhängigkeit vom jeweiligen Mandatsgeber. So kann der staatliche Kontrollanspruch dem QM einen Eigensinn verleihen, der dem zuvor genannten „fachlichen Qualitätsstandard“ (Ethikrat 2018, 202) durchaus entlehnt ist. Rückt das Ziel der Kontrolle in den Mittelpunkt, können Zwangsmaßnahmen unter Umständen vorschnell umgesetzt – oder eine Begleitung gar vollständig abgelehnt werden. Dieser Gedankengang verdeutlicht gleichfalls die Relevanz der Profession als Bezugspunkt für die Entscheiden hinsichtlich jeglichen Vorgehens.

6 Empirische Kontextualisierung

6.1 WISSEN II: Suizidalität und Sucht – eine epidemiologische Betrachtung

6.1.1 Suizidalität

Es liegt – vor allem auch durch die Arbeit der WHO – ein empirisch wie epidemiologisch gut ausgeleuchtetes Bild zur Suizidalität weltweit und beschränkt auf Europa vor. So lassen sich beispielsweise Aussagen zur geschlechtlichen Verteilung, der angewandten Methoden zur Selbsttötung sowie der Differenzierung zwischen vollendetem und versuchter Selbsttötung treffen. 2019 lagen demnach eine europäische Suizidrate von 10,5 pro 100.000 Einwohner*innen im Allgemeinen und geschlechtsdifferenziert von 17,1 für Männer vor. Beide Werte liegen über den globalen Ergebnissen: 9,0 allgemein; 12,6 für Männer und für 5,4 für Frauen. (vgl. WHO 2021). Schneider und Wetterling führen diese geschlechtliche Ausprägung auf „[...] Gründe im Hilfesuchverhalten, Präferenzen für bestimmte Suizidmethoden, aber auch Verfügbarkeit und Muster des Alkoholkonsums“ zurück (Schneider/Wetterling 2016, 19). Darüber hinaus müsse die Anzahl von Suizidversuchen um ein 10- bis 40-faches höher angesetzt werden (vgl. ebd.). In Deutschland seien die Selbsttötungen pro Tag von circa 50 im Jahr 1980 auf 25 im Jahr 2020 gesunken (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2022). Circa 75% der 9.206 vollendeten Suizide wurden in der BRD von Männern ausgeführt. Im Vergleich zu anderen Todesursachen liegt Selbsttötung allerdings höher als die Summe von Toden durch Verkehrsunfälle, Morde, Drogen und AIDS (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2014). Diese zahlenmäßige Veränderung sei ebenso in anderen Industrieländern zu beobachten. In Bezugnahme auf das Alter greife in Deutschland der Begriff des ungarischen Musters – ein höheres Lebensalter bedeute gleichsam eine höhere Suizidrate: „Das mittlere Sterbealter bei männlichen Suizidopfern lag bei 56,1 und bei weiblichen Suizidopfern bei 59,0 Jahren“ (Schneider/Wetterling 2016, 20; nach Statistisches Bundesamt Deutschland 2014). Im Vergleich dazu bilden die Zahlen 2020 einen leichten Altersanstieg mit durchschnittlich 58,5 Jahren bei den Männern und 59,3 Jahren bei den Frauen ab (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2022). Bei der Art und Weise der Selbsttötung kommen 2010 im Allgemeinen, laut Statistischem Bundesamt, am häufigsten das Erhängen und Vergiften vor (vgl. ebd. 2010). 2020 sei es das „Erhängen, Strangulieren oder Erstricken“ (ebd. 2020). Bei den über 60-Jährigen erfolge ein Suizid durch Erschießen oder Ertrinken nahezu doppelt so häufig, als bei den unter 60-Jährigen. Außerdem gebe es in der höheren Altersklasse weniger Tode durch Bahnsuizide. Im Fall von versuchten Selbsttötungen seien es überwiegend Vergiftungen und Schnittverletzungen (vgl. ebd.).

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Bericht „Suizidprävention: Eine globale Herausforderung“ (2016) im Rahmen der individuellen Risikofaktoren viele, bereits betitelte Faktoren empirisch ausgeleuchtet und so untermauert (vgl. WHO 2016, 42f.). Sie nennt auf der

Individuum-bezogenen Ebene in der Vergangenheit liegende Selbsttötungsversuche (vgl. Yoshimasu et al. 2008; Beautrais 2003), psychische Störungen (vgl. Phillips et al. 2002; Nordentoft et al. 2011) missbräuchlicher Konsum von Alkohol und anderen Stoffen (vgl. Schneider 2009; WHO 2016), berufliche oder monetäre Einbußen (vgl. Chang et al. 2013; Stuckler et al. 2013), Hoffnungslosigkeit (vgl. O’Conner/Nock 2014; Beck et al. 1990), „chronische Schmerzen und Krankheiten“ (WHO 2016, 42; vgl. Tang/Crane 2006; Stenager 2009), Selbsttötung in der Familienhistorie (vgl. Joardan/McIntosh 2011; Van Orden et al. 2010) sowie genetische und biologische Faktoren (vgl. Mann/Currier 2010).

Schneider et al. (2021) mit ihrem Schriftwerk „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ sowie Schneider und Wetterling (2016) schließen hier inhaltlich an und argumentieren empirisch ebenso für die genannten Kriterien (Schneider et al. 2021, 21ff.; Schneider/Wetterling 2016, 71ff.). Suchterkrankungen bilden bei allen genannten Autor*innen ein wiederkehrend genanntes, wenn nicht sogar hervorgehobenes Risikomerkmals auf individueller Ebene. Der Band zuletzt genannter Autor*innen widmet sich gemäß dem Titel „Sucht und Suizidalität“ sogar mehrheitlich beiden Aspekten (Schneider/Wetterling 2016). Dies spricht für die enge Verknüpfung zwischen Sucht und Suizidalität, die epidemiologisch/empirisch zu einem späteren Zeitpunkt in den Fokus rücken wird.

6.1.2 Sucht

Für epidemiologische Werte zur Verteilung von Abhängigkeitserkrankungen bietet das Epidemiologische Suchtsurvey einen guten und vor allem aktuellen Überblick für Deutschland. Dieses bildet seit den 1980er Jahren in regelmäßigen zeitlichen Abständen das Konsumverhalten der Allgemeinbevölkerung in Bezug auf Tabak, Alkohol, illegalen Drogen sowie Medikamenten ab (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2022a). Die erfassten Daten stellen eine zusätzliche Datenquelle der Gesundheitsberichterstattung des Bundes dar. 2018 beinhalte die Stichprobe 9.267 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren teil (vgl. ebd.). Die Identifikation einer stofflich gebundenen Suchterkrankung erfolge auf Basis der DSM-IV Kriterien⁵ (vgl. Seitz et al. 2020, 42). 18,1% der Alkoholkonsument*innen können einem riskanten Konsummuster⁶ zugeordnet werden (vgl. ebd., 76). In Bezug auf „episodisches Rauschtrinken“ geben bundesweit 34,5 % der Befragten (42,8 % Männer (M.) und 24,6 % Frauen (F.)) an, innerhalb der zuletzt vergangenen 30 Tagen mindestens einmal 5 alkoholische Getränke an einem Tag zu sich genommen zu haben (vgl. ebd., 77). Die Altersgruppen betrachtend, liegen hierbei die 18-24-Jährigen mit 55,1% an oberster Stelle. Die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllen

⁵Im Anhang werden diese zum besseren Verständnis ausgeführt.

⁶Ein riskanter Konsum besteht bei einem täglichen Reinalkoholkonsum von 12gr. bei Frauen und 24gr. bei Männern.

im Rahmen einer 12-Monate-Prävalenz 3,1% der Proband*innen (4,5 % M., 1,7 % F.) (vgl. ebd., 80). Alkoholmissbrauch nach DSM-IV liegen mit 2,8 % knapp darunter, wobei auch hier eine klare Dominanz des maskulinen Geschlechts erkennbar ist (vgl. ebd., 81). Zur Abhängigkeit nach illegalen Konsummitteln können durch die Erhebung folgende Angaben festgestellt werden: 0,6% Cannabis, 0,1 % Kokain (nur M.) und 0,2 % Amphetamin-/Methamphetamin (vgl. ebd., 117ff.). Im Schriftstück liegen keine bundesweiten Zahlen zur Abhängigkeit von Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate und Kokain/Crack vor. Ebenso werden die Proband*innen hinsichtlich ihres Medikamentenkonsums befragt (vgl. ebd., 153ff.). Insgesamt stimmten 68,7 % bei Schmerzmitteln, 7,1 % bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln (vgl. ebd., 154), 5,1 % bei Antidepressiva (vgl. ebd., 157) und 1,6 % bei Neuroleptika (vgl. ebd., 158) zu, diese innerhalb der letzten 12 Monate genutzt zu haben. Hier ist eine klar feminine Dominanz erkennbar. Bzgl. des Alters bewegen sich die höchsten Werte exemplarisch bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln (vgl. ebd., 154) sowie bei Antidepressiva (vgl. ebd., 157) in der Altersgruppe der 60-64-Jährigen. Ein missbräuchlicher Konsum von Schmerzmitteln (vgl. ebd., 173) wird eher von Männern als von Frauen getätigt. Eine Abhängigkeit weisen in Bezugnahme auf Schmerzmittel (vgl. ebd., 172) mehr Frauen und auf Schlaf- und Beruhigungsmittel mehr Männer auf (vgl. ebd., 174). Es ist außerdem ein beachtlicher Altersunterschied zwischen denjenigen, die Schmerzmittel gebrauchen (25-39) (vgl. ebd., 162) und denjenigen, die abhängig sind (60-64) (vgl. ebd., 172), erkennbar.

Da sich die vorliegende Forschungsarbeit im Rahmen der quantitativen Erhebung auf die Suchthilfelandschafts Hamburgs bezieht, erscheint ein gesonderter Blick auf die Zahlen in diesem Bundesland lohnend. Das aktuelle Suchtsurvey bezieht Hamburg allerdings nicht ein, sodass hierfür auf die Ergebnisse des vorherigen Surveys aus dem Jahr 2015 zurückgegriffen wird. Die Stichprobe aus diesem Jahr umfasst 9.204 Proband*innen im Alter von 18-64 Jahren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2022b). 1.121 davon sind zu diesem Zeitpunkt wohnhaft in Hamburg (vgl. Piontek et al. 2017, 38). Die Ausschöpfung liegt bei 53,1%. Die 30-Tage-Prävalenz für den Konsum von Alkohol beträgt hier 74,8% (F. 70,7%, M. 79%, Bund (B.) 72,7%) (vgl. ebd., 67). 26,6 % der Frauen und 17,6 % der Männer aus Hamburg können anhand ihres Trinkverhaltens einem riskanten Konsum zugeordnet werden (vgl. ebd., 68). Im Vergleich liegt der bundesweite Wert 2015 bei 21,4%. Episodisches Rauschtrinken innerhalb der 30-Tage-Prävalenz kann bei insgesamt 38,8% der Hamburger*innen erfasst werden (> 35% B.; HH: 32,6% F., 44,3% M.) (vgl. ebd., 69). Die Autor*innen nutzen in ihrem Bericht den Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)⁷, um Werte zu klinisch relevantem Alkoholkonsum zu

⁷Im Anhang wird dieser zum besseren Verständnis ausgeführt.

erfassen (vgl. ebd., 72). So lagen bei 27,9 % der Männer und 14,9% der Frauen Hinweise für diese Form vor (< 28,3% M. bundesweit, > 9,6% der F. bundesweit). In Bezug auf einen problematischen Konsum illegaler Drogen erfolgt eine Orientierung an der Severity of Dependence Scale (SDS)⁸ (vgl. ebd., 97ff.). Hieraus ergeben sich für Hamburg folgende Zahlen: Cannabis 2,4% gesamt (> 1,2 B.) mit der höchsten Altersgruppe im Vergleich bei 60-64 Jahren; Kokain 0,5% gesamt (> 0,2 B.) mit einer dominierenden Gruppe im Alter von 25-39 Jahren (vgl. ebd., 98) und Amphetamin/Methamphetamin 0,1% gesamt (< 0,2% B.) (vgl. ebd., 99). Zuletzt erfolgt auch hier ein Blick auf die Medikamenteneinnahme (vgl. ebd., 133ff.). 68,6% der Probandinnen und 52,6% der Probanden gebrauchten zum Befragungszeitraum innerhalb der zuletzt vergangenen 12 Monate Schmerzmittel. Die Mehrheit war 25-39 Jahre alt. Für Schlaf- und Beruhigungsmittel (1), Antidepressive (2) und Neuroleptika (3) ergeben sich folgende Werte, die anhand einer Tabelle aufgezeigt werden:

	HH	bundesweit	♀ in HH	♂ in HH	Dominierende Altersgruppe
(1)	9,6%	5,6%	10,1%	4,6%	60-64 mit 11%
(2)	7,1%	4,9%	7,3%	3,8%	60-64 mit 7,1%
(3)	1,5%	1,5%	1,3%	1,1%	40-59 mit 1,4%

Tab. 1: Medikamenteneinnahme 12-Monate-Prävalenz (Piontek et al. 2017 – eigene Darstellung J.B.)

Zum missbräuchlichen Konsum sowie zu einer Medikamentenabhängigkeit nach DSM-IV-Kriterien treffen die Autor*innen keine Aussagen. Sie erheben mithilfe des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM)⁹ Werte im Bereich eines problematischen Konsums von Medikamenten, ohne eine Differenzierung zwischen den einzelnen stofflichen Untergruppen vorzunehmen (vgl. ebd., 151). Demnach weisen 7,4% der Hamburgerinnen und 3,6% der Hamburger eine derartige Form auf. Zum Vergleich liegen die bundesweiten Zahlen 2015 bei 8,7% bei Frauen und 8,1% bei Männern. Bzgl. des Alters bewegt sich die größte Gruppe der aus Hamburg stammenden Befragten zwischen 60 und 64 Jahren (vgl. ebd.).

Um auch stoffungebundene Suchterkrankungen einzubeziehen, wird in der vorliegenden Arbeit zum Einen auf die Ergebnisse des Glücksspielsurveys für Deutschland zurückgegriffen (vgl. Buth et al. 2022). Methodisch werden im Zeitraum von 2 ½ Monaten Bürger*innen der BRD im Alter zwischen 16 und 70 Jahren mithilfe telefonischer wie onlinegestützter Interviews befragt (vgl. ebd., 14). Dabei werden 12.303 Einzelerhebungen erfasst (Telefon 7.501 und 4.802 digital). Die Ausschöpfungsquote liegt bei 27%, bzw. 10% (vgl. ebd., 17). Dementsprechend

⁸Im Anhang wird diese zum besseren Verständnis ausgeführt.

⁹Im Anhang wird dieser zum besseren Verständnis ausgeführt.

können die Daten von 2.025 telefonisch befragten Proband*innen und 480 Online-Teilnehmenden genutzt werden. Für die Einordnung der Daten wird das DSM-5 genutzt (vgl. ebd., 18). Es ergibt sich für die mindestens einmalige Teilnahme im Rahmen einer 12-Monate-Prävalenz ein Wert i.H.v. 29,7% (vgl. ebd., 23). Eine Störung nach DSM-5-Kriterien weisen insgesamt 2,3% der Bevölkerung auf (vgl. ebd., 34). Männer sind deutlich häufiger betroffen (3,5% > 1,1%). Im Bereich des riskanten Konsumverhaltens lassen sich 5,7% der Teilnehmenden verorten. Somit sind „92% der Stichprobe [...] als Nicht-Spieler*innen oder unproblematische Spieler*innen einzustufen“ (ebd.). Geldspielhallen werden laut der Autoren mit 33,4% am häufigsten besucht (vgl. ebd., 38). Lotto sei am niedrigsten frequentiert. Zum anderen bietet der BADO e.V. Daten zum pathologischen Glücksspiel in Hamburg. Die Hamburger Suchthilfelandchaft wird in großen Teilen seit Ende der 90er Jahren empirisch durch den BADO e.V. erfasst (vgl. BADO e.V. 2021, I). Dieser besteht in Kooperation zwischen „freien Trägern der Hamburger Sucht- und Drogenhilfe und der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration“ (ebd.). Nach aktuellem Stand 2020 beteiligen sich 57 Suchthilfeprojekte und -einrichtungen an der Datenerfassung (vgl. ebd., 2). Neben den allgemeinen Betreuungszahlen werden in den Berichten auch Erhebungen zu den verschiedenen stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeiten sowie Daten der aktuellen beruflichen wie gesundheitlichen Lage erhoben. Im Berichtsjahr 2020 habe die Hamburger Suchthilfe 13.282 Klient*innen mit einer Abhängigkeit erreicht (vgl. ebd., 6). So seien 16.010 Betreuungen durchgeführt worden. 4% der gesamten Adressat*innengruppe weisen laut der Autor*innen pathologisches Glücksspiel als Hauptproblem auf (vgl. ebd., 8). Es zählt somit zusammen mit den Amphetaminen, Crack sowie den Kategorien „unbekannt“ und „Sonstiges“ zu den am schwächsten vertretenden Störungen. Auch hierbei liegt der maskuline Anteil von Betroffenen deutlich über dem von Frauen (vgl. ebd., 13).

Zuletzt soll epidemiologisch das Auftreten von Komorbidität betrachtet werden. Schneider und Wetterling definieren sie als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr psychiatrischen Störungen (vgl. Schneider/Wetterling 2016, 55). Es werde weiterhin differenziert zwischen

- „- Gebrauch von mehreren Substanzen („Polytoxikomanie“)
- Substanzgebrauch und psychische Erkrankung („Doppeldiagnosen“)
- Substanzgebrauch und Persönlichkeitsstörung“ (ebd.)

Im Folgenden werden letztere beiden Fälle mithilfe der Werke „Persönlichkeitsstörungen und Sucht“ von Walter, Sollberger und Euler (2016) sowie „Psychische Störungen und Suchterkrankungen“ von Walter und Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.) (2019) epidemiologisch betrachtet. Walter et al. zeigen auf Basis verschiedener Studien eine enge Verbindung zwischen

Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung auf (vgl. 21 ff.; Trull et al. 2010; Hasin et al. 2011). Gemäß der Schriftsteller*innen handelt sich wiederkehrend im Bereich der substanzgebundenen Erkrankungen um die Borderline-, narzisstische, zwanghafte, antisoziale und schizotypische Persönlichkeitsstörungen. Bei pathologischem Glücksspiel seien es hauptsächlich Narzissmus und Borderline (vgl. Saez-Abad et al. 2008; Bagby et al. 2008). Im zweiten genannten Werk (2019), das vor allem den Zusammenhang von Psychischen Störungen und Sucht beleuchtet, erfolgt der Einstieg mit Alkoholsucht. Hierbei nennen Hillemacher und Bleich (Verfasser des Kapitels) bipolar-affektive Störungen, Depressionen, Panik- und generalisierte Angststörungen (vgl. Ostacher et al. 2010; Hasin et al. 2007). Kokainkonsument*innen weisen nach Weiss et al. (1986) vergleichsweise häufiger eine affektive Störung auf. Auch PTBS trete dbzgl. gehäufter auf (vgl. Back et al. 2000). Bei abhängigen Cannabiskonsument*innen sind vermehrt „Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (conduct disorder), sowie affektive und Angststörungen“ (Walter et al. (Hrsg.) 2019, 232) zu finden. Zu ergänzen seien ebenfalls schizophrene und schizoaffective Störungen. Auch bei pathologischen Spieler*innen treten nach Lutz (2016) im Vergleich häufiger Persönlichkeitsstörungen auf (vgl. Lutz 2016, 64). Das Erkrankungsrisiko einer affektiven sowie einer Angststörung sei exemplarisch 3,8-, bzw. 3,2-fach erhöht (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2013).

6.1.3 Suizidalität und Sucht

In kontrollierten psychologischen Autopsiestudien konnte eine Assoziation zwischen Abhängigkeit und erhöhtem Suizidrisiko ermittelt werden (vgl. Wetterling; Schneider 2016, 21 ff.). Nach Hughes (2008) stellt Sucht einen „proximalen“ wie „destimalen“ Risikofaktor für Suizidalität dar. Erstere Form stehe für einen übermäßigen, intoxicativen und zweite Form für einen chronischen Konsum (vgl. Borges et al. 2000). Außerdem stellen ebenso die individuelle Persönlichkeit, (auch aus der Abhängigkeitserkrankung heraus entwickelte) Bewältigungsmechanismen, negative Lebensereignisse und exemplarisch aus dem Alkoholkonsum resultierende Veränderungen des sozialen Netzwerks weitere Einflüsse dar (vgl. Conner und Duberstein 2004). Bukstein et al. konnten zudem bei Jugendlichen mit einer Abhängigkeitserkrankung folgende Risikofaktoren empirisch erarbeiten: „affektive, meist depressive Störungen, gegenwärtiger Substanzgebrauch, Alkoholmissbrauch, Substanzkonsum und affektive Störungen in der Familienanamnese [...]“ (Schneider/Wetterling 2016, 26; zit. n. Bukstein et al. 1993). Diverse Studien zeigen eine stark erhöhte Suizidalitätsrate in Verbindung mit einer Alkoholabhängigkeit auf (vgl. Harris/Barraclough 1998; Hiroeh et al. 2001; Wilcox et al. 2004). In Kontrast zu anderen psychischen Störungen bleibe das Suizidrisiko über die gesamte Lebensdauer

konstant hoch (vgl. Inskip et al. 1998). Psychologische Autopsiestudien verdeutlichen ebenso in Bezug auf diese stoffgebundene Form einen eindeutigen Einfluss auf Selbsttötung (vgl. Schneider; Wetterling 2016, 28ff.). Sowohl die direkt aus einem starken Konsum ersichtlichen als auch die chronischen Effekte haben gemäß Schneider und Wetterling Einfluss auf das Suizidrisiko (vgl. ebd., 33).

Harris und Barraclough (1997) nutzen Daten aus neun Studien mit Opiat-Konsument*innen. Ihre Berechnung ergebe ein, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 14-fach erhöhtes Suizidrisiko (standardized mortality ratio = SMR¹⁰). 2013 ermitteln Lee et al. eine SMR-Rate von 18,4 bei Heroinkonsument*innen in psychosozialer Betreuung (vgl. Lee et al. 2013). Das weibliche Geschlecht steigere das Ergebnis auf 27. Schneider und Wetterling merken an, dass hier eine Verfälschung der Ergebnisse nicht auszuschließen ist, da auch eine „unabsichtliche Überdosierung“ (Schneider/Wetterling 2016, 39) in Betracht gezogen werden muss. Akuter Kokaingebrauch münde am häufigsten im Bereich der illegalen Substanzen in eine Selbsttötung (vgl. Petit et al. 2012). Die zusätzliche Einnahme von Alkohol erhöhe die Wahrscheinlichkeit eines Suizids erneut (vgl. Kittirattanapaiboon et al. 2014). Mit Cannabiskonsum, bzw. -abhängigkeit kann allgemein ebenfalls ein erhöhtes Risiko in Verbindung gebracht werden, das im Vergleich mit anderen illegalen Mitteln allerdings gering ausfällt. (vgl. Andreasson/Allebeck 1990; Arendt et al. 2013). Vor allem die Berücksichtigung weiterer, u.a. sozialer, physischer wie psychischer Einflussfaktoren führe bei einem längeren Verlaufszeitraum zu mangelnder Signifikanz (Price et al. 2009). Empirische Eindrücke bzgl. der Einwirkung von Benzodiazepinen seien noch nicht gegeben (Schneider/Wetterling 2016, 40).

Unter dem Titel „Suizid und psychiatrische Komorbidität bei Suchterkrankungen“ gehen die Verfasser*innen auf diverse empirische Befunde ein. Hierbei kommen vor allem – neben Persönlichkeits- und affektiven Störungen im Allgemeinen sowie bipolar affektiven Erkrankungen (Nordentoft et al. 2011) – Depressionen zur Sprache. Sie beziehen sich auf Studien von Cheng et al. (1997), Cheng (1995), Isometsä et al. (1996) und Brådvik et al. (2010). Letztere Forscher*innen weisen vor allem auch auf die Verknüpfung zwischen Depressionen und Alkoholabhängigkeit hin.

Auch, wenn Pathologisches Glücksspiel erst seit 2001 offiziell als Erkrankung anerkannt ist, gibt es bereits diverse Studien, die eine hohe Prävalenz psychiatrischer Komorbidität zugrunde legen (Ibanez et al. 2001; Petry et al. 2005; Grant et al. 2012). Hierbei handle es sich vor allem

¹⁰Definition: „Das Verhältnis der Sterberate einer Studienpopulation zu der Sterberate der gesamten Bevölkerung unter Berücksichtigung (Standardisierung) von Alter und Geschlecht. Ein SMR-Wert von 1 bedeutet, dass die Zahl der Sterbefälle der erwarteten Anzahl entspricht. SMR-Werte über 1 weisen auf eine höhere, SMR-Werte unter 1 auf eine niedrigere Sterberate hin.“ (RWTH Aachen o.J.)

um affektive (Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen (Borderline): zwei Krankheitsbilder, die im Allgemeinen als Risikofaktoren für Suizidalität gelten. Eine Studie in Hongkong aus dem Jahr 2010 zeigt auf, dass zum Zeitpunkt der Erhebung 19,4% aller Suizidopfer eine Glücksspielabhängigkeit aufweisen (vgl. Wong et al. 2010). 2014 erscheint eine Forschungsarbeit von Thon et al., die in Österreich 682 pathologische Spieler*innen einbeziehen konnten. 9,7% berichten über Erfahrungen mit Selbsttötungsversuchen in der Biografie. Im gleichen Jahr untersuchen Bischof et al. die Rolle von Komorbidität bei suizidalen, pathologischen Glücksspieler*innen (vgl. Bischof et al. 2015). Sie geben im Ergebnis bei einem Gesamtsample von 442 Teilnehmer*innen an, dass 133 suizidale Erfahrungen und 82 Selbsttötungsversuch(e) aufweisen (vgl. ebd., 415). Auch eine aktuellere Erhebung 2020 zeichnet eine klare Verbindungslinie zwischen pathologischem Glücksspiel und Suizidalität (Håkansson/Karlsson 2020). Hierfür erfolgt die Datensammlung über das „Swedish nationwide patient register“ (vgl. ebd., 2) und inkludiert jene Personen, die von 2005-2016 mit einer F63.0 Diagnose, sprich pathologisches Glücksspiel, erfasst werden. 417 der 2099 einbezogenen Patient*innen weisen während des angegebenen Zeitraums einen Suizidversuch auf (vgl. ebd., 1).

Bereits im Berichtsjahr 2000 deutet der BADO-Verein auf die Zahl der Suizidversuche hin (vgl. BADO e.V. 2000) und schreibt 2001 „Bei einer beträchtlichen Teilgruppe kommt eine psychotische oder suizidale Belastung hinzu“ (ebd. 2003, 11). Über die Folgejahre hinweg hebt sich vor allem der deutliche höhere Frauenanteil bei Suizidversuchen (vgl. ebd. 2008; vgl. ebd. 2010) und die hohe Suizidbelastung der Kokainkonsument*innen (vgl. ebd. 2008) hervor. 2010 schlussfolgern die Autor*innen aufgrund ihrer Erfassung, dass „sich für die Suchthilfe enorme suizidpräventive Aufgaben stellen“ (vgl. ebd. 2011, I). Im Bericht für 2011, bzw. 2012 zeigt sich eine klare Verbindung zwischen Selbsttötungsabsichten/Suizidversuchen und problematischem Alkoholkonsum (vgl. ebd. 2012; 2013) sowie zu pathologischem Glücksspiel in Kombination mit anderen suchtspezifischen Störungen (vgl. ebd. 2011) wie auch Depressionen (vgl. ebd. 2014). Ein Suizidversuch gelte als charakteristisches Merkmal von Menschen, die das Hamburger Suchthilfesystem in Anspruch nehmen (vgl. ebd., 2012). Auch 2016 folgt ein deutlicher Fingerzeig auf die Relevanz suizidpräventiver Maßnahmen in der Suchthilfe (vgl. ebd. 2017, I). Des Weiteren bestehe ein Zusammenhang zu einer prekären Wohnsituation (vgl. ebd. 2018). Ab 2018 sind Suizidversuch sowie Suizidalität thematisch nicht mehr aufgeführt (vgl. ebd. 2019).

6.2 KÖNNEN II: Suizidprävention in der Suchthilfe – aktueller Forschungsstand

6.2.1 Ein allgemeiner Überblick

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind oft von komplexen Problemlagen betroffen, die unter Umständen zu einer Krise und bei defizitären Bewältigungsmöglichkeiten zu einer

suizidalen Einengung führen können. Die vorangegangenen, erarbeiteten Inhalte bekräftigen die essenzielle Rolle, die Fachkräften in der Suchthilfe für suizidvorbeugender Aufgaben zukommt. Es liegt dementsprechend nah, dass auch in der ambulanten Suchthilfe Instrumente im Sinne einer Suizidprävention zum Einsatz kommen, bzw. diese im Rahmen des Qualitätsmanagements für Berater*innen und Therapeut*innen zur Einsicht und Nutzung dokumentarisch verfügbar sind. Die aktuelle Empirie bildet dies für konkrete Präventionstechniken und Methoden noch nicht ab. Möbius veröffentlichte z.B. 2007 eine Dissertation im Fachbereich Medizin mit dem Titel „Versorgung von Suizidpatienten in Hamburg: Erfahrungen und Vorschläge zur Suizidprävention aus der Sicht klinischer und nicht-klinischer Institutionen“ (Möbius 2007). Für ihre qualitativen Befragung, die anhand eines Leitfadens gestützten Interviews durchgeführt wurde, wählte die Autorin 50 – 25 klinische und 25 nicht-klinische – Einrichtungen aus (vgl. ebd., 18f.). Sie betont, dass „bei den nicht-klinischen Einrichtungen [...] ein möglichst breites Spektrum der verschiedenen sozialen Bereiche erfasst werden [sollte]“ (ebd., 20) und unterteilt vier Gruppen: Station, Notaufnahme/Ambulanz, Beratungsstelle und Behörde (vgl. ebd.). Im Anhang der Arbeit werden die Kontakt- und Anlaufstellen kurz charakterisiert. Hierunter befinden sich verschiedenste telefonisch und in Präsenz erreichbare Seelsorgeeinrichtungen, spezielle Beratungsangebote für Frauen, Kinder, Geflüchtete, Homosexuelle, Angehörige von Suizidopfern, Fachkräfte der Hamburger Hochbahn AG sowie des Strafvollzugs und allgemein für Menschen in schwierigen, krisenhaften Lebenslagen (vgl. ebd., 71ff.). Auffällig ist hierbei, dass trotz der berücksichtigten Diversität bei der Auswahl der ambulanten Stellen keine einzige Suchtberatungsstelle einbezogen wurde. Die WHO spricht sich in ihrem Bericht im Rahmen „wichtige[r] Interventionen für individuelle Risikofaktoren“ für die Schulung medizinischer Fachkräfte aus (vgl. WHO 2016, 43). Und auch im nachstehenden Kapitel zum aktuellen Stand der Suizidprävention wird unter den politischen und praktischen Ergebnissen auf die Gruppe „Studenten und Doktoranten“ (ebd., 50) sowie „nicht-spezialisierter medizinischer Fachkräfte“ (ebd.) verwiesen. Sozialarbeiter*innen werden nicht konkret benannt. 2013 führte die Internationale Vereinigung für Suizidprävention (IASP) in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch der WHO eine quantitative Befragung zum Wissensstand bzgl. nationaler Strategien und Aktivitäten im Bereich der Suizidprävention durch (vgl. ebd., 51). IASP-Mitglieder aus 90 Ländern antworteten. 110 der WHO-Mitgliedsländer, darunter 26 europäische, konnten für die Erhebung gewonnen werden. 20 der 26 europäischen Länder gaben an, „Suizide als großes Problem der öffentlichen Gesundheit“ (ebd.) wahrzunehmen. Im Hinblick auf Schulungen und Fortbildungen hatten insgesamt 38% der respondierenden Proband*innen bestätigt, dass ein großer Anteil von Fachkräften im Bereich der

psychischen Gesundheit die Möglichkeit zu dieser gehabt habe (vgl. ebd., 53). 14 davon waren europäische Länder. In ihrem Bericht „Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven“ schaffen Schneider, Lindner et al. 2021 einen Überblick. Sie beziehen sich auf die Bereiche Politik und Gesellschaft, Individuum und Lebenslauf sowie Versorgungssysteme (vgl. Schneider et al. 2021). Während die ersten beiden thematischen Felder die Suchthilfe nicht berücksichtigen, nehmen die Autor*innen im Unterkapitel „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“ explizit Bezug auf die Verknüpfung zwischen Sucht und Selbsttötungsabsichten (vgl. ebd., 173ff.) Sie schreiben schlussfolgernd „Aus den genannten Risikogruppen [...] ergibt sich die Notwendigkeit des Erkennens und Behandeln von Suizidalität und, dass Maßnahmen vor allem zur Verbesserung der Diagnostik und Behandlung [...] Suchtkranker [...] ergriffen werden müssen“ (ebd., 175). Im Schaubild zu wichtigen Fachkräften der Suizidprävention lassen sich Suchtberater*innen der genannten Gruppe der „Sozialpädagogen und -pädagoginnen/Krisendienst“ (ebd., 178) im ambulanten Bereich zuordnen. Im Nachgang nennen Schneider, Lindner et al. Veranstaltungen, Forschungsprojekte und aktuelle Richtlinien wie Empfehlungen dieses spezifischen Bereichs. Letztere betreffend, wird einleitend auf das derzeitige Defizit einer deutschsprachigen Leitlinie, die sich ausschließlich mit Suizidprävention auseinandersetzt, verwiesen. Es gebe diverse S3-Leitlinien, die derartige Maßnahme einbeziehen – aber sich diesen nicht exklusiv widmen (vgl. ebd., 180; Schneider et al. 2022). In Bezugnahme auf suizidpräventive Maßnahmen in der Suchthilfe sticht besonders eine Aktivität hervor: „Suizid und Sucht – Suizidprävention bei Suchterkrankungen – Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Fortbildungs- und Vernetzungsmaßnahmen für Mitarbeitende in der Suchtkrankenhilfe“ (ebd., 179). 2019 erscheint in diesem Zusammenhang ein Forschungsartikel, in dem sich die Autor*innen empirisch mit der Frage nach „[...] Kenntnisse[n] und Fertigkeiten aus dem Bereich der Suizidprävention in der Praxis der Suchthilfe [...]“ auseinandersetzen (Milin, et al. 2019, 144). Die größte Gruppe der Befragten bilden hierbei Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen, die gleichsam zusammen mit Pflegekräften und sonstigem Personal das höchste Fortbildungsdefizit in dem Bereich der Suizidprävention aufweisen (vgl. ebd., 146). Die Autor*innen weisen in ihren abschließenden Gedanken auf die „tragende Rolle“ hin, die jene Fachkräfte in der Suchthilfe haben (vgl. ebd., 148).

6.2.2 Zur Verwendung des Non-Suizid-Vertrags

Die Verwendung eines Non-Suizid-Vertrags als Technik der Krisenintervention sowie Suizidprävention wird in der Fach- und Forschungsliteratur repetitiv diskutiert (Kutter-Vogt 2006; Kelly/Knudson 2009; Frey 2017; Brüderl 2017; Gerstl 2019). Auffällig ist hierbei die Fokussierung auf ein psychotherapeutisches, bzw. medizinisches Setting und das klare Defizit einer

genauerer Betrachtung der sozialarbeiterisch geprägten Anteile der Suchtkrankenhilfe. Diese sind genauso, wenn nicht sogar noch verstärkt durch eine krisenhafte und suizidale Klientel geprägt (Schneider 2006; Milin et al. 2019; Schneider et al. 2019). Die zehn nachstehend aufgezeigten Studien¹¹ umfassen einen Zeitraum von 1979 bis 2017 und sind hauptsächlich in ein psychotherapeutisch-stationäres oder -ambulantes Setting gefasst. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Mishara und Daigle (1997), die sich mit der telefonischen Betreuung in zwei Kriseninterventionszentren durch ehrenamtlich Tätige befasst. Fünf der empirischen Betrachtungen fanden in den USA statt, zwei in Kanada, zwei in Neuseeland und eine in Deutschland. Alle beschäftigten sich mit dem Non-Suizid-Vertrag. Es wurden neben der Wirksamkeit auch Werte in Bereichen der generellen Anwendungshäufigkeit und vorangegangener Ausbildung für die Nutzung eines derartigen Interventionsinstruments erschlossen. Im Kontext der beratenden Notfallintervention bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist aktuell keine Empirie ersichtlich. Dies lässt sich möglicherweise zum einen dadurch begründen, dass der NSV ursprünglich von Praktiker*innen der Psychotherapie für eben diesen Bereich entwickelt wurde. Außerdem gelten Personen unter Konsumeinfluss als Ausschlusskriterium für die Anwendung eines NSV (vgl. Frey 2017, 35). Weiterhin stellen Sucht und Suizid in Verbindung ein doppeltes gesellschaftliches Stigma dar. Dementsprechend ist die Hürde für einen möglichst objektiven empirischen Zugang noch höher als bei Suizidalität allein im Rahmen eines krisen- oder auch krankhaften Zustands.

Drye et al. (1973) haben den ursprünglichen NSV sowie dessen prototypische Anwendungsschrittfolge entwickelt. In diesem Zusammenhang führten sie zwei verschiedene Studien zur Wirksamkeit des NSV in den USA durch. Hierzu überprüften sie zum einen die Effektivität des NSV bei 600 Patienten in einem Zeitraum von fünf Jahren. Ausschlusskriterien waren nicht nur eine Abhängigkeitserkrankung, sondern auch eine organisch beeinträchtigte Gehirnfunktion. Das Ergebnis war eine Non-Suizidrate von 100% (Drye et al. 1973, 173). Zum anderen überprüften sie die Wirksamkeit durch die Aussagen von 31 Therapeut*innen, die die Vereinbarung bei insgesamt 609 Klient*innen ebenfalls über einen Zeitraum von fünf Jahren anwendeten. Hierbei ergab sich das Resultat einer Reduzierung der Suizidrate von 20 auf drei Fälle¹². Drye et al. bemerken anlässlich der drei verbleibenden Suizide, dass diese aus einer fehlerhaften Anwendung ihrer eigens entwickelten NSV-Konzepts resultierten (vgl. ebd.).

Mishara und Daigle (1997) untersuchten von 1990 bis 1991 zwei telefonische Kriseninterventionszentren in Kanada, in denen der NSV von ehrenamtlich Tätigen genutzt wurde (vgl.

¹¹Eine tabellarische Übersicht ist im Anhang ersichtlich

¹² Die Zahlen beziehen sich auf die gesamte Anzahl der befragten Therapeut*innen.

Mishara; Daigle 1997, 861ff.). 68% der Gespräche mündeten in einen NSV. Die Vereinbarung umfasste neben dem basalen Ausspruch sich unter keinen Umständen, zu keiner Zeit selbst zu verletzen auch mögliche alternative Handlungsstrategien bei einer auftretenden suizidalen Einengung (vgl. ebd., 871). 46% der Betroffenen berichteten später von selbstverletzendem Verhalten, während sie unter Vertrag standen. Die telefonische Kontaktaufnahme stellt einen gesonderter Einflussfaktor dar, da der Mangel an Mimik und Gestik einen schnellen Beziehungsaufbau durchaus hemmen können.

Miller et al. (1998) erhielten in ihrer Studie von 112 Klinikern der Harvard Medical School Rückmeldungen zur Anwendungshäufigkeit sowie Absolvierung eines vorangehenden Trainings für den Umgang mit dem NSV (vgl. Miller et al. 1998, 78ff.). 61% der Psychiater*innen und 83% der Psycholog*innen gaben an die Vereinbarung mindestens in 50% der Fälle einer suizidalen Einengung angewandt zu haben (vgl. ebd., 80). Wiederum 61% der, den NSV nutzenden Psychiater*innen gaben an, kein Training absolviert zu haben. Bei den Psycholog*innen, die den NSV verwendeten, waren es 71%. Außerdem schreiben die Autoren, dass der NSV als Diagnoseinstrumente eine Entscheidungshilfe für die therapeutische Verantwortungsübernahme bieten kann, postmortale Untersuchungen aber ebenso aufzeigen, dass ein abgeschlossener Vertrag keine endgültige Absicherung ist (vgl. ebd., 80f.).

In Krolls quantitativer Umfrage aus dem Jahr 2000 wurden 267 Praktiker*innen zu ihrem Nutzungsverhalten befragt. 57% der Teilnehmer*innen gaben an den NSV zu nutzen, 62% mündlich und 38% mündlich wie schriftlich (vgl. ebd., 1685). 77% der Psychiater*innen antworteten weiterhin, auf eine Vereinbarung zurückzugreifen, weil sie sie für hilfreich erachten, während 23% sie ohne eine derartige Überzeugung verwendeten. 41% der Patient*innen hätten trotz einer NSV-Schließung Suizid begangen. Außerdem ergab die Studie, dass unerfahrenere Psychiater*innen im Vergleich eher einen NSV in ihre Arbeit einbeziehen als diejenigen, die schon länger praktisch tätig sind (vgl. ebd.).

In Neuseeland entstanden 2002 durch Farrow (vgl. Farrow 2002, 214ff.), bzw. 2003 durch Farrow und O'Brien (vgl. Farrow; O'Brien 2003, 199ff.) zwei qualitative Untersuchungen zum NSV. 2002 wurden Interviews mit insgesamt neun Krisen-Krankenschwestern geführt. Diese argumentierten in Bezug auf die Nutzung des NSV vor allem mit Gründen des Selbstschutzes, eines Zugzwangs durch äußere Stressoren im Sinne der gegebenen Arbeitsbedingungen und einer höherwertigen Urteilskraft, als es die eigene Fachkenntnis zulassen könnte (vgl. Farrow 2002, 216). 2003 wurden wiederum acht Personen befragt, die einen Krisenintervention-Service genutzt und innerhalb der letzten vier Monate einen NSV unterschrieben hatten (vgl. Farrow; O'Brien 2003, 202f.). Ein möglicher Kritikpunkt bzgl. beider Studien ist die Tatsache,

dass Farrow in seinem endgültigen Paper lediglich die Forschungsergebnisse hervorhob, die seine Hypothese einer Ineffektivität des NSV bestärkten.

Die einzige deutsche Studie, die in dieser Thesis zur Sprache kommt, stammt von Kutter-Vogt aus dem Jahr 2006. Diese zielte auf die Klärung von Bedürfnissen bei Menschen in Krisen und die Wirksamkeit des NSV ab (vgl. Kutter-Vogt 2006, 13). Die Teilnehmer*innengruppe bildeten hierbei Betroffene, die allgemeine Bevölkerung (vgl. ebd., 29) sowie Kliniker*innen in Praxis und Studium (vgl. ebd., 92). Es entstanden bei spezifischen Fragestellungen gewisse Diskrepanzen bei den Professionellen. Exemplarisch war der Anteil derjenigen, die einen Vertrag unterschreiben würden größer als derer, die ihn als tatsächlichen Schutz ansehen (vgl. ebd., 141f.). Im Vergleich zwei anderer Fragen ergab sich eine ähnliche Differenz: erachtete eine hohe Anzahl der Praktiker*innen den Vertrag als bindend, stimmte ein geringerer prozentualer Anteil der Aussage zu, dass ein NSV vom Suizid abhalten könnte (vgl. ebd., 143). Kutter-Vogt schreibt abschließend: „Letztendlich zeigt das Ergebnis aber, dass die Vorteile überwiegen und dass eine effektive Therapie suizidaler Patienten durch Kombination eines NSV mit anderen Maßnahmen durchgeführt werden kann“ (ebd., 163).

In der Studie von Page und King (2008) aus Kanada wurden 516 Therapeut*innen aus verschiedenen Fachrichtungen befragt. Darunter befanden sich ebenso Sozialarbeiter*innen (vgl. Page 2008, 169). Evaluiert wurde eine Nutzung des NSV bei 83% der Teilnehmenden, während 43% der 83% keine dahingehende Ausbildung erhalten hatten. Weiterhin gaben 31% an, dass mindestens eine*r ihrer Patient*innen unter Vertrag Suizid, bzw. einen Suizidversuch begangen hat. Wenn sich die Patient*innen nicht zu einer Unterzeichnung bereit erklärten, entschied sich ein Großteil der Befragten für eine psychiatrische Einweisung (vgl. ebd., 173).

Bryan et al. (2017) verglichen in ihrer Studie drei methodische Werkzeuge¹³: einen verbalen NSV als Teil der regelhaften Krisenintervention, den Krisenreaktionsplan (KRP) und den erweiterten Krisenreaktionsplan (E-KRP) (vgl. Bryan et al. 2018, 619). 97 U.S.-amerikanische aktiv verpflichtete Soldat*innen nahmen an der Studie teil. Mit jeweils einem Drittel der Befragten wurde eine Interventionsform durchgeführt (vgl. ebd., 623). Die genutzten Strategien korrelierten mit den jeweils gegebenen inhaltlichen Komponenten der unterschiedlichen Dokumente. In einem Zeitraum von sechs Monaten nach Beendigung der eigentlichen Untersuchung begingen 4,9% der KRP-Nutzer*innen und 19% der NSV-Nutzer*innen einen Suizid(versuch) (vgl. Bryan et al. 2017, 64). Zwar konkludieren die Forscher*innen, dass somit ein KRP effektiver als ein NSV ist – welche Komponenten allerdings genau diesen positiven Effekt erzielen, bleibt an der Stelle offen.

¹³ Der Anhang enthält eine tabellarische Übersicht zum besseren Verständnis

7 Methodologie

7.1 Forschungsproblem, -frage & Hypothesenbildung

Die vorangegangenen Verschriftlichungen zeigen zum einen die ätiologische wie epidemiologische Verbindung zwischen Sucht und Suizidalität auf. Gleichsam – und vor allem auch aus dieser Verknüpfung resultierend – wird die Diagnostik und Intervention bei Selbsttötungsabsichten klar dem Aufgabenprofil einer Suchtberatung zugeordnet. Auch vorliegende empirische Arbeiten bestätigen dies. Trotz der deutlich sichtbaren, aus dieser Konsequenz folgenden Anforderungen an Sozialprofessionelle, gibt es wenige bis keine Versuche der Forschung, diesen spezifischen Bereich näher zu beleuchten. Milin, Schneider et al. (2019) zeigen exemplarisch für das Suchthilfesystem in Hamburg auf, dass Sozialarbeitende – die die vermeidlich größte Gruppe an Fachkräften in der Suchtberatung stellen – einen deutlich Fortbildungsbedarf im Bereich der Suizidprävention aufzeigen. Suizidalität angemessen zu begleiten, bedarf besonderer Wissens- wie Kompetenzbestände, als auch einer hierzu stimmigen Haltung. Diese Komponenten verleihen dem Handeln eine, dem Anwendungskontext geschuldet notwendige Sicherheit. Sozialprofessionell Agierende bewegen sich in einem Spannungsfeld unterschiedlich gelagerter Verantwortungen und daran angeknüpfter, teils konträrer Interessen und Ansprüche. Will Soziale Arbeit im Rahmen ihrer Professionalisierung ihrem Status als Disziplin wie Wissenschaft nachkommen, muss sie dies auch durch dementsprechend abgesicherte Handlungsweisen im spezifischen Aufgabenfeld der Suizidprävention bei Klient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung einlösen. So stellt sich hier der Kontrast zwischen der theoretisch wie empirisch verdeutlichten, notwendigen Zuständigkeit von Suchtberater*innen für suizidale Klient*innen und der tatsächlich defizitären Auseinandersetzung, bzw. Umsetzung dieser unter Einhaltung professionszugehöriger und qualitativer Standards als problematisch dar. Die vorliegende Thesis stellt somit einen ersten empirischen Schritt in das aktuell noch defizitär ausgeleuchtet Praxisfeld der Suizidprävention in der Suchthilfe dar. Inspiriert durch die eigene Praxis und im Sinne eines Rahmens, der einer Masterarbeit gerecht wird, fokussiert die Betrachtung hier vor allem ein suizidpräventives Werkzeug – den Non-Suizid-Vertrag.

Hieraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: „Wird der Non-Suizid-Vertrag professionstheoretischer wie qualitativer Standards entsprechend als suizidpräventives Werkzeug in der ambulanten Hamburger Suchtberatung verwendet?“.

Das, im ersten Teil der Arbeit gelegte, professionstheoretische Verständnis nimmt vor allem das Konstrukt des Tripelmandats in den Blick, das nach Staub-Bernasconi als professionsbe gründend gilt (vgl. Staub-Bernasconi 2018). Sozialarbeitende legen somit in ihrem Handeln auch Rechenschaft gegenüber der eigenen Profession ab. In diesem Zuge wird die Charakterisierung Sozialer Arbeit als Handlungswissenschaft einbezogen, die sich aus dem Trias Wissen,

Können und Haltung zusammensetzt (vgl. Dewe/Otto 2012). Der Theorie-Praxis-Transfer muss durch ethische Reflexion abgesichert sein. Eine reine, rezeptartige Anwendung verinnerlichter Wissens kann in der Arbeit *mit* Menschen nicht zielführend sein. Im Hinblick auf die Haltung sei vor allem die Verantwortungsethik besonders für die Profession geeignet (vgl. Schmid Noerr 2012). Einen Auftrag zu erhalten, birgt eine besondere Verantwortung gegenüber dem*r Auftraggebenden in sich. Soziale Arbeit bewegt sich hier in einem teils konträren Interessenfeld der Imperative Hilfe und Kontrolle. Der Rückbezug auf die eigene Profession soll die eigene Position und Handlungssicherheit stärken. Die Profession Soziale Arbeit hat ihren Status als eben diese noch nicht allzu lang im Gegensatz zu anderen Disziplinen (vgl. Dewe/Otto 2012). Will sie ernsthaften Anspruch auf diesen Status erheben, muss sich dieser auch in spezifischen Praxisfeldern widerspiegeln. Ausgehend von diesem Verständnis lässt sich erschließen, dass auch suizidpräventives Agieren nicht freigestellt und komplett selbstbestimmt vorgenommen werden kann. Der Auftrag *Kontrolle* wird von der Gesellschaft an die, in einen Träger eingebettete Institution vermittelt (vgl. Schmid Noerr 2012). Die Institution wiederum stellt den sozialprofessionell Schaffenden Mittel zur Verfügung, um die Bedürfnisse der Klient*innen nach *Hilfe* und gleichsam die der Gesellschaft nach *Kontrolle* zu befriedigen. Dem eigenen, ethisch verantwortlichen Handeln sind vor allem durch die Ebene der Mittel Grenzen aufgezeigt. Wird dies nun auf die vorliegende Forschungsfrage übertragen, ergeben sich in Anlehnung an die Mandate und wiederum angegliedert an die dreigeteilte Charakteristik der Profession Hypothesen, die es durch die vorliegende Forschungsarbeit zu überprüfen gilt. Dieses Vorgehen gleicht nach Diekmann (2013) „eine[r] der vorrangigen Aufgaben wissenschaftlicher Sozialforschung“ (Diekmann 2013, 37). So ergeben sich folgende, empirisch zu prüfende Aussagen:

1. Wenn das gesellschaftliche *Kontrollmandat* eine Zuständigkeit für suizidpräventive Aufgaben vorsieht, dann kommen entsprechende Maßnahmen – wie der NSV – zum Einsatz.
2. Wenn der *Hilfebedarf* der Klient*innen suizidpräventive Aufgaben einfordert, dann kommen entsprechende Maßnahmen – wie der NSV – zum Einsatz.
3. Wenn *handlungswissenschaftliche* Prinzipien Suizidprävention indizieren, dann kommen dementsprechende Maßnahmen – wie der NSV – zum Einsatz.
 - a. Je ausgeprägter das *systematische Wissenschaftswissen*, desto wahrscheinlicher werden suizidpräventive Maßnahmen verwendet.
 - b. Je ausgeprägter das *praktische Handlungswissen*, desto wahrscheinlicher werden suizidpräventive Maßnahmen verwendet.
 - c. Je manifester die *sozialprofessionelle Haltung*, desto wahrscheinlicher werden suizidpräventive Maßnahmen verwendet.

7.2 Überlegungen zum Forschungsdesign & methodischen Vorgehen

Auf Basis der formulierten Forschungsfrage sowie der, aus dem vorangegangenen Theorieteil abgeleiteten Hypothesen gilt es nun das Forschungsvorhaben zu konkretisieren und eine geeignete Methode zur Datenerhebung auszuwählen. Da das vorliegende empirische Feld in seiner Spezifikation bisher noch nicht betrachtet wurde, stellt die vorliegende Arbeit einen ersten Schritt zur Erhellung dar. Nach Diekmann (2013) seien dbzgl. besonders explorative Untersuchungen geeignet, die prototypisch mithilfe von Interviews durchgeführt werden (vgl. Diekmann 2013, 33f.). Es soll im vorliegenden Fall ein erster Überblick geschaffen werden. Außerdem geht es um die Abbildung des Ist-Zustands der Professionalisierung suizidpräventiver Maßnahmen in der ambulanten Suchtberatung. Diese „Momentaufnahme“ (Flick 2009, 81) könne anhand eines Querschnittsdesigns erhoben werden. Im Sinne dieser Übersichtlichkeit erscheint die Erfassung einer größtmöglichen Datenmenge als besonders lohnend. Darüber hinaus sind der sozial hemmende Einfluss der Pandemie sowie die begrenzt verfügbare Bearbeitungsdauer zu berücksichtigen. Hier wird sich auf Basis dessen methodisch gegen eine qualitative Befragung und für ein hauptsächlich standardisiertes Erhebungsverfahren entschieden (vgl. Flick 2009, 105ff.).

Des Weiteren zeigt der Theorieteil der Arbeit auf, dass bzgl. der einzelnen thematischen Bausteine sowie des NSV als expliziter Gegenstand der Empirie bereits ein ausreichendes Vorwissen besteht, dass nun noch auf das spezifische Setting der ambulanten Suchtberatung übertragen werden muss. Flick schreibt: „Fragebögen sind dann geeignet für eine Untersuchung, wenn das Vorwissen über den Gegenstand ausreicht, um eine ausreichende Anzahl von Fragen eindeutig zu formulieren, und wenn eine große Zahl von Studienteilnehmer*innen einbezogen werden sollen.“ (Flick 2009, 113). Außerdem schreibt der Autor, dass quantitative Forschung „an der Häufigkeit (und Verteilung) von Phänomenen sowie ihren Ursachen interessiert [ist]“ (ebd., 40). Der bisher entwickelte Argumentationsstrang deutet auf eine quantitative Untersuchung hin. Um im Ergebnis zum geeignetsten Vorgehen zu gelangen, werden auch die Grenzen standardisierter Erhebungsverfahren betrachtet. Flick benennt hier in Bezugnahme auf standardisierte Befragungen die unvorhersehbaren Einflüsse des Antwortverhaltens, der Bedeutungszuschreibungen gegenüber einzelnen Begriffen sowie des individuellen, inhaltlichen Verständnisses der Fragen (vgl. ebd., 217f.). Außerdem bemängelt er am linearen, stark strukturierten Ablauf die fehlende Offenheit für „[...] neue Aspekte, [...] spezifische Erfahrungsweisen und [...] Berücksichtigung konkreter Kontexte“ (ebd., 219). Die beschriebenen Defizite kommen besonders zum Tragen, wenn Suizidalität, eigene Professionalität sowie die Haltung der Institution Kernthemen der Befragung bilden. Fällt die Entscheidung ausschließlich auf eine

quantitative Studie, zieht dies „in jedem Fall eine Reduzierung der Perspektive auf den untersuchten Gegenstand“ (ebd., 223) mit sich. Die beschriebene Grenze kann bei Bedarf aufgeweicht und durch eine qualitative Perspektive ergänzt werden. Bryman (1992) betitelt elf Möglichkeiten der Verbindung beider methodischen Vorgehensweisen (vgl. Bryman 1992, 59ff.). Darunter befindet sich auch die unterstützende Funktion qualitativer Methoden. Die Verwendung oder auch das Nicht-Verwenden suizidpräventiver Maßnahmen kann vielerlei Beweggründe haben, die über das zugrunde gelegte Konzept der Professionalität hinausgeht. Die Nutzung offener Fragestellungen kann im Ergebnis der Qualität der Auswertung zugutekommen. So fällt hier die Entscheidung auf einen teilstandardisierten Fragebogen im Mixed-Method-Design, nach dem quantitative wie qualitative Daten in diesem Fall zur gleichen Zeit erhoben werden. Es handelt sich insgesamt überwiegend um eine quantitative Erhebung mit punktuell qualitativen Einflüssen. Trotz dieser Kombination und den damit verbundenen erweiterten Möglichkeiten hinsichtlich der Datensammlung sei klar auf die begrenzte Aussagekraft der vorliegenden Forschungsarbeit verwiesen. Diese begründet sich durch den Pioniercharakter der Arbeit im empirischen Feld, die nach wie vor sozial hemmenden Bedingungen der Pandemie und dem vorgegeben akademischen Rahmen einer Masterthesis unterliegt.

Die Operationalisierung der Hypothesen erfolgt durch die Inhalte des Erhebungsinstruments. In den nachfolgenden Textabschnitten wird dieser genau beschrieben und die einzelnen thematischen Fragenblöcke werden auch aus dieser Perspektive beleuchtet.

7.3 Quantitative Online-Befragung als Erhebungsinstrument

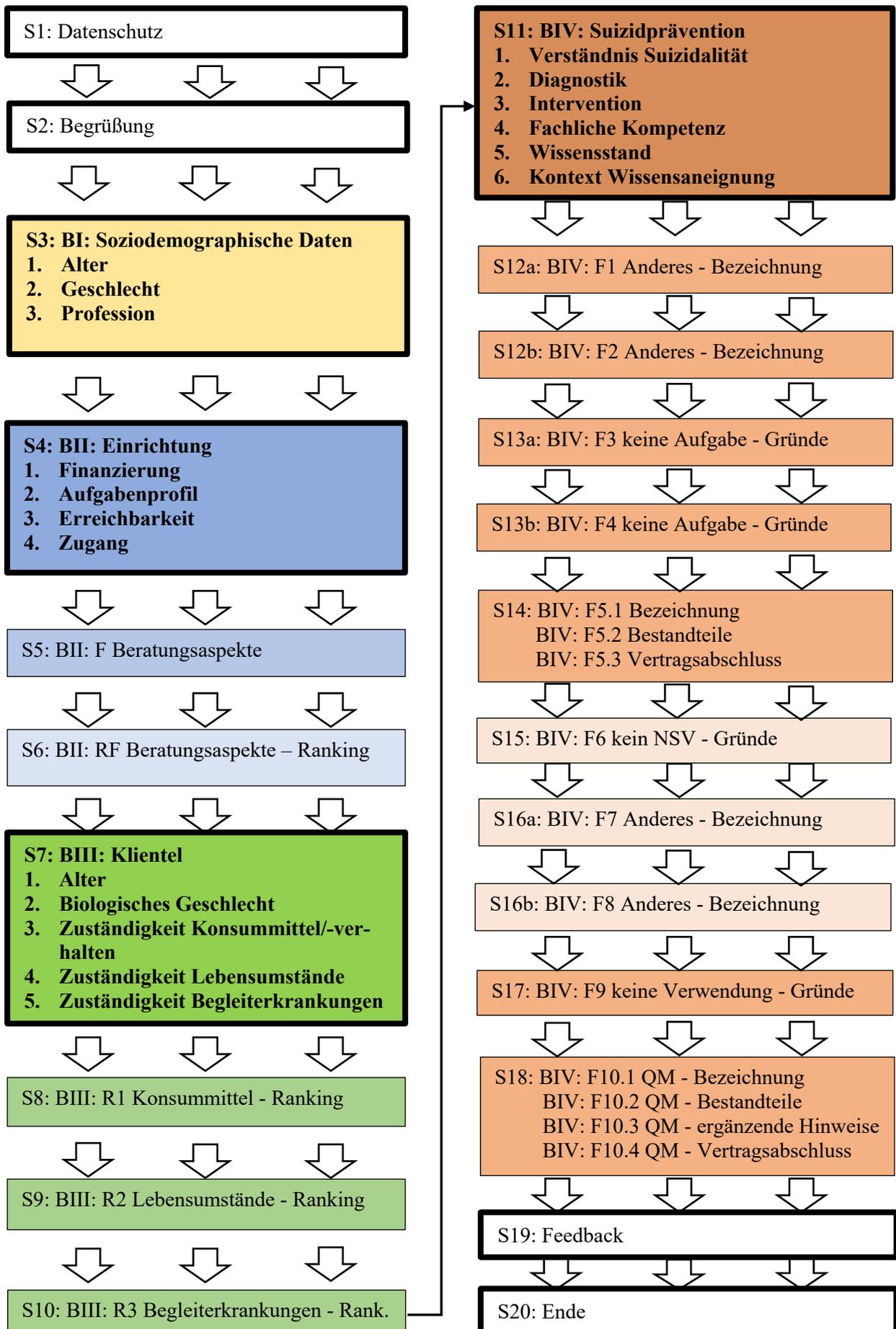
Bisher wurde festgelegt, dass das hier gewählte empirische Vorgehen ein quantitatives ist, dass seinen Ausgang von dem Konzept der Professionalisierung Sozialer Arbeit nimmt und wiederum im theoretischen Konstrukt des Tripelmandats ausgestaltet wird. Weiterhin wurden Hypothesen formuliert, die anhand der Untersuchung überprüft werden. In der Befragung selbst erhält das Messen einen großen Stellenwert. Aufgrund der Abstraktion der Theorie ist es schwer, sie direkt einer Messung zuzuführen. Hier kommt der Schritt der Operationalisierung zutragen, in dessen Rahmen Indikatoren gebildet werden. Die Erhebung selbst wurde mithilfe des Umfragetools EFS Survey, eingebettet in das Programm Unipark, realisiert. Urheber ist die Tivian XI GmbH, die die Nutzungslizenz für wissenschaftliche Studien an universitäre Einrichtungen vergibt. Die digitale Form begründet sich vor allem durch niedrigschwellige, pandemiegerecht kontaktfreie und den zuverlässigen Rücklauf fördernde Eigenschaften. Auf die Variablen-, bzw. Indikatorenbildung gehen die folgenden Unterkapitel im Detail ein. Die Richtlinien der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden eingehalten. Dies spiegelt sich exemplarisch in der

ersten Seite des Fragebogens wider, indem dort auf die Anonymisierung der Daten für Forschungszwecke hingewiesen wird.

7.3.1 Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Der Online-Fragebogen besteht aus insgesamt 39 Fragen. 38 davon sind als Pflichtfragen eingestellt, sodass der Questionnaire nur weiter ausgefüllt werden kann, wenn die aktuelle Fragestellung beantwortet wird. Lediglich auf der Feedback-Seite kann eine Rückmeldung unterlassen werden. Die Entscheidung begründet sich hierbei durch den Wunsch nach einem möglichst vollständigen Datensatz pro Teilnehmer*in. Mit Blick auf die Fragen- und Skalentypen ergibt sich ein Mix aus Rankings, Einfach- und Mehrfachauswahl, Checkbox-Matrix sowie Textfeldern, als auch ordinalen, ratio, nominal-diskreten/dichotomen und Intervallskalen. Diese breitgefächerte Darstellung wird bewusst gewählt, um das Interesse des*der Proband*in zu wecken, bzw. nicht abebben zu lassen. Bei der Erstellung der Antwortkategorien wird außerdem auf Eindeutigkeit, Vollumfänglichkeit und Ausschließlichkeit geachtet.

Abb. 1: Pfaddiagramm - Ablauf Online-Befragung (eigene Darstellung, J.B.)



Des Weiteren ist der Fragebogen in verschiedene thematische Blöcke unterteilt: BI Soziodemographische Daten; BII Einrichtung; BIII Klientel; BIV Suizidprävention. Zur Veranschaulichung dient das vereinfachte Pfaddiagramm in Abbildung 1 auf der vorherigen Seite. Die Hauptfragenblöcke sind jeweils thematisch farblich voneinander abgetrennt, die Schrift ist fettgedruckt. Alle zugehörigen Fragen erscheinen für den*die Leser*in auf einer Seite. Nachstehende Seiten, die in einem helleren Ton der gleichen Farbe dargestellt sind, gelten als Filter – sprich sie werden nur unter bestimmten Antwortbedingungen angezeigt. Ergibt sich eine Filterfrage aus der Antwort auf einer vorher gestellte Filterfrage, ist diese in einem noch helleren Farbton dargestellt. Details zum Ablauf sowie damit verbunden mit den einzelnen Filterbedingungen werden nachstehend erläutert.

Vorgeschaltet sind zwei allgemeine Seiten. S1 gibt Infos zum Datenschutz. Hier ist eine Einwilligung obligatorisch, um den Fragebogen ausfüllen zu können. S2 beinhaltet einen Willkommenstext, der den*die Proband*in begrüßt und in die bevorstehende Befragung einführt. Nachfolgend werden das Alter, das Geschlecht und die Profession abgefragt. Anschließend geht es um die Erfassung einrichtungsbezogener Daten: 1. Finanzierung, 2. Aufgabenprofil, 3. Erreichbarkeit, 4. Zugang. Die 5. Seite erscheint anschließend nur, wenn im Aufgabenprofil „Beratung“ ausgewählt wurde. Sie lädt zur Spezifizierung des Tätigkeitsfelds durch vorgegebene Beratungsaspekte ein. Diese werden dann auf Seite 6 anhand eines Rankings im Sinne ihres tatsächlichen Auftretens im Arbeitsalltag geordnet. Block III sind Fragen zur Klientel immanent. Auch diese Seite beginnt mit dem Alter und Geschlecht – hier biologisch. Anknüpfend werden die Zuständigkeiten der Fachkräfte erfragt: zu Konsummittel/-verhalten, zu Lebensumständen und zu Begleiterkrankungen. Exemplarisch werden folgende Lebensumstände genannt: sozial isoliert, Elternschaft mit Kind oder auch Haft. Im Bereich der Begleiterkrankungen stehen psychische Störungen zur Auswahl. Hierzu zählen u.a. Persönlichkeitsstörungen, Demenz, Schlaf- und Angststörungen. Es ergeben sich Filter-Rankings zu jedem der jeweiligen Teilbereiche (S8-9), anhand derer das tatsächliche Auftreten im Beratungskontext nach Häufigkeit geordnet wird. Der letzte und gleichsam größte thematische Block enthält Fragen zur Suizidprävention. Im Detail soll das eigene Verständnis von Suizidalität eingeschätzt (1.), die Verwendung diverser Diagnostik- und Interventionsinstrumente angegeben (2.;3.) sowie die eigene fachliche Kompetenz und der Wissensstand eingeschätzt werden (4.;5.). Zum Abschluss geht es um den Kontext der Wissensaneignung (6.). Es schließen sich diverse Filterseiten an. S12a folgt, wenn bei der Verwendung von Diagnostik- und Interventionswerkzeugen „Anderes“ ausgewählt wurde. Es wird anhand eines Textfelds um die Bezeichnung der anderen Instrumente gebeten. S12b erscheint, wenn ein anderes Diagnostik- oder Interventionsmittel gebraucht wird. In den

Bereichen Diagnostik und Intervention besteht jeweils die Möglichkeit, der Aussage „Die Diagnostik/Intervention gehört nicht zum Aufgabenprofil“ zuzustimmen. Falls dies zutrifft, wird der*die Proband*in zur Seite 13a, bzw. 13b weitergeleitet. Auch hier greift wieder die Unterscheidung zwischen einem gleichen Antwortverhalten in beiden Teilbereichen der Prävention (13a) oder der Wahl in lediglich einem der beiden Felder (13b). Die Begründung erfolgt auch hier anhand eines Textfelds. Geben die Befragten an, für die Intervention Verträge/Selbstverpflichtungen zu nutzen, werden sie auf Seite 14 zur Angabe der Bezeichnung, der Bestandteile und der Form des Vertragsabschlusses aufgefordert. Falls die Entscheidung nicht auf den NSV fällt, gibt S15 die Möglichkeit Gründe anhand einer Vorauswahl sowie eines Textfelds auszuführen. Sollte in Bezug auf die Frage nach der Bezeichnung „Anderes“ angeklickt werden und dieses ebenfalls im QM hinterlegt sein, erfolgt die Weiterleitung zur eigenen Angabe der Bezeichnung auf S16a. Trifft nur eines der beiden Kriterien zu – Verwendung oder Hinterlegung im QM – erscheint die Seite 16b mit dementsprechend veränderter Fragestellung. Gibt der*die Proband*in bei der Frage, welche Interventionsinstrumente verwendet werden an, dass keine Verträge, bzw. Selbstverpflichtungen verwendet werden, erfragt die Verfasser*in Gründe (S17). Sind derartige Werkzeuge im QM hinterlegt, schafft die Filterseite 18 Raum, um Details zur Bezeichnung, den Bestandteilen, ergänzenden Hinweisen und Form des Vertragsabschlusses preiszugeben. Der Teil der themenbezogenen Fragestellungen endet. Es wird ein Dank für die Teilnahme ausgesprochen und abschließend besteht die Option eines Feedbacks¹⁴.

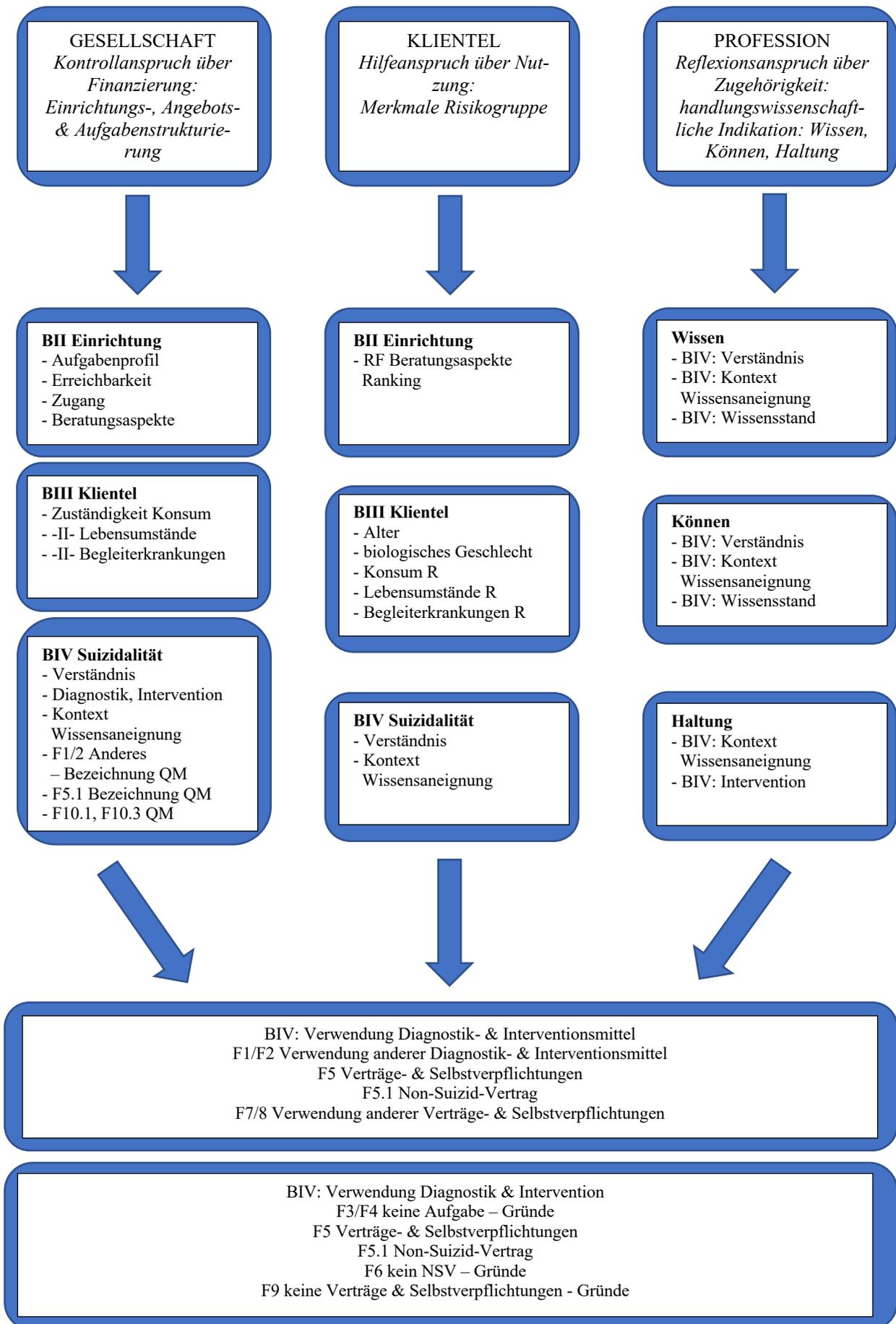
7.3.2 Operationalisierung

Nachdem das Erhebungsinstrument zum allgemeinen Verständnis objektiv beschrieben wurde, gilt es die Verbindung zu den zuvor festgelegten Hypothesen zu verdeutlichen. Hierzu werden die einzelnen Themenblöcke anteilig den Komponenten Gesellschaft, Klientel und Profession zugeordnet. Im Rahmen des Professionsmandats kann dann zusätzlich zwischen den 3 Formen Wissen, Können und Haltung unterschieden werden. Die Zuordnung ist anhand der Abbildung 2 auf nachstehender Seite ersichtlich. Diese wird im Folgenden detailliert beschrieben.

Die Ausprägung des gesellschaftlichen Mandats kann anhand der Finanzierung abgelesen werden. Es handelt sich inhaltlich um einen Kontrollanspruch, der sich in den Bereichen der Einrichtungs-, Angebots- & Aufgabenstrukturierung niederschlägt. Indizieren diese eine Nutzung suizidpräventiver Maßnahmen, ist der logische Schluss die zu überprüfende Verwendung derartiger Mittel. Es gilt im Block II: Einrichtung die erhobenen Daten zum Aufgabenprofil, der Erreichbarkeit, des Zugangs und der Beratungsaspekte in diesem Sinne zu überprüfen.

¹⁴Eine vollständige Abbildung des Erhebungsinstruments befindet sich im Anhang.

Abb. 2: Schaubild Operationalisierung (eigene Darstellung, J.B.)



Außerdem beeinflusst die Festsetzung von Zuständigkeitsbereichen (Block III) für bestimmte Konsumformen wie -verhaltensweisen, Lebensumstände und Begleiterkrankungen die Anzahl suizidaler Klient*innen, bzw. das Risiko, das eben diese Menschen eine Beratung wahrnehmen. Im thematischen Block zu Suizidalität und Suizidprävention können Angaben zum Verständnis von Suizidalität, Kontext der Wissensaneignung, zur Diagnostik und Intervention, F1/2, F5.1, F10.1, F10.3 – vor allem im Hinblick auf die Hinterlegung im Qualitätsmanagement mit dem gesellschaftlichen Mandat in Verbindung gebracht werden. Inwiefern der Hilfebedarf der Klientel eine Verwendung anzeigt, kann mithilfe der bereits erarbeiteten Risikomerkmale eingeschätzt werden. Hierzu lohnt sich ein Blick auf das Ranking der Beratungsaspekte in Block II. Des weiteren liefert der Block III hilfreiche Einblick in soziodemographische Eigenschaften der Beratenen. Auch hier lassen sich anteilig Antworten zum Verständnis unter Umständen offene Angaben zu sonstigen Kontexten der Wissensaneignung einbeziehen. Die Ausprägung des professionsbezogenen Auftrags einer handlungswissenschaftlichen Reflexion anhand des Trias Wissen, Können, Haltung wird durch die nachstehend beschriebene Aufteilung deutlich. Einige Auswahlmöglichkeiten in den Einschätzungsbereichen zum Verständnis, Kontext der Wissensaneignung (→ akademisch) und des -stands (Block IV) schließen auf das wissenschaftliche Wissen. Andere Aspekte der gleichen Fragenblöcke (Block IV) an das praktische Handlungswissen angegliedert. Aussagen zur Haltung sind durch einen quantitativen Fragebogen schwer erfassbar. Es kann allerdings eine allgemeine mandatsbezogene Aussage zum Kontext der Wissensaneignung erschlossen werden. Daneben erscheint in Anknüpfung an die Überlegungen zum wohltätigen Zwang (5.2) die basale Überprüfung der Verwendungszahlen bzgl. des wohltätigen Zwangs als sinnvoll. Zudem lassen sich die offenen Angaben (F3/4; F6; F9) im Hinblick auf ethische Aussagen analysieren. Im Kapitel 5.1 „Zur Verantwortung“ weist Leupold auf die besondere Relevanz eines gut begründeten Risikobefundes hin. So liegt ein Augenmerk auf der Nutzung diagnostischer Instrumente, bzw. der Begründung für eine Exklusion der Diagnostik aus dem Aufgabenprofil. Repetitiv wird außerdem der hohe Stellenwert einer Absicherung jeglichen Agierens durch qualitative Standards unterstrichen. Wird die Hinterlegung im Qualitätsmanagement zuvor dem gesellschaftlichen Mandat zugeordnet, kann sie so auch hier Anbindung finden.

Die Erhebung wird dann in Verbindung gebracht mit den Antworten zur tatsächlichen Verwendung von Diagnostik & Interventionswerkzeugen. Die positiv formulierten Hypothesen führen zu einer Zustimmung zur Nutzung. Es können neben den Instrumenten im Allgemeinen, auch das explizite Einsetzen von Verträgen und Selbstverpflichtungen – und im Detail des NSV betrachtet werden. Demgegenüber versucht die Befragung im Fall einer Verneinung des

diagnostisches wie interventionalen Aufgabenbereichs vor allem auch anhand von Textfeldern individuelle Gründe zu erfassen.

7.3.3 Testgütekriterien

Zur Überprüfung der Qualität und somit auch Aussagekraft quantitativer Studien, werden sogenannte Gütekriterien genutzt. Diesen sollte das gewählte Messinstrument in möglichst hohem Grad gerecht werden. Es geht explizit um die Reliabilität, Validität und Objektivität einer Erhebung (vgl. Diekmann 2013, 247ff.). Beginnend mit dem ersten Kriterium, der Zuverlässigkeit, so sind „Ergebnisse der Messung [...] zuverlässig, wenn sie reproduzierbar sind“ (Burzan 2015, 28). Eine stabile Unabhängigkeit ergibt sich, wenn die Komponenten Forscher, Zeitpunkt der Erhebung und auch Instrument der Erhebung – ohne eine Veränderung der Ergebnisse – beliebig ausgetauscht werden können. Durch das gewählte methodische Vorgehen kommen die Proband*innen nicht in den visuellen Kontakt mit der Forscherin. Außerdem ist der Fragebogen klar strukturiert, die Fragen sind ausformuliert, es bestehen jeweils Anweisungen zur Beantwortung der Fragestellung. So benötigt das Ausfüllen keine weitere Hilfestellung. Es wäre allerdings vermessen zu behaupten, dass unabhängig vom Aufbau wie der Form des Erhebungsinstrumentes in jedem Fall die vorliegenden Ergebnisse reproduziert würden. Der Zeitpunkt der Beantwortung kann in einem vorgegebenen terminlichen Rahmen selbst gewählt werden, wodurch auch hier eine gewisse Unabhängigkeit gegeben ist. Allerdings muss hier ebenfalls berücksichtigt werden, dass eine erneute Erhebung exemplarisch in einem Jahr durchaus andere Ergebnisse hervorbringen könnte, da Klientel wie Einrichtung keinen komplett starren Strukturen unterliegen und sich daher stets im Wandel befinden können.

Zum zweiten Kriterium schreiben Lienert und Raatz (1969): „Die Validität eines Tests gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das (die) er messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich misst“ (Lienert/Raatz 1969, 16). Validität kann sich hierbei auf den Inhalt, Kriterium, oder das Konstrukt beziehen. Ein inhaltsvalides Messinstrument sei exemplarisch gegeben, wenn die Wahl von Items die zu messende Eigenschaft in hohem Grad repräsentiert (vgl. Diekmann 2013, 258). Die vorangegangenen Verschriftlichungen zum Fragebogen verdeutlichen, dass das zuvor komplex erarbeitete, theoretische Konstrukt in seinen einzelnen Aspekten in der Erhebung durch vielfältige Fragetypen Berücksichtigung findet. Ethische Anteile, wie die Überprüfung der Haltung, sind – wie schon angemerkt – durch quantitative Empirie schwer abbildbar. Hier wurden die offenen Fragen bewusst eingesetzt.

Zuletzt soll das Testgütekriterium der Objektivität betrachtet werden. Es handelt sich bei dem vorliegenden Messinstrument um ein überwiegend standardisiertes Verfahren zur

Datensammlung. Der Zugang erfolgt online. Der Begrüßungstext vor dem inhaltlichen Einstieg sowie die Danksagung am Ende des Fragebogens sind bereits vorformuliert. Und selbst die offenen Fragen werden von den Proband*innen ohne direkten Kontakt zur Forscher*in beantwortet. Diekmann (2013) schreibt: „Der Grad der Objektivität eines Messinstruments bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß die Ergebnisse unabhängig sind von der jeweiligen Person, die das Messinstrument anwendet“ (ebd., 249). In Bezugnahme auf Linert und Raatz (1969) sei vollständige Objektivität nur möglich, wenn zwei Forscher*innen mit dem gleichen Erhebungsmittel deckungsgleiche Ergebnisse erzielt (vgl. ebd.). Da neben dem Fragebogen in der Phase der Proband*innen-Akquise ein Anschreiben mit einigen Infos zur Forscher*in übermittelt wurde und während der Beantwortung die Möglichkeit zur Korrespondenz via Mail bestand, kann hier sicherlich nicht von einer absoluten – aber wenigstens ausreichenden Grad an Objektivität gesprochen werden.

Diekmann ordnet die beschriebenen Kriterien in einer Hierarchie an (vgl. ebd. 261). Ziel sei vor allem die Erstellung eines validen Messinstruments. Die Operationalisierung der Mandate nach Staub-Bernasconi (2018) sowie der handlungswissenschaftlichen Wissensformen (vgl. Dewe/Otto 2012) durch inhaltliche Aufteilung/Zuordnung in verschiedene Themenblöcke spiegelt eine angemessene Inhaltsvalidität wider. Somit sind Qualität und Aussagekraft der Erhebung im vorgegebenen Rahmen ausreichend gesichert.¹⁵

7.4 Sampledarstellung

Flick (2009) stellt in seinem Unterkapitel „Auswahl von Informationsträgern: Stichprobenziehung und Sampling klar, dass zwischen „Auswahl- und Erhebungseinheiten“ (Flick 2009, 86) differenziert werden muss. Im Rahmen des begrenzten Umfangs und Workloads einer Masterthesis wurde die Sampleauswahl nicht zufallsgesteuert vorgenommen. Dem Thema entsprechend, wurden folgende Kriterien veranschlagt:

- Einrichtungseigenschaften: ambulante Suchtberatungsstelle (zusätzliche Einrichtungsmerkmale wie Psycho-Soziale Betreuung (PSB), Café, Übernachtungsmöglichkeiten optional möglich)
- Ort: Hamburg
- Proband*innen: mind. 1 Jahr als vollständig akademisch ausgebildete Teil- bis Vollzeitkraft im Bereich der Suchtberatung tätig; Beratungstätigkeit als ausdrücklicher Bestandteil des Arbeitsprofils
- Klientel: überwiegend volljährige Klient*innen mit eigener Konsumproblematik

¹⁵ Auf die Nebengütekriterien (vgl. Raithel 2006, 42) wird aufgrund ihres unverbindlichen Charakters an dieser Stelle nur beiläufig verwiesen. „Ökonomie“, „Vergleichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Normierung“ (ebd.) wurden in Ansätzen mitbedacht.

Für eine Erhebung zur Verwendung des Non-Suizid-Vertrags muss nicht auf die Berücksichtigung spezifischer Quoten, z.B. bzgl. des Geschlechts oder des Alters, geachtet werden. Wie bereits verdeutlicht, entspricht die vorliegende Forschungsarbeit einem ersten Schritt ins empirische Feld. Es handelt sich beim Sampling dementsprechend um eine bewusste Auswahl von Proband*innen. Durch die beschriebenen Kriterien wurden die zuvor erarbeiteten theoretischen Inhalte berücksichtigt. Berufserprobte Suchtberater*innen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in einer ambulanten Hamburger Suchtberatungsstelle hauptsächlich volljährige, von Sucht betroffene Klient*innen betreuen, bilden nach Flick die Grundgesamtheit (vgl. Flick 2009, 86; zit. n. Kromrey 2006, 269).

7.5 Vorbereitung und Durchführung

Als erster Schritt erfolgt die Erstellung des Online-Fragebogens über das Programm Uni-Park. Inhaltlich wird darauf geachtet, alle zuvor im Theorieteil erarbeiteten Inhalte in die Fragestellungen einfließen zu lassen und dem Questionnaire außerdem eine sinnhafte Struktur zu verleihen. So sollte der*die Leser*in angeregt werden, den Bogen bis zum Ende zu durchlaufen. Die Entscheidung für eine digitale Aufbereitung lässt sich mit den Faktoren Zeit, Kosten und vor allem den, das Forschungsvorhaben erschwerenden Pandemiebedingungen begründen. Durch die Bereitstellung eines Zugangslinks per Mail sowie die Durchführung jeglichen weiteren Schriftverkehrs auf diesem Wege, können eine angemessene Erreichbarkeit sowie ein niedrigschwelliger Zugang ermöglicht werden. Am 11.04.22 beginnt die Pretest-Phase. Hierzu kann das Feedback von vier Testerinnen gewonnen werden – allen voran der Zweitprüferin Frau Prof. Dr. Susanne Vaudt. Ab dem 12.04.22 werden die Verbesserungsvorschläge eingearbeitet. Hierbei kommt es vor allem zur Veränderung von Frageformulierungen zum besseren Verständnis, der Korrektur von Rechtsschreibfehlern – aber auch der inhaltlichen Ergänzung, bzw. Änderung von Auswahlmöglichkeiten. Für die Wahl der Suchtberatungsstellen wird die Plattform Kursbuch Sucht genutzt, die nach inhaltlicher Ausrichtung und Art der Angebote sortiert ist und eine Übersicht des gesamten Angebotsspektrums bietet (vgl. Sucht.Hamburg gGmbH o.J.). Neben der Kategorie Beratung lassen sich hier auch klinische, therapeutische wie teilhaberorientierte Hilfeleistungen finden. Gemäß den vorausgesetzten Kriterien ergibt sich die Auswahl von 29 Einrichtungen¹⁶. Diese werden am 21.04.22 per Mail über das Forschungsvorhaben informiert und um Teilnahme gebeten. Die wichtigsten Eckdaten zur Befragung sind im Mailtext enthalten. Ergänzend werden ein Informationsblatt sowie ein Anschreiben angehängt. Ab diesem Zeitpunkt steht die Forscher*in für Rückmeldungen und/oder Fragen per Mail zur

¹⁶Eine tabellarische Übersicht zur näheren Information ist im Anhang hinterlegt.

Verfügung. Am 25.04.22 erfolgt die Übermittlung des Teilnahmelinks. Ursprünglich ist ein Rücklaufzeitraum von 4 Wochen geplant, sprich bis zum 15.05.22. Pandemiebedingt sind viele Einrichtungen nach wie vor unterbesetzt. Aufgrund dessen entscheidet sich die Forscher*in für eine Erweiterung der Frist um eine Woche. Am 10.05.22 übermittelt sie eine Erinnerungsmail an die Einrichtungen. Auf Teilnahmeanfrage einer zusätzlichen Probandin wird die Umfrage nach Auslaufen des vorgegebenen Zeitraums (22.05.) reaktiviert. Das tatsächliche Ende der Umfrage beläuft sich auf den 05.06.22. Im Anschluss werden die Daten in das Programm IBM SPSS (Version 26) zur weiteren Auswertung eingespeist.

8 Datenanalyse

Im folgenden Kapitel werden die gesammelten Daten ausgewertet. Die rein standardisierten Werte können unmittelbar mithilfe des Programms IBM SPSS Statistics (Version 26) analysiert werden. Längere offene Angaben sind nicht einfach in quantitativ zählbare Variablen umzuwandeln. In diesen Fällen werden die erhobenen Daten differenziert ausgewertet. Da es sich hierbei um eine geringe Menge handelt, kann im Rückgriff auf Mayring (2022) von einer Orientierung und nicht von einer ausführlich prozesshaften Umsetzung der Qualitativen Inhaltsanalyse gesprochen werden.

8.1 Samplebeschreibung

Laut des Feldberichts im genutzten Programm Unipark ergibt sich ein Gesamtsample von 29 Teilnehmer*innen, die zu einer Nettobeteiligung in Höhe von 27 reduziert werden. In einem Fall wird der „Consent abgelehnt“ und im zweiten Fall hat der*die Proband*in die Umfrage inhaltlich nicht begonnen. Die Nettobeteiligung wird für den Export um die unvollständigen Datensätze bereinigt. Sechs Personen haben die Befragung nicht beendet. Letztendlich findet sich in SPSS ein Sample von 21 Proband*innen, das zur weiteren Auswertung und somit in den nachfolgenden Textabschnitten genutzt wird.

Um das vorliegende Sample zu beschreiben, werden die Antworten des ersten Frageblocks genutzt. Es handelt sich hierbei um die soziodemographischen Daten Geschlecht, Alter und Profession. So geben 71,4 % der Befragten an, sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Es lässt sich eine klare Dominanz gegenüber den Männern feststellen. Die Angabe „Sonstiges“ wird nicht gewählt. 17 von 21 Proband*innen sind

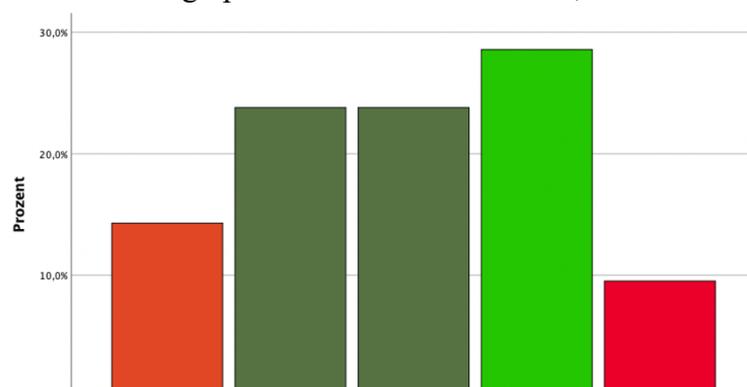


Abb. 3: Balkendiagramm - gemischtes Sample nach Alter (eigene Darstellung, J.B.)

Sozialarbeiter*innen. Die vier Verbleibenden sind Psycholog*innen. Mit einer leichten Dominanz von 28,6 % bilden die 45-54-jährigen die größte Gruppe. Am numeral schwächsten vertreten sind die 18-24-jährigen (n = 3) und die 55+-jährigen (n = 2).

Bei der Aufbereitung der Datensätze für die nachfolgende Auswertung ergibt sich eine Reduzierung des Samples um ein*e Teilnehmer*in, der*die eines der vorausgesetzten Kriterien nicht erfüllt. Statt der Arbeit mit volljährigen Erwachsenen, bezeichnet die Person angehörige Kinder als ihre Hauptklientel. Da die aufgestellten

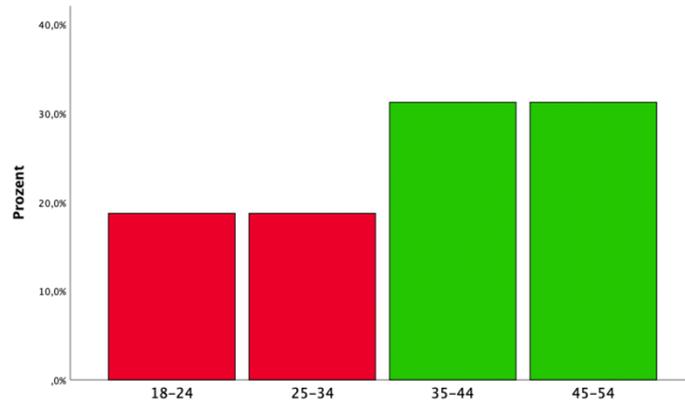


Abb. 4: Balkendiagramm - sozialprofessionelle Fachkräfte nach Alter (eigene Darstellung, J.B.)

Thesen ihren Ursprung in sozialarbeiterischen Ideen und Konzepten finden, ist es nicht zielführend, in die Überprüfung eben dieser auch Datensätze von Teilnehmenden einzubeziehen, die einer anderen Profession angehören. So werden Psycholog*innen für den spezifischen Teil der Auswertung nicht berücksichtigt, finden aber im ersten, allgemeinen Auswertungsteil kurz Anklang. Durch die beschriebene Säuberung der Daten entstehen folgende soziodemographische Veränderungen: Jeweils fünf Proband*innen befinden sich in den Altersgruppen 35-44 und 45-54 sowie jeweils drei Personen in den Kategorien 18-24 und 25-34. Die deutlich feminine Dominanz bleibt bei einem Verhältnis von 68,8% > 31,3% bestehen. Es folgt nun die detaillierte Ergebnisdarstellung.

8.2 Ergebnisdarstellung I: Statistik

8.2.1 Statistik: Allgemeines

Werden alle 20 Proband*innen einbezogen, zeigt sich eine Zustimmung im Bereich der Verwendung diagnostischer Mittel von 15% bis 40%. Selbstbeurteilungsverfahren erzielen hierbei die höchste Trefferquote. Demgegenüber werden Suizidbögen am seltensten genutzt. Nach einer Bereinigung des Samples und somit ausschließlicher Betrachtung der Sozialarbeiter*innen zeigt sich eine prozentuale Zustimmung von 18,8% bis 43,8%. Selbstbeurteilungsverfahren erhalten auch hier den meisten Zuspruch. Suizidbögen und Checklisten liegen mit drei Stimmen hinten. Fünf Proband*innen wählen das Item „Anderes“. Dieses lässt sich anhand der offenen Angaben weiterhin kategorisieren. Es zeigt sich, dass vier von fünf Teilnehmenden den NSV und drei Proband*innen bestimmte Gesprächstechniken zur Diagnostik nutzen. Vier von 16, bzw. sechs von 20 Teilnehmenden (= 30%) bestätigen, dass die Diagnostik nicht zum

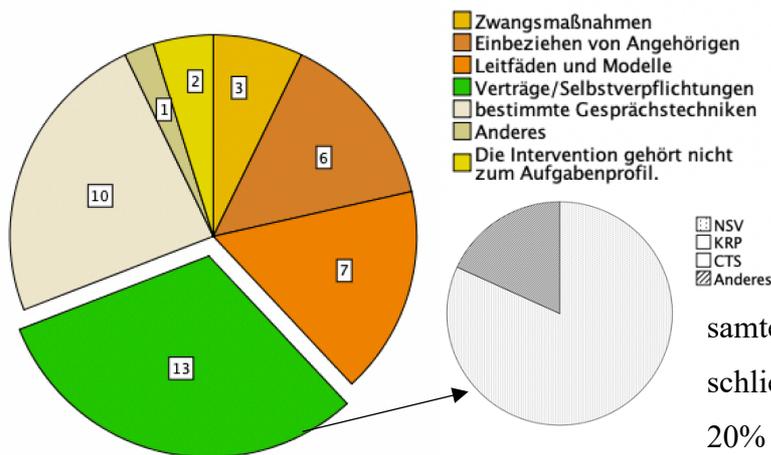


Abb. 5: Kreisdiagramme - Interventionswerkzeuge & Verträge im Detail (eigene Darstellung, J.B.)

Verträgen und Selbstverpflichtungen assoziiert. Zwangsmaßnahmen bilden den Gegenpol und 3 Proband*innen entscheiden sich für „andere“ Werkzeuge. Nach einer Reduzierung auf die sozialprofessionell Schaffenden hält sich die Rangfolge hinsichtlich des meist gewählten Instruments. So verwenden 81,25% der Befragten (13) Verträge oder auch Selbstverpflichtungen bei auftretenden Selbsttötungsabsichten¹⁷. Platz zwei belegen bestimmte Gesprächstechniken, dicht gefolgt vom Notfallplan. Zwangsmaßnahmen sind dreifach belegt und lediglich in einem Fall kommt es zur Verwendung eines anderen Interventionsmittels – der Vermittlung in eine Akutpsychiatrie. Lediglich zwei Sozialarbeiter*innen geben an, dass die Intervention nicht zum Aufgabenprofil gehört.

Da die vorliegende Arbeit den NSV in den Fokus nimmt, werden im Folgenden die Details in den Fokus genommen. Elf von 20; bzw. neun der 13 Teilnehmenden (69,2%), die angeben Verträge/Selbstverpflichtungserklärungen zu verwenden, nutzen im Detail den NSV. Der KRP sowie das CTS werden nicht bedient. Zwei Proband*innen wählen „Anderes“. Sie benennen die Selbstverpflichtungserklärung und das Versprechen zum Weiterleben. Vier partizipierende Personen verneinen die Verwendung jeglicher vorgegebenen Verträge.

8.2.2 Statistik I: Mandat der Gesellschaft

Bei der Finanzierung entscheiden sich 100% der Befragten für „öffentliche Mittel“. Die Optionen „Spenden“, „Beides zu gleichen Anteilen“ oder „Sonstiges“ wird in keinem Fall ausgewählt. Weiterhin wählen bei der Frage nach dem Angebotsprofil ebenfalls alle Befragten die Beratung als zugehörig aus. Gegenüber anderen Aufgaben steht sie somit klar im Vordergrund. Die daran anschließende Filterfrage nach den einzelnen Aspekten der Beratungstätigkeit zeigen einen vielfältigen Mix aus teils absolut gewählten Optionen wie der Stabilisierung, der Weitervermittlung oder auch Vermittlung in zusätzliche Hilfen sowie die Krisenintervention und teils

¹⁷ Die verbleibenden 3 Stimmen setzen sich aus einer Verneinung und zwei nicht gegebenen Antwort zusammen.

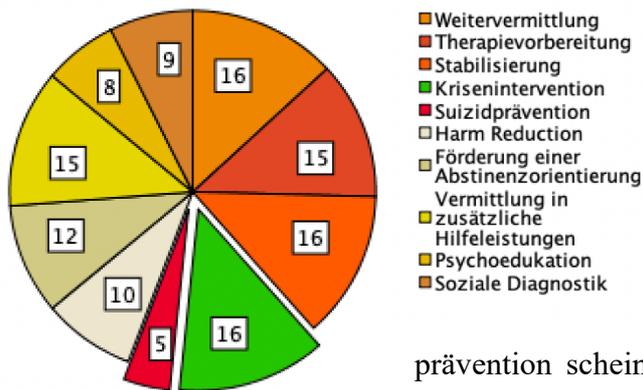


Abb. 6: Kreisdiagramm - Beratungsaspekte (eigene Darstellung, J.B.)

ähnlich hervorzuhebende Diskrepanz resultiert aus dem Vergleich der Auswahlmöglichkeiten Soziale Diagnostik und Therapievorbereitung (9<15), da die Diagnostik als obligatorischer Arbeitsschritt angesehen werden kann, um eine Therapievorbereitung zu vollziehen.

Menschen in suizidalen Krisen sind möglichst schnell und unverbindlich auf Hilfe angewiesen. Im Fragebogen gibt es aufgrund dessen eine Frage zur Erreichbarkeit sowie zum Zugang. Hiermit wird die Einrichtung, bzw. die immanent geschaffenen Strukturen in den Blick genommen. Für das Merkmal der Erreichbarkeit erfolgt eine Stellungnahme zu folgenden Aussagen:

- Die Einrichtung ist für die Klientel mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.
- Die Einrichtung bietet lange und flexible Öffnungszeiten.
- Während der Öffnungszeiten werden Anfragen direkt oder am selben Tag bearbeitet.

Überwiegend wird mit „trifft eher zu“ und „trifft zu“ geantwortet. Im Vergleich schneidet das Feedback zur Länge der Öffnungszeiten mit 18,8% bei „trifft eher nicht“ zu und 25% bei „trifft zu“ am schlechtesten ab. Zusammenfassend zeichnet die Einrichtungen überwiegend gute Anfahrtsmöglichkeiten und lange wie flexible Öffnungszeiten aus. Grundsätzlich kann also von einer zeitnahen Erreichbarkeit ausgegangen werden. Bzgl. des Zugangs dienen folgende Aussagen zur Bewertung:

- Es handelt sich um eine niedrighschwellige Einrichtung
- Es wird Hilfe ohne vorherige Terminvergabe angeboten.
- Eine komplett anonyme Beratung ist durchgängig möglich.
- Es werden keine personenbezogenen Daten erhoben.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeichnet sich ein diverses Bild ab. 50% der Proband*innen beschreiben ihre Einrichtung als niedrighschwellig. Eine unmittelbare Unterstützung ohne verbindliche Vorabsprache kann in 62,6% der Fälle angeboten werden. 13 Teilnehmende entscheiden sich bei der Einschätzung zur Anonymität für die Optionen „trifft eher zu“ und „trifft zu“.

weniger frequentierten Antwortmöglichkeiten. Zu Letzteren zählen exemplarisch die Soziale Diagnostik, Psychoedukation und mit einer 5-maligen und somit geringsten Häufigkeit die Suizidprävention. Gerade der Kontrast zwischen Krisenintervention und Suizidprävention scheint beachtlich, kann doch die Aufgabe des Vorbeugens einer Selbsttötung im Fall einer suizidalen Krise als Anteil von Krisenintervention verstanden werden.

Eine

Demgegenüber erscheint die Erhebung personenbezogener Daten für die Mehrheit (81,3%) obligatorisch. So kann hier zumindest nicht von einer – für die spezifische Klientel beschaffene Niedrigschwelligkeit gesprochen werden.

In Bezugnahme auf die Klientel können außerdem die Zuständigkeiten überprüft werden. Im Bereich des stoffgebundenen wie

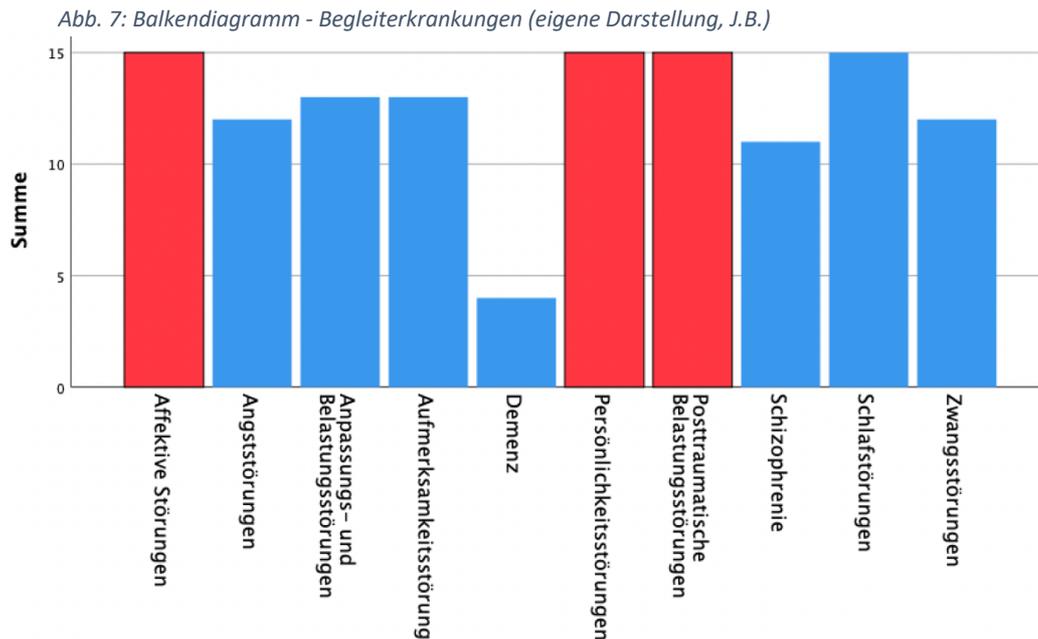
Es handelt sich um eine niedrigschwellige Einrichtung.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft nicht zu	3	18,8	18,8	18,8
trifft eher nicht zu	5	31,3	31,3	50,0
trifft eher zu	2	12,5	12,5	62,5
trifft zu	6	37,5	37,5	100,0
Gesamt	16	100,0	100,0	

Tab. 2: Niedrigschwelligkeit (eigene Darstellung, J.B.)

stoffungebundenen Konsums ist Alkohol (N= 16) die am höchsten frequentierte Option. Mit 93,8% folgen Cannabis, Amphetamine, Kokain und Barbiturate. Nachstehend wählen 14 der Befragten Opiate (außer Heroin) und 12 pathologisches Glücksspiel sowie die Stoffgruppe „MDMA, Ecstasy“ aus. Im vorangegangenen Theorieteil der Arbeit gehören Alkohol, Kokain, Opiate, pathologisches Glücksspiel und nachrangig Cannabis zu den Konsummitteln und Verhaltensweisen, die Suizidalität maßgeblich forcieren (siehe Kapitel 3.2 & 6.1). Empirisch evident ist so eine Struktur vorhanden, die eine Betreuung von Menschen mit einem höheren suizidalen Risiko begünstigt.

Im Bereich der Zuständigkeit für diverse Lebensumstände kommen die Optionen „arbeitslos“, „verschuldet“ und „sozial isoliert“ am häufigsten vor. In 100% der befragten Fälle offeriert die Einrichtung Hilfe für Menschen mit einer finanziell defizitären Lage. Die genannten Kriterien überschneiden sich mit den, in Empirie und Literatur genannten Charakteristika einer Risikogruppe für Suizidalität (siehe Kapitel 3.2 & 6.1). Somit sind seitens der Einrichtung Strukturen geschaffen, die gerade die Lebensumstände suizidgefährdeter Menschen in den Blick nehmen. Des Weiteren geben 15 von 16 Teilnehmenden an, dass Ihre Einrichtung als Anlaufstelle für Personen mit folgenden Begleiterkrankungen zur Verfügung steht: Affektive, Persönlichkeits-, Posttraumatischen Belastungs- und Schlafstörungen. Auch hier ist die Kongruenz zwischen bereits beschriebenen Merkmalen einer Risikogruppe und vorliegende Zuständigkeit für eben genau diese (bis auf Schlafstörungen) deutlich (siehe Kapitel 3.2 & 6.2). Schizophrenie, die ebenfalls als zuträglicher Einflussfaktor für Suizidalität gilt, beziehen 11 der Fälle in ihre Antwort ein.



„Block IV: Suizidprävention“ ermöglicht Erhebungen zu diversen Unterthemen. 93,8% der Proband*innen verstehen Suizidalität im Rahmen ihrer Tätigkeit als Suchtberater*in in ihrer Einrichtung als mögliches Thema für die Beratung und sogar 100% sehen sie als Anlass zur Intervention. Gleichsam bezeichnen 14 Teilnehmende die Beschreibung von Selbsttötungsabsichten als Anlass zur Weitervermittlung in eine andere Einrichtung ebenfalls als eher, bzw. vollständig zutreffend. Eine mögliche Interpretation ist die Schlussfolgerung, dass Suizidgeanken zwar in der Beratung angesprochen werden können, die eigentlich Behandlung dieser allerdings nicht in der Suchtberatung vorgesehen ist.

Auch die inhaltliche Gestaltung des QM gibt Hinweisen darauf, inwiefern das Vorbeugen eines Suizids durch das gesellschaftliche Mandat forciert wird. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass Diagnostikinstrumente mit einer Häufigkeitsspanne von 12,5% bis 37,5% einrichtungsin-tern für die Fachkräfte verfügbar sind. Leitfäden und Modelle sind dabei am höchsten frequen-tiert. Außerdem gibt ein*e Proband*in an, dass das Qualitätsmanagement eine Zuordnung zum Aufgabenprofil ausdrücklich ablehnt.

Ein bis maximal drei Proband*innen entscheiden sich im Bereich der Interventionsmittel für eine schriftliche Hinterlegung. Im Vergleich zur Diagnostik nimmt dies dementsprechend deut-lich ab. Am häufigsten vertreten sind auch hier die Leitfäden und Modelle. Eine befragte Person gibt an, dass Verträge/Selbstverpflichtungen im QM hinterlegt sind. In der Filterfrage zur Be-titelung des Vertrags tritt dies im Fall des NSV ebenso einmal auf. Im Zuge der Benennung anderer Diagnostik- und/oder Interventionswerkzeuge wird ebenso deren Hinterlegung im QM erfragt. Keine*r der Probanden macht dbzgl. eine Angabe.

Vier von 16 Teilnehmenden wählen „einrichtungsinterne Fortbildungen“ als Kontext für die Wissensaneignung zu den Themen Suizidalität und Suizidprävention aus.

Wie im vorangegangenen, allgemeinen Teil aufgeführt, entscheiden 81,25% der Partizipierenden für die Verwendung von Verträgen/Selbstverpflichtserklärungen und wiederum 69,2% dieser Menge für den NSV. Die Verbleibenden werden, wenn sie sich klar gegen eine Verwendung entscheiden, zu der Frage nach Gründen für diese Ablehnung geleitet. Neben vorgegebenen Antworten besteht auch hier die Möglichkeit eine eigene Angabe zu tätigen. In Bezugnahme auf die Verträge trifft dies auf 1/3 übrige Proband*innen zu. Diese*r sagt aus, dass derartige Mittel in der Beratungsstelle nicht zur Verfügung stehen. Auch bei der Frage nach der Verwendung des NSV erfolgt eine Abklärung der Gründe für keine Verwendung. Hier entscheiden sich 3/4 für die Option „Er steht einrichtungsintern nicht zur Verfügung.“

Als Zwischenfazit für das gesellschaftlichen Mandat lässt sich folgendes festhalten. Die Strukturen der Einrichtung sind so gestaltet, dass vor allem in Hinblick auf die Zuständigkeiten mit großer Wahrscheinlichkeit die Klient*innen erreicht werden, deren Problemlage auch eine suizidale Einengung proklamiert. Ebenso die gute Erreichbarkeit sowie der häufig gewählte Beratungsaspekt der Krisenintervention sprechen dafür. Auf der anderen Seite wird Suizidprävention sehr niedrig in einer Rangfolge eingeordnet und überwiegende 14 von 16 Proband*innen sehen in dem Auftreten von Suizidalität einen Anlass zur Weitervermittlung. In deutlich unter 50% der Fälle sind Diagnostikinstrumente im QM hinterlegt, bzgl. der Intervention sind die Zahlen noch niedriger. Hier findet sich eine wiederkehrende Begründung für die Nicht-Verwendung von Verträgen und Selbstverpflichtserklärungen wie im Detail der NSV. Außerdem geben lediglich 25% der Sozialarbeiter*innen an, dass sie sich einrichtungsintern durch Fortbildungen Wissen angeeignet haben. Von diesen Erkenntnissen ausgehend, erscheint eine Nutzung suizidpräventiver Mittel nicht allzu wahrscheinlich – was dem tatsächlich hohen Nutzer*innenergebnis durchaus entgegensteht.

8.2.3 Statistik II: Mandat der Klientel

Um zu überprüfen, inwiefern der Bedarf an Suizidprävention durch die Adressat*innen vorhanden ist, werden verschiedene Angaben aus den Fragen zur Einrichtung, zur Klientel und zur Suizidprävention berücksichtigt.

Nachdem bereits die strukturelle Ausgestaltung des Beratungsangebots betrachtet wurde, gilt es nun das tatsächliche Vorkommen der gewählten Aspekte im Beratungsalltag zu fokussieren. Im Fragebogen selbst wird hierzu ein Ranking genutzt. Allgemein ist dabei die Stabilisierung am stärksten vertreten. Mit einer 16-fachen Auswahl belegt sie Platz eins bis Platz vier. Die

Ranking Beratungsaspekte		
	N	Mittelwert
Stabilisierung	16	2,00
Förderung einer Abstinenzorientierung	12	3,50
Therapievorbereitung	15	3,60
Soziale Diagnostik	9	4,22
Weitervermittlung	16	4,31
Vermittlung in zusätzliche Hilfesleistungen	15	4,93
Krisenintervention	16	5,31
Harm Reduction	10	5,90
Psychoedukation	8	7,00
Suizidprävention	5	8,40

Tab. 3: Ranking Beratungsaspekt (eigene Darstellung, J.B.)

„Harm Reduction“ und hinter „Weitervermittlung“ (Nr. 5) und „Vermittlung in zusätzliche Hilfesleistungen“ (Nr. 6). Bildet die Krisenintervention zwar ausgehend vom Angebotsprofil der Einrichtung einen definitiv möglichen Inhalt für die Beratung, so kommt sie der fachlichen Einschätzung nach im realen Arbeitsalltag eher selten zum Einsatz. Die zuvor angesprochene Widersprüchlichkeit zwischen den Optionen „Soziale Diagnostik“ und „Therapievorbereitung“ kann im Ranking insofern aufgelöst werden, indem sich die Platzierungen hier ähneln. Sie nehmen die Ränge drei und vier ein.

Die betreuten Klient*innen sind laut den Angaben der Befragten überwiegend älter und dominierend dem biologisch männlichen Geschlecht zuzuordnen. Im Detail ordnen 50% ihre Adressat*innen den 41-55-Jährigen zu und 81,3% arbeiten überwiegend mit männlichen Betroffenen. Es zeigt sich eine klare Kongruenz zwischen den erarbeiteten Risikomerkmale alt und männlich sowie den vorliegenden empirischen Ergebnissen.

Nachdem im Fragebogen die Zuständigkeiten festgelegt sind, erfolgt die Bewertung des tatsächlichen Vorkommens anhand eines Rankings. Alkohol findet sich hierbei im Gesamtvergleich auf der höchsten Platzierung wieder: zwölf Mal Platz eins. Es ergibt sich ein Mittelwert von 1,81, an den Cannabis mit 2,87 und Kokain mit 2,93 anschließen. Pathologisches Glücksspiel liegt bei dieser Gegenüberstellung auf Platz sechs und Opiate auf Platz acht von insgesamt 17 ausgewählten Konsummitteln/verhaltensweisen. Es verorten sich somit in der oberen Hälfte des Rankings die

fünf Proband*innen, die sich für die Suizidprävention entschieden haben, verorten diese Aufgabe auf den Rängen sieben, neun und zehn und dementsprechend eher im hinteren Feld. So ergibt sich für diesen Aspekt insgesamt die schwächste Platzierung als zehnte Option. Krisenintervention findet sich auf den Plätzen zwei bis neun wieder, wobei am häufigsten drei, vier und sieben ausgewählt werden.

Insgesamt ergibt sich für diesen Beratungsaspekt im Sinne seines tatsächlichen Auftretens Platz 7 vor

Tab. 4: Ranking Konsum (eigene Darstellung, J.B.)

Ranking Konsum		
	N	Mittelwert
Alkohol	16	1,81
Cannabis	15	2,87
Kokain	15	2,93
Heroin	10	5,10
Amphetamine	15	5,47
pathologisches Glücksspiel	12	5,50
MDMA, Ecstasy	12	6,17
Opiate (außer Heroin)	14	6,36
Barbiturate	15	7,00
Essstörung	8	7,50
Sexsucht	8	7,50
Halluzinogene	10	7,70
Medienabhängigkeit	11	8,36
Schnüffelstoffe	7	9,43
Pornosucht (online)	8	9,50
Kaufsucht (nicht online)	3	11,67
Kaufsucht (online)	5	12,80

stoffgebundenen und -ungebundenen Formen, die empirisch nachweislich Suizidalität in einem hohen Maß forcieren.

Das Ranking der vorgegebenen Lebensumstände betrachtend, finden sich Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und Schulden klar im oberen Bereich der Platzierung wieder. Klient*innen ohne Job bilden hierbei mit einem Mittelwert von 1,8 die Nr. 1 unter den tatsächlich auftretenden Betreuungen, gefolgt von prekären Arbeitsverhältnissen (2,62), Vereinsamung (3,4) und monetären Problemen (3,94). Die Mehrheit der Adressaten befindet sich also in Lebensumständen, die mit denen – von Selbsttötungsabsichten tangierten – übereinstimmen.

Im Bereich der Begleiterkrankungen werden die affektiven Störungen am höchsten eingestuft. Es kommt neun Mal zur Zuweisung des ersten Platzes. Persönlichkeitsstörungen wird im Beratungsalltag am fünf häufigsten wahrgenommen. PTBS schließt mit einem Mittelwert von 4,27 an. Schizophrenie wird als nachrangig im Klient*innenkontakt eingeordnet. Gerade die hervorstechende Häufigkeit der Auswahl von affektiven Erkrankungen – zu denen v.a. auch Depressionen gehören – und Alkohol lässt ein gehäuftes Vorkommen suizidaler Klienten und demnach eine Verwendung suizidpräventiver Maßnahmen vermuten.

Ranking Begleiterkrankungen		
	N	Mittelwert
Affektive Störungen	15	2,27
Schlafstörungen	15	2,33
Anpassungs- und Belastungsstörungen	13	3,69
Angststörungen	12	3,83
Persönlichkeitsstörungen	15	4,20
Posttraumatische Belastungsstörungen	15	4,27
Aufmerksamkeitsstörungen	13	5,92
Zwangsstörungen	12	6,83
Schizophrenie	11	7,27
Demenz	4	8,50

Tab. 5: Ranking Begleiterkrankungen (eigene Darstellung, J.B.)

In Themenblock IV schätzen die Proband*innen auch ein, ob Suizidalität einen tatsächlich auftretenden Gesprächsinhalt darstellt. In 15 von 16 Fällen werden hier die Option „trifft eher zu“ und „trifft zu“ gewählt. Dieses Ergebnis bekräftigt die zuvor aufgestellte Vermutung, dass die Lebenslage der Adressat*innen eng mit dem Vorkommen von Suizidalität verknüpft ist.

Im Rahmen der Frage nach dem Kontext der Wissensaneignung besteht die Möglichkeit unter „Sonstiges“ eine qualitative Antwort zu vermerken. Die resultierenden Werte können in die Kategorien „Berufserfahrung“ und „Zusatzausbildung“ unterteilt werden. Drei von vier Proband*innen, die sich für diese Vorgabe entscheiden, benennen die erste Kategorie als Kontext. Somit eignen sie sich ihr Wissen in der Arbeit mit konkreten Fällen an, was wiederum auch dafürspricht, dass suizidale Klient*innen Suchtberatung in Anspruch nehmen. Bei der geringen Fallzahl muss bei diesem Aspekt klar die Aussagekraft der Daten in Frage gestellt werden.

Im Rahmen eines Zwischenfazits auf der Seite der Hilfesuchenden zeichnet sich ein klarer Bedarf an Suizidprävention ab. So zeigen das Ranking der verschiedenen Merkmale der Lebenslage, die soziodemographischen Daten der Betroffenen sowie die Tatsache, dass Suizidalität im

Beratungsalltag fast absolut auftritt. Der*Die prototypische Ratsuchende ist demnach mit hoher Wahrscheinlichkeit 41-55 Jahre alt, männlich, an einer affektiven Störung erkrankt, von einer Konsumproblematik mit Alkohol und Arbeitslosigkeit betroffen. All dies sind prägnante Eigenschaften, die bei den erarbeiteten Merkmalen einer Risikogruppe für Selbsttötungsabsichten zu finden sind. Trotz dessen bewerten die Proband*innen die ausgewählten Beratungsaspekte der Krisenintervention sowie der Suizidprävention als eher selten vorkommende Aufgaben und sehen demgegenüber in der Stabilisierung, Förderung einer Abstinenzorientierung und Therapievorbereitung die klar dominierenden Anteile ihrer Beratungspraxis.

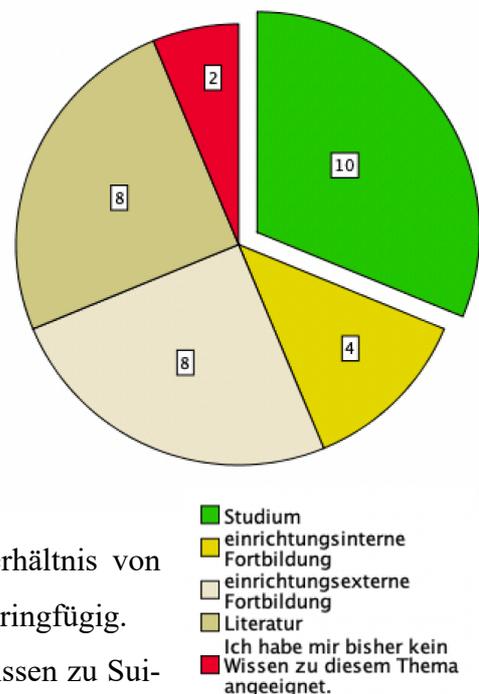
8.2.4 Statistik III: Mandat der Profession

Ausgehend von der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft erfolgt der Einstieg mit der Überprüfung des systematischen Wissenschaftswissens. Alle Teilnehmer*innen verstehen Suizidalität eher oder absolut als krisenhaften Zustand. Im Kontrast dazu geben 68% an, dass eine Einordnung als krankhafte Kondition eher nicht, bzw. nichtzutreffend ist. Vier Proband*innen stimmen der Aussage eher zu. Dieses Verständnis bestärkt die Annahme eines Bewusstseins für die Zuständigkeit im Fall von Suizidalität, da die Krisenintervention in der Literatur repetitiv dem Aufgabenprofil der Suchtberatung zugeordnet wird. Auch die Befragten ordnen sie generell dem Beratungsprofil ihrer Einrichtung zu – auch, wenn sie dann in der Häufigkeit ihres tatsächlichen Auftretens eher unterrepräsentiert ist. Würde die Einschätzung eines krankhaften Zustands überwiegen, wäre die hauptsächliche Weitervermittlung und Ablehnung einer eigenen Intervention im Fall von auftretender Suizidalität nachvollziehbar. Die herausgearbeiteten Theorieinhalte zeichnen außerdem eine klare Verbindungslinie zwischen den Phänomenen Sucht und Suizidalität. Dieses Wissen lässt sich allerdings anhand den

Umfrageergebnissen nicht so eindeutig ablesen. Im Verhältnis von 43,8% zu 50,1% überwiegt eine Zustimmung lediglich geringfügig.

Allein die Professionszugehörigkeit sichert noch kein Wissen zu Suizidalität, Suizidprävention sowie ethischen Aspekten. Es gilt zu überprüfen, ob innerhalb des Studiums Inhalte zu diesen spezifischen Themen aufgenommen wurden. Zehn der 16 Befragten geben dies an. Zwei Proband*innen haben sich bisher noch gar kein Wissen zu diesem spezifischen Bereich angeeignet.

Abb. 8: Kreisdiagramm - Kontext Wissensaneignung (eigene Darstellung, J.B.)



Anhand einer Skala sollen die Proband*innen ihren Wissensstand bzgl. verschiedenen Themenbereiche einschätzen. Hierbei erreichte die Ausprägung des Wissens zu Suizidalität im Mittel einen Wert von ca. 6,2 von 10 möglichen Punkten.

Im Teilbereich des systematischen Wissenschaftswissens wird somit deutlich, dass das Verständnis von Suizidalität als krisenhafter und somit – im Rahmen einer Krisenintervention – bearbeitungswürdiger Zustand durchaus gegeben ist. Das Erkennen einer Verbindungslinie zwischen Sucht und Suizidalität ist aus den Ergebnissen nicht eindeutig ablesbar. Dies kann sich durch die eher mittelmäßig gegebene Wissensvermittlung im Studium oder auch die ebenso mittelmäßige Einschätzung des eigenen Wissensstandes begründen lassen.

In Bezugnahme auf das praktische Handlungswissen lassen sich im Frageteil zum Verständnis die Resultate von vier Aussagen in den Blick nehmen. Basal verstehen alle Teilnehmenden Suizidalität als Anlass zur Intervention (drei Mal „trifft eher zu“ und 13-mal „trifft zu“). Die Mehrheit sieht im Fall auftretender Selbsttötungsabsichten außerdem einen Anlass zur Weitervermittlung in eine andere Einrichtung. Sieben Proband*innen entscheiden sich hier für „trifft eher zu“ und weitere sieben für „trifft zu“. Hinsichtlich der Identifikation als „obligatorischer Teil der Sozialen Diagnostik“ und „Gegenstand präventiver Maßnahmen“ ist die vergleichsweise häufige Auswahl des Items „keine Angabe“ auffällig. Hierfür entscheiden sich jeweils 31,3%. Abgesehen davon verorten sich die Antworten tendenziell im Bereich der Zustimmung.

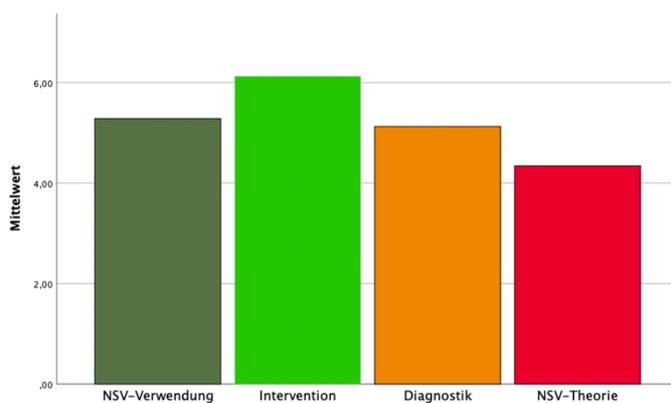


Abb. 9: Balkendiagramm - Wissensstand (eigene Darstellung, J.B.)

Wie bereits beschrieben, besteht im Fragebogen ein Bereich aus der Bewertung der eigenen Kompetenz sowie des eigenen Wissens im Themenfeld Suizidalität und Suizidprävention. Die Intervention schneidet hierbei im Vergleich (Mittelwert = ca. 6,1) am besten ab. Es folgt die Ausprägung des Wissens zur NSV-Verwendung – die Di-

agnostik und zuletzt die NSV-Theorie mit einem Mittelwert von ungefähr 4,3 und damit deutlich im unteren Feld der Einstufung.

Weiterhin begründen zwei von drei Teilnehmenden ihre Ablehnung einer NSV-Verwendung mit einer nicht vorhandenen Kenntnis dieses Werkzeugs.

Gerade letzteres Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass der Umfang eines praktischen Handlungswissens bei den befragten Sozialprofessionellen – trotz der mehrheitlich akademisch abgeschlossenen Ausbildung – eher defizitär ausgeprägt. Die teils schwachen Mittelwerte in

Bezug auf den Wissensstand sowie die auffällig hohe Häufigkeit bei der Wahl der Option „keine Angabe“ bekräftigen dies.

Die Haltung ist ein Aspekt des Professionsmandats, der schwer über quantitative Daten zu prüfen ist. Erwähnenswert an dieser Stelle ist, dass drei von 16 Befragten sich für die Verwendung von Zwangsmaßnahmen aussprechen. So scheint die Anwendung von Zwang ein Interventionsmittel zu sein, von dem in der Arbeit mit suizidalen Klient*innen überwiegend abgesehen wird. Im allgemeinen Aufbereitungsteil dieses Kapitels kommt die hoch frequentierte Zustimmung zur Aussage „Diagnostik gehört nicht zum Aufgabenprofil.“ – gerade im Vergleich zur selben Aussage in Bezug auf die Intervention – zur Sprache. In Verbindung mit der erklärten Bedeutung eines guten und ausführlichen Risikobefundes sowie den kontrastierenden Zahlen zum Einsatz intervenierender Methoden und Techniken, fallen diese Ergebnisse überraschend negativ aus. Weiterhin sind die Verwendungszahlen der diversen Diagnostikinstrumente deutlich unterhalb der 50%-Grenze angelegt. Die Resultate zur Verankerung im QM sind ähnlich niedrig einzuordnen. Im Bereich der Intervention sind die Zahlen schwindend gering ausgeprägt, obwohl die Anzahl der Proband*innen, die auf Interventionsmittel zurückgreifen, ausdrücklich über den bemängelten Werten im Diagnostikbereich liegen. In 8.3 werden die qualitativen Angaben anhand der Methodik der Inhaltsanalyse begutachtet. Unter Umständen erschließen sich dort Aspekte, die an diesen Teilbereich angefügt werden können.

8.2.5 Statistik: Sonstiges

Ein Teil der Erhebung gibt die Sichtweise der 16 sozialarbeiterisch tätigen Befragten auf ihre eigene fachliche Kompetenz wieder. Hierzu wird, wie bei der Überprüfung des Wissensstandes eine Skala von 1 (= überhaupt nicht sicher) bis 10 (= absolut sicher) verwendet. Im Kontrast zu

den anderen Items sticht die Sicherheit in Bezug auf das Verhalten bei Suizidalität hervor. Es handelt sich um einen Wert von 6,75. Ähnlich kompetent schätzen sich die Proband*innen bei der Intervention ein. Die NSV-Nutzung sowie die Diag-

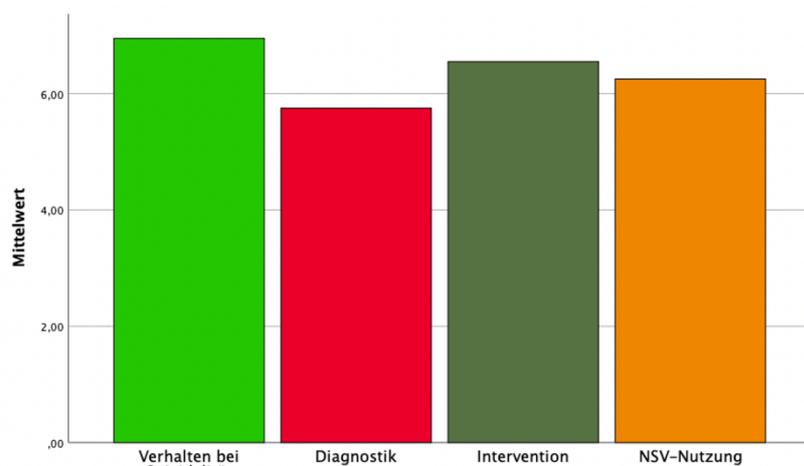


Abb. 10: Balkendiagramm - fachliche Kompetenz (eigene Darstellung, J.B.)

nostik bewegen sich zwischen fünf und sechs, wobei Letztere als ein abgefragter Aspekt am schlechtesten abschneidet. Im Vergleich dazu werden die Zahlen durch die Berücksichtigung

der Psycholog*innen etwas angehoben. Es resultiert exemplarisch ein neuer Höchstskalenwert im Mittel von 6,95 und auch in Bezug auf fachliche Kompetenz im Rahmen einer Diagnostik erfolgt ein Anstieg von ca. 5,44 auf 5,75. Der größte Sprung ist bei der Einschätzung der eigenen

Deskriptive Statistik

	N	Summe
Selbstverpflichtungs- erklärung	13	9
Beratungsziele	13	3
Signaturzeile Berater*in	13	8
Vorgehen im Notfall	13	4
positiver Beratungsverlauf (falls vorhanden)	13	1
Gründe zum Weiterleben	13	3
Signaturzeile Klient*in	13	7
Notfallkontakte	13	5
Sonstiges:	13	2

nen fachlichen Fähigkeiten hinsichtlich der NSV-Nutzung zu verzeichnen.

Die Ergebnisse der Befragung geben nicht nur Auskunft über das Nutzungsverhalten suizidpräventiver Maßnahmen im Allgemeinen. Sie deuten auch Präferenzen hinsichtlich der Bestandteile der verwendeten Verträge sowie der Form des Abschlusses an. Einen überwiegenden Kernbestandteil bildet die Selbstverpflichtserklärung (56,3% bei n = 16; 60%

bei n = 20). Die Signaturzeile des*der Berater*in und die des*der Klient*in werden jeweils 7-

fach (43,8%) gewählt. Beim größeren Sample ergibt sich ein Verhältnis von 35% zu 45%. Das Einbeziehen

Tab. 6: Vertragsbestandteile (eigene Darstellung, J.B.)

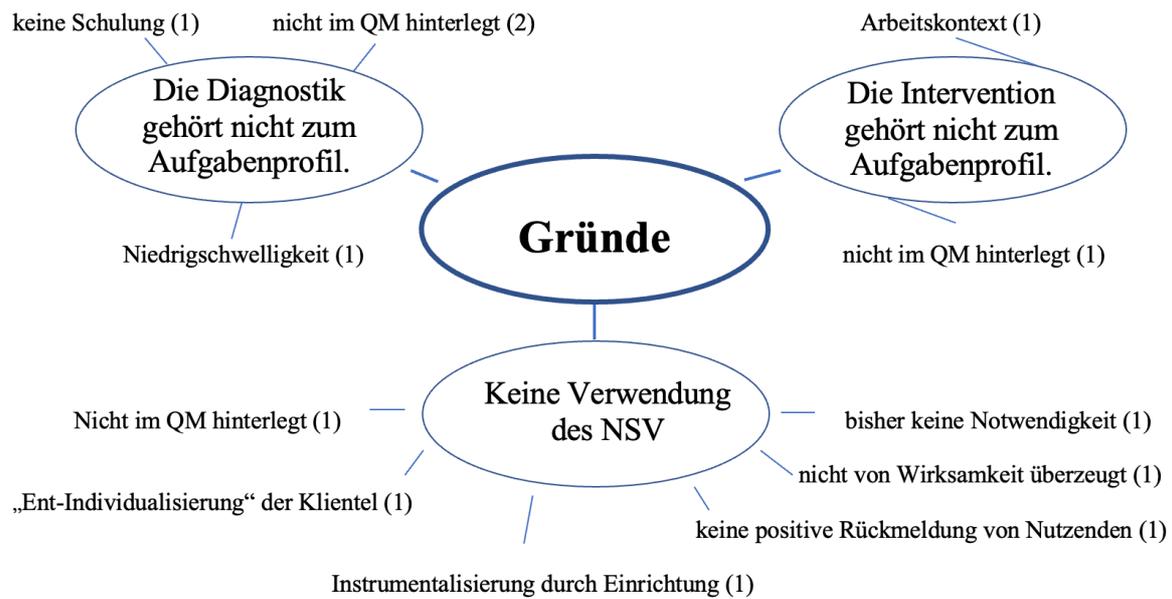
der Beratungsziele, eines ggf. vorhandenen, positiven Beratungsverlaufs wie Gründe zum Weiterleben sind mit drei, bzw. zwei Stimmen von 16 sowie vier, bzw. zwei Fälle von 20 niedrig frequentiert. Für die Form des Abschlusses sind die Optionen „schriftlich“, „mündlich“ und „beides“ zur Verfügung gestellt. Bei den zwölf der zum Filter weitergeleiteten Proband*innen zeichnet sich ein sehr gleichmäßig verteiltes Verhältnis von 4-4-4 ab. Auch bei der größeren Gruppe ergibt sich eine derart ausgewogene Verteilung von 5-5-5.

8.3 Ergebnisdarstellung II: Qualitative Datenauswertung

Für den ersten Teil der Ergebnisdarstellung werden die rein quantitativen Daten der Umfrage verwendet. Außerdem codiert die Forscherin stichwortartige offene Angaben und wandelt sie so in ebenfalls quantitativ messbare Werte um. Ein Beispiel hierfür ist die Unterteilung der Antworten zu den sonstigen Diagnostik-, bzw. Interventionswerkzeugen in „bestimmte Gesprächstechniken“, „NSV“ sowie „Vermittlung in Akutpsychiatrie“. Dies lässt sich ebenso bei den sonstigen Angaben zum Kontext der Wissensaneignung vollziehen, indem aus allen vier Antworten die Kategorie „Berufserfahrung“ gebildet wird.

In diesem Kapitel werden die deutlich längeren qualitativen Antworten analysiert. Großteils lassen sich diese den Fragen nach Gründen zuordnen. Die folgende Übersicht stellt die Motive für die Zustimmung zu diesen Aussagen dar: „Die Diagnostik/Intervention gehört nicht zu meinem Aufgabenprofil.“ und „keine Verwendung des NSV“.

Abb. 11: Schaubild - Qualitative Datenauswertung (eigene Darstellung, J.B.)



Auch, wenn die Anzahl der Antworten statistisch sicherlich nicht signifikant ist, lassen sich dennoch Wiederholungen feststellen, die eine Anschlussfähigkeit für weitere (qualitative) Studien bieten. Besonders sticht die Begründung einer fehlenden Hinterlegung im Qualitätsmanagement hervor. Diese Antwort tritt in Bezug auf den NSV und die Intervention einmal sowie bei der Diagnostik zweifach auf. Hier kann eine Verbindungslinie zum gesellschaftlichen Mandat sowie zur Profession als Auftraggeber (→ Haltung) gezogen werden, da das QM als Teil der Einrichtung immanenten Struktur den Einsatz suizidpräventiver Maßnahmen – und im Detail die Verwendung des NSV durch mangelnde Verfügbarkeit nicht begünstigt. Aus ethischer Perspektive erscheint es demgegenüber nachvollziehbar aufgrund der besonderen Verantwortung sozialprofessionelles Agieren, das nicht durch vorliegende Qualitätsstandards abgesichert ist, zu vermeiden. Die Kategorie Niedrigschwelligkeit ist auf die Aussage eines*r Teilnehmenden zurückzuführen, der*die ihre Einrichtung derart charakterisiert und daraus schlussfolgernd angibt, dass Suizidalität „[...] in der Regel durch die Adressat*innen thematisiert [wird]. Dies geschieht „[...] meistens in Krisensituationen“. Zu dem Argument der „Instrumentalisierung durch Einrichtung“ sei zum inhaltlich besseren Verständnis hinzugefügt, dass der*die Proband*in in der Verwendung vor allem eine „rechtliche Absicherung“ seitens des Arbeitgebers wie -nehmers sieht. Hier lässt sich der Bogen zu Staub-Bernasconi schlagen, die im Rückbezug auf die eigene Profession eine Möglichkeit sieht, um im häufig in sich widersprüchlichen Machtgefüge zwischen Gesellschaft und Klientel verantwortungsvoll zu handeln. Den NSV seiner eigentlichen Funktion zu entleeren, steht dem klar entgegen. Die vollständige Antwort des*r Proband*in Nr. 13, die er*sie unter der Filterfrage nach sonstigen Diagnostik- oder Interventionsmitteln verschriftlicht, gibt vier der sechs kategorisierten Gründe für die Nicht-

Nutzung des NSVs vor. Aus dieser Perspektive heißt es weiterhin: „Es könnte der Suizidvertrag sein. Aber ich muss ehrlich sagen, dass ich den nur mündlich mit Klienten mache.“

Hier wird ein Widerspruch zwischen deutlicher Ablehnung des Einsatzes auf der einen und der unter Umständen dennoch vorkommenden Nutzung auf der anderen Seite deutlich. Gleiche*r Proband*in enthält sich zuvor bei der Verwendung von Verträgen/Selbstverpflichtserklärungen und wird dementsprechend nicht zur Filterfrage bzgl. der genauen Bezeichnung weitergeführt. Anstatt das Fehlen im QM-Handbuch für die eigene Position verantwortlich zu machen, bezieht der*die Teilnehmende hier eine klare sozialarbeiterische Haltung. Auch die Rückmeldung einer anderen Person, bisher keine Schulung für die korrekte Durchführung der Diagnostik erhalten zu haben, lässt sich dem Professionsmandat zuordnen. Indem praktisches Handlungswissen fehlt, wird eher von einem Agieren ohne ausreichenden Wissensstand in diesem Bereich abgesehen. Abschließend soll eine weitere Aussage in die Betrachtung einbezogen werden. Teilnehmende*r Nr. 11 bestätigt, dass die Diagnostik nicht zum Aufgabenprofil gehört und schreibt dann: „Die Intervention und das Erkennen von Suizidalität gehört in der Berufspraxis im Rahmen von Krisenintervention zu meinem Aufgabenfeld, ist aber in unserer konzeptionellen Aufgabenbeschreibung der Einrichtung nicht explizit als Aufgabenfeld benannt.“ Diese Aussage trifft die zuvor wiederholt formulierte Annahme, dass eine tatsächlich auftretende Krisenintervention die Verwendung suizidpräventiver Maßnahmen zwangsläufig einbezieht. In diesem Fall geschieht dies in der Praxis auch ohne ausdrückliche Zuordnung der Aufgaben zum Angebotsprofil der Einrichtung. Hier handelt die Person also ihrem Wissensstand nach und nicht alleinig auf Basis der institutionellen Vorgaben.

Vier der 13 Proband*innen, die sich für die Verwendung von Verträgen und Selbstverpflichtserklärungen aussprechen, entscheiden sich gegen die Nutzung des NSV. Eine fünfte Person, die sich dbzgl. enthält, betont in ihrer offenen Angabe, dass sie den NSV ablehnt. Sie begründet diese Entscheidung ausführlich. Es gibt somit zwei Personen, die auf ihre Motive über die vorgegebenen Antworten hinaus eingehen. Zusammenfassend lässt sich hier ein Übergewicht bei der Orientierung an institutionell-organisatorischen Strukturen feststellen. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels betont, besitzen die gesammelten qualitativen Daten empirisch betrachtet keine einschlägige Aussagekraft. Dennoch geben der Hang zum Fehlen einer institutionellen Verankerung von suizidpräventiven Aufgaben und Mitteln sowie die weiteren – teils in sich widersprüchlichen – Aussagen Impulse, die in gesonderten Forschungsarbeiten vertieft werden sollten.

8.4 Hypothesenprüfung & Beantwortung der Forschungsfrage

Nachdem die Forschungsergebnisse basal ausgewertet wurden, gilt es die zu Beginn des Empirieteils gestellte Forschungsfrage zu beantworten: „Wird der Non-Suizid-Vertrag professionstheoretischer wie qualitativer Standards entsprechend als suizidpräventives Werkzeug in der ambulanten Hamburger Suchtberatung verwendet?“. Hierzu werden die in Relation gesetzt formulierten Hypothesen überprüft. Dies erfolgt, indem die zuvor bereits zugeordneten Fragestellungen, bzw. deren Antworten der Verwendung von Verträgen und/oder Selbstverpflichtserklärungen gegenübergestellt werden. Pivottabellen bilden ein statistisches Werkzeug, das mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen sichtbar macht. Sie kommen nun zum Einsatz.

8.4.1 These I

Die erste These lautet: „Wenn das gesellschaftliche *Kontroll*mandat eine Zuständigkeit für suizidpräventive Aufgaben vorsieht, dann kommen entsprechende Maßnahmen – wie der NSV – zum Einsatz.“

Beginnend mit der absoluten Zuordnung der Krisenintervention zum Beratungsprofil, zeigt sich eine offensichtliche Übereinstimmung bei 13/16 Befragten hinsichtlich der gleichsamem Nutzung von Verträgen. Bei der Suizidprävention lässt sich der erwartete Schluss der obigen Hypothese nicht herstellen. Der höchste Wert liegt hier bei 8 Proband*innen, die sich gegen die Suizidprävention als Teil des Aufgabenprofils entscheiden und gleichzeitig Selbstverpflichtserklärungen in ihre Arbeit einbeziehen. Alle neun Teilnehmenden, die den NSV verwenden, entscheiden sich für die Krisenintervention. Bzgl. der Suizidprävention bleibt das zuvor beschriebene Verhältnis bestehen. In der zuvor verfassten Auswertung sticht vor allem die klientel-passende Erreichbarkeit hervor. Die Errechnung in einer Kreuztabellen anhand der drei einzuschätzenden Aussagen bestätigt die begünstigend geschaffene Struktur. Stimmen die Sozialarbeiter*innen der Aussage zu, ist es wahrscheinlich, dass Verträge – wie im Detail der NSV – zum Einsatz kommen. Die Zuständigkeiten werden in Bezug auf Konsum, Lebensumstände und Begleiterkrankungen überprüft. Wie zuvor ermittelt, gelten Alkohol, Kokain, Opiate und pathologisches Glücksspiel als vergleichsweise höher frequentiert. Es zeigen sich deutlich Korrelationen zwischen der Auswahl eines Suchtmittels, bzw. -verhaltens und des Agierens mithilfe eines Vertrags und im Detail mithilfe des NSV. Zum Beispiel ergibt sich bei Alkohol das

gleiche Verhältnis wie der Krisenintervention: 13/16. Ebenso geben die gesamten 13 Vertragsnutzer*innen an, dass sie verschuldeten Klient*innen Hilfe anbieten. Arbeitslosigkeit und soziale Isolation weisen ebenso eine klare Verbindung zum Interventionsmittel auf. Wie zuvor erarbeitet, offerieren die Einrichtungen vor allem Unterstützungsangebote für Menschen mit affektiven und Persönlichkeitsstörungen sowie PTBS und Schizophrenie.

arbeitslos * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu)
Kreuztabelle

Anzahl		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
arbeitslos	not quoted	1	0	1
	quoted	2	13	15
Gesamt		3	13	16

sozial isoliert * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu)
Kreuztabelle

Anzahl		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
sozial isoliert	not quoted	0	1	1
	quoted	3	12	15
Gesamt		3	13	16

Tab. 7: Pivottabellen - Lebensumstände & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)

Es ergeben sich ein 3-faches Verhältnis von 12/15 und einmal von 9/11. In Betrachtung des NSVs liegen die Werte 3-fach bei 9/12 und einmal bei 6/9. Proband*innen, die Suizidalität eher oder absolut als Anlass zur Weitervermittlung ansehen, sind gleichzeitig numeral diejenigen, die Verträge (NSV) nutzen, was eine Widersprüchlichkeit darstellt. Hier kann kein logischer Zusammenhang erschlossen werden. Neben der Auswahl von spezifischen Diagnostik- und Interventionswerkzeugen, soll ebenso Stellung zur Aussage, dass Diagnostik/Intervention nicht zum Aufgabenprofil gehört, bezogen werden. Werden die Fälle betrachtet, die diese Aussage nicht zustimmen, ergibt sich eine Übereinstimmung von 88,8, bzw. 90,9% bei Verträgen und 87,5%, bzw. 80% beim NSV. Selbstverpflichtserklärungen wie auch der NSV werden – trotz der fehlenden Hinterlegung im QM – gebraucht. Gleichfalls

Non-Suizid-Vertrag (NSV) (Im Qualitätsmanagement hinterlegt.) * Non-Suizid-Vertrag (NSV) (ja) Kreuztabelle

Anzahl		Non-Suizid-Vertrag (NSV) (ja)		Gesamt
		not quoted	quoted	
Non-Suizid-Vertrag (Im Qualitätsmanagement hinterlegt.)	not quoted	4	8	12
	quoted	0	1	1
Gesamt		4	9	13

Tab. 8: Pivottabelle - NSV-Nutzung & QM-Hinterlegung (eigene Darstellung, J.B.)

kann kein fördernder Einfluss einrichtungsinterner Fortbildungen auf das Zurückgreifen auf V. oder den NSV verzeichnet werden. Zusammenfassend lässt sich hier ermitteln, dass im Bereich der Zuständigkeiten klare Indikationen erkennbar sind. Darüber hinaus kann die These des gesellschaftlichen Mandats nicht einwandfrei validiert werden. Mangelnde qualitative Absicherung steht hier einer beachtlichen Zahl von Anwendungen inkongruent gegenüber. Krisenintervention wird zwar als möglicher Teil der Beratungstätigkeit absolut gewählt. Begreift man den professionellen Umgang mit suizidalen Klienten als Aspekt dieser, fehlt hier deutlich eine einrichtungsinterne Absicherung in Form von leitenden Qualitätsstandards.

8.4.2 These II

Die zweite These lautet: „Wenn der *Hilfe*bedarf der Klient*innen suizidpräventive Aufgaben einfordert, dann kommen entsprechende Maßnahmen – wie der NSV – zum Einsatz.“

BIII.1 Alter * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu)
Kreuztabelle

Anzahl		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
BIII.1 Alter	18-25	1	2	3
	26-40	1	4	5
	41-55	1	7	8
Gesamt		3	13	16

Tab. 10: Pivottabelle - Klientel nach Alter & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)

Im Hinblick auf das Rankings der Beratungsaspekte Krisenintervention und Suizidprävention ist keine klare Korrelation zu erkennen. Die Werte sind hier recht ausgeglichen. Im Gegensatz dazu bilden eine bestimmte Altersgruppe und ein biologisches Geschlecht eindeutig Merkmale, die eine Verwendung suizidpräventiver Mittel forcieren. Zehn von zwölf Proband*innen, die Alkohol im Ranking der tatsächlich auftretenden Konsumprobleme auf Platz 1 setzen, bestätigen gleichsam die Nutzung von V. Beim NSV sind es sieben von zehn. Cannabis belegt den höchsten zweiten Platz 10-fach.

In acht Fällen erfolgt die Zustimmung zur Verwendung von V. In 3/3 Fällen, in denen Kokain auf dem ersten Rang platziert wird, kommt ebenso Vertragsnutzung in Frage. Für die Plätze drei und fünf ergibt sich ein ebenso absolutes Verhältnis. Vor allem Menschen in Arbeitslosigkeit bestärken das Einbeziehen des intervenierenden Instruments. Klient*innen in so-

zial wie monetär defizitärer Lage deuten die gleiche Korrelation – wenn auch nicht in dem eindeutigen Maß – an. 7/9 Zusagen des ersten Platzes für affektive Störungen verorten sich ebenso bei den Verträgen/Selbstverpflichtserklärungen (NSV: 4/7 Platz 7; 2/2 Platz 2; 2/2 Platz 4; 1/1 Platz 7). Eine Verbindung zwischen Bedarf und Einsatz präventiver Mittel zeigt sich auch an anderer Stelle. In 81,8% der Fälle, die Suizidalität als tatsächlich auftretenden Gesprächsinhalt identifizieren, tritt ebenso das Agieren mithilfe eines V. auf. Den NSV betrachtend sind es 88,8%. Die Analyse bringt hier eine tendenzielle Bestätigung der These hervor. Suizidpräventive Mittel kommen bei gegebenem Klientelbedarf zum Einsatz.

8.4.3 These III

Die dritte These lautet: „Wenn handlungswissenschaftliche Prinzipien Suizidprävention indizieren, dann kommen dementsprechende Maßnahmen – wie der NSV – zum Einsatz.“ Dieser werden wiederum drei Unterthesen zugeteilt, die an die drei bereits beschriebenen Wissensformen angegliedert werden können. Der Einstieg erfolgt mit folgender Aussage:

Im Hinblick auf das Rankings der Beratungsaspekte Krisenintervention und Suizidprävention ist keine klare Korrelation zu erkennen. Die Werte sind hier recht ausgeglichen. Im Gegensatz dazu bilden eine bestimmte Altersgruppe und ein biologisches Geschlecht eindeutig Merkmale, die eine Verwendung suizidpräventiver Mittel forcieren. Zehn von zwölf Proband*innen, die Alkohol im Ranking der tatsächlich auftretenden Konsumprobleme auf Platz 1 setzen, bestätigen gleichsam die Nutzung von V. Beim NSV sind es sieben von zehn. Cannabis belegt den höchsten zweiten Platz 10-fach.

Cannabis * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu)
Kreuztabelle

Anzahl		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
Cannabis	2	2	8	10
	3	0	2	2
	4	1	0	1
	6	0	1	1
	7	0	1	1
Gesamt		3	12	15

Tab. 9: Pivottabelle - Ranking Cannabis & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)

„Je ausgeprägter das systematische Wissenschaftswissen, desto wahrscheinlicher werden suizidpräventive Maßnahmen verwendet.“

...krankhaften Zustand. * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu) Kreuztabelle

Anzahl

		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
...krankhaften Zustand.	trifft nicht zu	0	7	7
	trifft eher nicht zu	1	3	4
	keine Angabe	1	0	1
	trifft eher zu	1	3	4
Gesamt		3	13	16

...krisenhaften Zustand. * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu) Kreuztabelle

Anzahl

		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
...krisenhaften Zustand.	trifft eher zu	2	3	5
	trifft zu	1	10	11
Gesamt		3	13	16

Tab. 11: Pivottabellen - Verständnis von Suizidalität & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)

Im Theorieteil wurde herausgearbeitet, dass Selbsttötungsabsichten im Rahmen einer Krise auftreten kann. Dieses Verständnis unterscheidet sich deutlich von dem des Krankheitsmodells. Aus der Perspektive krisenbegünstigender Auswirkungen einer Suchterkrankung lässt sich die Suizidprävention klar als

ein Aufgabenfeld der Suchtberatung definieren. Diese Logik wird durch die Pivottabellen zur Verbindung zwischen genau diesem Verständnis und der V.-Nutzung deutlich: Ist ein Verständnis als krankhafter Zustand nichtzutreffend, werden wahrscheinlicher V. verwendet. Verstehen die Proband*innen Suizidalität als krisenhafter Zustand, nutzen sie Selbstverpflichtserklärungen. Auch die Gegenüberstellung mit dem NSV bestätigt dies. Weiterhin greifen Sozialarbeiter*innen, die sich im Studium Wissen angeeignet haben, eher auf V. zurück als diejenigen, die sich nicht in diesem Kontext lokalisieren. 6/9 NSV-Verwender*innen beziehen sich ebenfalls auf ihr Studium als Wissensquelle. Bei der Betrachtung des Wissensstandes finden sich 9/13 V.-Verwender*innen in einer Wertspanne von 6,0-8,0 und somit in der oberen Hälfte wieder. In Bezugnahme auf den NSV sind es 7/9. So ergibt sich eine tendenzielle Übereinstimmung zwischen ausgeprägtem Wissenschaftswissen, so wie es inhaltlich auch im Theorieteil dargestellt wurde, und dem Einsatz suizidpräventiver Mittel.

Die zweite Aussage lautet: „**Je ausgeprägter das praktische Handlungswissen, desto wahrscheinlicher werden suizidpräventive Maßnahmen verwendet.**“ Die errechneten Werte zur Bewertung von S. als Anlass zur Weitervermittlung in Korrelation mit Verträgen – inklusive NSV – erscheinen widersprüchlich, da vor allem Teilnehmende, die einem derartigen Verständnis

Wissensstand Suizidalität * Verträge/Selbstverpflichtungen (Stimme zu)
Kreuztabelle

Anzahl		Verträge/Selbstverpflichtungen		Gesamt
		not quoted	quoted	
Wissensstand	2,00	0	1	1
Suizidalität	3,00	0	1	1
	4,00	0	1	1
	5,00	1	1	2
	6,00	0	3	3
	7,00	0	3	3
	7,50	0	1	1
	8,00	1	2	3
	9,00	1	0	1
Gesamt		3	13	16

Tab. 13: Pivottabelle - Wissensstand & Vertragsnutzung (eigene Darstellung, J.B.)

Hinsichtlich des Wissensstandes zur Intervention und zur NSV-Verwendung in Verbindung mit Verträgen liegen die höchsten Korrelationswerte bei 5,0 (4/4). Im Bereich der Diagnostik zeigen die Berechnungen in der Kreuztabelle zum NSV eine Zuordnung von 7/9 zu den Skalenwerten 5,0-8,0, wobei 6,0 mit 5-facher Auswahl am höchsten frequentiert ist. Bei der NSV-Theorie ergibt sich ein

Verhältnis von 6/9 bei 5,0-7,0. 8/9 Nutzer*innen geben außerdem eine Einschätzung zwischen 5,0-8,0 bzgl. der Ausprägung vorhandenen Wissens zur NSV-Verwendung ab (6/9 bei 6,0-8,0).

Wissensstand NSV-Verwendung * Non-Suizid-Vertrag (NSV) (ja)
Kreuztabelle

Anzahl		Non-Suizid-Vertrag (NSV) (ja)		Gesamt
		not quoted	quoted	
Wissensstand NSV-Verwendung	1,00	0	1	1
	3,00	1	0	1
	5,00	3	1	4
	5,50	0	1	1
	6,00	0	2	2
	7,00	0	2	2
	8,00	0	2	2
Gesamt		4	9	13

Tab. 12: Pivottabelle - Wissensstand & NSV-Nutzung (eigene Darstellung, J.B.)

Konkludierend erfolgt eine mittlere bis höherwertige Einordnung des eigenen praktischen Wissensstandes, wenn Selbsttötungen vorgebeugt wird.

Die dritte und letzte Aussage lautet: „**Je manifester die sozialprofessionelle Haltung, desto wahrscheinlicher werden suizidpräventive Maßnahmen verwendet.**“

nis eher oder absolut zustimmen, V. in ihr professionelles Agieren einbeziehen. Bei der Zuordnung als Anlass zur Intervention zeichnet sich ein eindeutigeres Bild ab. Auf alle 13 befragten V.-Nutzer*innen trifft diese Ansicht eher, bzw. vollständig zu. Bei den 9 NSV-Nutzer*innen handelt es sich alleinig um eine absolute Zustimmung.

Die Werte des Fragebogens, die diesem Mandat zugeordnet werden können, sind bereits deziert unter 8.2.4 ausgewertet worden. Hier zeigen sich deutlich die Grenzen eines quantitativ-standardisierten Erhebungsinstruments, die im Detail in der Diskussion aufgegriffen werden. Da keine Daten gesammelt wurden, die explizit auf haltungs-, bzw. Ethikbezogenen Einschätzungen abzielen, lässt sich aus der vorliegenden Statistik nur schwer eine kreuztabellarische Auswertung realisieren. Ein Versuch stellt die folgende Pivottabelle dar, die die Verwendung von Zwangsmaßnahmen deren Hinterlegung im QM gegenüberstellt. In allen 3 Fällen der Nutzung wird der zweite Aspekt nicht abgedeckt. Zusammenfassend ist eine ausgeprägte sozial-

Zwangsmaßnahmen (Stimme zu) * Zwangsmaßnahmen (Im Qualitätsmanagement hinterlegt) Kreuztabelle

Anzahl		Zwangsmaßnahmen (Im Qualitätsmanagement hinterlegt)	
		not quoted	Gesamt
Zwangsmaßnahmen (Stimme zu)	not quoted	13	13
	quoted	3	3
Gesamt		16	16

Tab. 14: Pivottabelle - Verwendung von Zwangsmaßnahmen & deren QM-Hinterlegung (eigene Darstellung, J.B.)

professionelle Haltung, die Gesichtspunkte der Verantwortung und Legitimation des eigenen Agierens in besonderem Maße berücksichtigt aufgrund der Ergebnisse zumindest anzuzweifeln. Dies bietet Anknüpfungspunkte für weitere Studien. Die vorliegende Arbeit kann diesem Thema aufgrund begrenzter Ressourcen nicht in einem angemessenen Maß gerecht werden.

8.4.4 Forschungsfrage

Die hiesige Empirie zielt auf die quantitative Erforschung suizidpräventiver Maßnahmen in der ambulanten Hamburger Suchtberatung ab. Durch einen Fragebogen sollen Daten zur Verwendung von zugehörigen Instrumenten erfasst werden. Das vorliegende Ergebnis zeigt, dass in der Differenzierung zwischen Diagnostik und Intervention Letztere im direkten Vergleich eher umgesetzt wird. Die deutliche Mehrheit der befragten Sozialarbeiter*innen verwendet Verträge im Rahmen der Intervention und wiederum der überwiegende Anteil dieser Proband*innen nutzt den NSV. Wird der Verwendungskontext einbezogen, findet sich auf die Frage nach der Einhaltung qualitativen wie professionsbezogenen Standards folgende Antwort: Das QM ist im Hinblick auf das Leiten und Lenken suizidpräventiven Handelns stark defizitär aufgestellt. Die Sozialprofessionellen, die mithilfe von Verträgen – wie des NSVs – agieren, tun dies mehrheitlich trotz des Fehlens einer institutionellen Verankerung. Diejenigen, die derartige Mittel nicht verwenden, begründen dies vor allem mit diesem defizitären Zustand. Die Proband*innen konnten sich vor allem durch das Studium Wissen aneignen. Die Einschätzung des eigenen Kompetenz- wie Informationsstandes fällt bei Sozialarbeiter*innen eher mittelmäßig und somit verbesserungswürdig aus. Die Wissenslücken zeichnen sich exemplarisch in den gehäuften

Antworten „keine Angabe“ im Fragenblock zum Verständnis von Suizidalität ab. So kann im Resultat festgehalten werden, dass Verträge und Selbstverpflichtungserklärungen im Setting der Hamburger Suchtberatung zwar generell verwendet werden. Die herausgearbeiteten obligatorischen Bedingungen für diese Verwendung werden in einem fragwürdigen und vor allem durchaus verbesserungswürdigen Maß beachtet. Die, ausgehend von den Mandaten, gebildeten Hypothesen können durch die aufbereiteten Werte nur anteilig bestätigt werden. Die Klientel zeigt einen deutlichen Bedarf an, der sich in der Nutzung des NSV widerspiegelt. Die Anteile des gesellschaftlichen Mandats stehen kumulativ im Kontrast zum abgebildeten Applizierungsverhalten. Die Ausprägung des eigenen Wissenschafts- sowie Handlungswissens korreliert in gewissem Maß mit dem Rückgriff auf suizidvorbeugenden Mittel. Die Haltung bleibt als anteiliger Aspekt dieses Mandats unterbeleuchtet. Vor allem die qualitativen Angaben geben Impulse, um in Hinblick auf den Einfluss qualitativer Standards, Priorisierung eines Auftrags oder auch subjektive Einstellungen (z.B. Entlehnung der eigentlichen Funktion) weitere empirische Schritte zu gehen. Hierbei explizit Fragen zum Bewusstsein der angesprochenen besonderen Verantwortung (z.B. bzgl. der Priorisierung einer Intervention gegenüber der Diagnostik) oder auch der Legitimation des eigenen Agierens im Fall von Selbsttötungsabsichten zu fokussieren, scheint durchaus lohnend. Insgesamt stechen Verträge und Selbstverpflichtungserklärungen durch ihre hoch frequentierte Nutzungshäufigkeit hervor. Der Non-Suizid-Vertrag wiederum ist mit 69,2% der am häufigsten gewählte Kontrakt. Die Daten zur kontextuellen Einbettung dieser Ergebnisse sollten aufgrund ihrer geringfügigen Menge in größeren Erhebungen tiefgreifender erforscht werden.

9 Diskussion

Nachdem die Hypothesen überprüft und die Forschungsfrage daran anknüpfend beantwortet wurde, gilt es vor der Formulierung abschließender Gedanken sowie eines Ausblicks, das vorliegende Schriftstück mit kritischem Blick in seiner Gesamtheit zu betrachten. Dies geschieht erstens durch den Abgleich zwischen Theorie- und empirischen Inhalten. Hier wird überprüft, inwiefern die Erkenntnisse des ersten Parts in der eigenen Forschung – auch im Sinne der Einarbeitung in das Erhebungsinstrument – aufgegriffen werden. Neben einer Einschätzung diesen Transfers soll es im zweiten Schritt um die kritische Reflexion des eigenen Schaffens gehen. Es werden Stärken und Schwächen der Erarbeitungen im Allgemeinen sowie des Forschungsteils im Detail (inkl. Fragebogen) diskutiert, um so Aufschluss und Grenzen der Thesis zu verdeutlichen. Final folgen Überlegungen zur Anschlussfähigkeit, bzw. empirischen Vergleichbarkeit der Arbeit.

Beginnend mit dem Theoriekapitel „Ethik I: Professionstheoretisches Grundverständnis“ (2.) kommen das reflexive Verständnis von Sozialer Arbeit als Handlungswissenschaft von Dewe und Otto (2012), die Berufsfeldstruktur nach Baum (1996) sowie daran anknüpfend das Konzept der Mandate nach Böhnisch (2013) und nachfolgend nach Staub-Bernasconi (2018) zur Sprache. Darüber hinaus wird auf die Relevanz der Ethik und in diesem Zusammenhang die Professionsdefinition auf Grundlage des DBSH verwiesen. Im Zuge der Operationalisierung erfolgt die Einarbeitung dieses Konstrukts in den Aufbau des Fragebogens. Dies ist – bis auf die ethischen Anteile – in einem Maß gelungen, das durch den Einbezug der wichtigsten Gesichtspunkte und gleichsam die schlüssige und benutzerfreundliche Gestaltung des Erhebungsinstruments als angemessen gelungen betrachtet werden kann. Kapitel 3 „Wissen I: Terminologie & einführende Erklärungen“ führt den*die Leser*in mit basalen Überlegungen zu Erklärungs- und Entstehungsmodellen in den Themenbereich Sucht ein. Im darauffolgenden Abschnitt zur Diagnostik und den psychosozialen Folgen wird durch die Referenz zum transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (2005) das erste Mal die Verbindung zwischen Sucht und Suizidalität verdeutlicht. Diese Verknüpfung findet im Fragebogen (siehe BIV) Anklang. Selbsttötungsabsicht (3.2) erfährt primär eine definitorische Betrachtung, um dann hinsichtlich ihrer Anzeichen, Risikogruppe und eines modellhaften Verständnisses betrachtet zu werden. In großen Teilen finden sich die Erarbeitungen in der Erhebung wieder. Risikosituation und -befindlichkeiten werden in Themenblock III durch die gewünschten Einschätzungen zu möglichen wie tatsächlich auftretenden Lebensumständen und Begleiterkrankungen abgefragt. Dies trifft ebenso auf die dargebotenen Merkmale suizidgefährdeter Menschen zu. Eink und Haltenhof (2012) legen außerdem zusammen mit Wolfersdorf (2000), Wassermann (2001) sowie Lamis und Malone (2012) erneut die enge Verknüpfung zwischen den beiden, in dieser Verschriftlichung zentrierten Phänomenen offen. Erstere Autoren präferieren demnach ein krisenhaftes Verständnis von Selbsttötungsabsichten. Neben Betrachtungen, die der ersten professionsbezogenen Wissensformen entsprechen, geht es im vierten Part um das Können. Aufgaben und Ziele der Suchtberatung (4.1.1; 4.1.2) werden im Fragebogen unter „BI: Einrichtung“ durch Angaben zum Aufgaben- und Beratungsprofil sowie unter „BIV: Suizidprävention“ durch Angaben zum Verständnis wieder aufgegriffen. Erkenntnisse zur terminologischen Ausgestaltung der Suizidprävention sowie ein Überblick diverser Diagnostik- und Interventionstools finden in 4.2 und im Fragebogen ihren Platz. Zuletzt beziehen die Abhandlungen zum Handlungswissen den Non-Suizid-Vertrag ein. White (2011) weist im Unterkapitel der terminologisch-theoretischen Betrachtung auf die Unabdingbarkeit einer Grundlagenkenntnis für die zielführende Applikation dieses Mittels hin. Es ergibt sich hier ein Querbezug zur Einschätzung des eigenen

Wissensstandes in der Empirie. Die Schlussfolgerung einer Doppelfunktion des NSV (Diagnostik & Intervention) findet im Fragebogen bei der Auswahl möglicher Instrumente keine Berücksichtigung. Dieses Defizit wird vor allem durch die wiederholte Nennung in den offenen Angaben zu „anderen Diagnostikwerkzeugen“ deutlich. Proband*innen, die sich für die Verwendung von Verträgen, bzw. Selbstverpflichtungserklärungen entscheiden, äußern sich zu einem späteren Zeitpunkt in der Befragung zu verschiedenen enthaltenen Bausteinen und der Form des Abschlusses, wodurch die theoretischen Inhalte aus 4.3.2 „Hinweise und Empfehlungen zur Anwendung“ abgedeckt werden. Der zweite Ethikteil (5.), der das zuvor vermittelte Wissen rahmt und an das zweite Kapitel anknüpft, beinhaltet Überlegungen zur Verantwortung und zum wohltätigen Zwang. Beide Punkten werden bei der Konstruktion des Forschungsmitteln lediglich in einem sehr geringfügigen, basalen Umfang eingelöst. Aufgrund Leupolds (2021) betonter Relevanz eines gut begründeten Risikobefunds, bietet ein Blick auf die erhobenen Daten zum Antwortverhalten im Bereich der Diagnostik zumindest erste Ansatzpunkte für eine empirische Vertiefung. Ähnlich verhält es sich mit dem Item „Im QM hinterlegt“, das repetitiv im Verlauf der Untersuchung auftaucht. Des Weiteren bildet das geforderte Feedback zur Verwendung von Zwangsmaßnahmen eine erste Annäherung, die den zuvor erarbeiteten Inhalten in der Tiefe sicherlich nicht gerecht werden können. In der anknüpfenden epidemiologischen Betrachtung können zuvor geschaffene Annahmen zu Selbsttötungsabsichten und Sucht empirisch untermauert werden, was sich wiederum in der Auswertung als unterstützend erweist. Wie stetig betont, stellt das hiesige Projekt einen primären Schritt in ein bisher unbeleuchtetes, empirisches Nischengebiet dar. Diesen Stand bestätigt das Kapitel 6.2 „Können II: Suizidprävention in der Suchthilfe“. Daraus ergibt sich eine klare Limitation dieses Vorhabens. Zusammenfassend werden die erarbeiteten Erkenntnisse des ersten Parts der Thesis überwiegend gut in das Erhebungsinstrument eingearbeitet, bzw. später folgend in der Auswertung zur Interpretation genutzt. Um dem Umfang der ethischen Darlegungen zu entsprechen, wäre eine ausführlichere, empirische Berücksichtigung der haltungsbezogenen Aspekte notwendig gewesen. Diesen Anspruch kann dieses Vorhaben aufgrund des begrenzten Rahmens der Arbeit nicht einlösen.

Der Strukturierung wohnt eine stark professionstheoretische Orientierung inne, die den ausführlichen wie komplexen wissenschaftlichen Bestandteilen einen sinnhaften Rahmen verleiht und zeitgleich eine Führung des*der Leser*in durch die Arbeit ermöglicht. Hierbei wird auf einen er- und aufklärenden Charakter Wert gelegt. Bei der Vorbereitung und Durchführung wird auf Logik und Stimmigkeit geachtet. Die Akquise von Proband*innen findet exemplarisch mithilfe eines Informationsblatt zum Vorhaben sowie zur Forscherin statt. Bei der Festsetzung

der Auswahlkriterien für die Stichprobe verzichtet die Forscherin auf das Professionsmerkmal „Soziale Arbeit“ als Vorgabe. So ergibt sich eine gemischte Proband*innengruppe aus sozial-professionellen Fachkräften und Psycholog*innen. Letztere mussten im Rahmen der Hypothesenprüfung zur Sicherung der Ergebnisqualität ausgeschlossen werden. Dem hätte durch eine zuvor klarer vorgenommen Eingrenzung der Samplestruktur vorgebeugt werden können. Bei der Konstruktion des Fragebogens wird auf Vollständigkeit, Verständlichkeit und gleichsam Diversität der Fragetypen geachtet. Dies ist in der Umsetzung mehrheitlich gelungen. So dienen z.B. Anmerkungen und den eigentlichen Fragestellungen dem besseren Verständnis einzelner Termini und häufig besteht die Möglichkeit einer offenen Angabe, die das Spektrum an vorgegebenen Optionen vervollständigen soll. Es wird außerdem auf das Einhalten der Testgütekriterien geachtet. Zu kritisieren ist an dieser Stelle, dass dieses qualitative Element bei den Begleiterkrankungen – gerade im Kontrast zu den Abhängigkeiten und Lebensumständen – nicht zu finden ist. Um ein hohes Maß an Praktikabilität und Funktionalität zu gewährleisten, ergibt sich vor der tatsächlichen Erhebungsphase im Feld ein Pretest. Hier können Rückmeldungen von vier verschiedenen sozialarbeiterischen, bzw. psychologischen Fachkräften eingearbeitet werden. Trotz dieser vierfachen Absicherung und einer wiederholt eigenen Erprobung und daran anknüpfend Anpassung, ist es zu technischen Fehlern in der Feldphase gekommen. Exemplarisch erscheint ein Filter inaktiv oder es geschehen Fehlleitungen zu eben diesen. F10 mit Fragen zu Verträgen/Selbstverpflichtungen, die im QM hinterlegt sind, wird so nicht bedient. Im Feedback zur Erhebung bemängelt ein*e Proband*in die binäre Ausprägung des klientelbezogenen Geschlechtsmerkmals. Da die verwendete Literatur sich auf Binärität stützt, wird sich auf eben diese in der eigenen Forschung beschränkt. Ein Hinweis für die Proband*innen wäre angebracht gewesen.

Die Professionalisierung Sozialer Arbeit findet sich in Form einer breit gefächerten Debatte in der Gesellschaft wieder. Das vorliegende Thema bietet daher Anschlussfähigkeit an den sozialen Diskurs. Wie ermittelt, gibt es aktuell keine vergleichbaren Studien, die exakt diesen Kontext fokussieren. Im Sinne einer ersten Erkundung und Momentaufnahme der Bedingungen für suizidpräventives Agieren bietet das Projekt diverse Anknüpfungspunkte für weiterführende und vertiefende qualitative, bzw. quantitative Studien. In Experteninterviews könnte der thematische Aspekt der Haltung in den Mittelpunkt rücken. Damit verbunden besteht dann auch die Möglichkeit eines theoretisch rahmenden Perspektivwechsels. Exemplarisch kann dann – wie in der Einleitung erwähnt – eine professionstheoretische Fokussierung auf Güter (Ansen (2022); DBSH (2014); Kaminsky (2018)) umgesetzt werden. Quantitativ erscheint eine Erweiterung des Gebiets für die Akquise über Hamburg hinaus als lohnend, um eine größere und

damit statistisch signifikantere Datenmenge zu generieren. Die vorliegende, eigens erarbeitete Forschung wird konkludierend im Sinne einer ersten Übersichtsarbeit mit den ausgeführt begrenzten Ressourcen als überwiegend zielführend betrachtet.

10 Fazit

Jay Asher (2010) nutzt in seinem Roman über den Suizid der Schülerin Hannah Baker das Erzählmedium Audio-Kassette. Die Verstorbene erklärt so, wie 13 Erlebnisse mit verschiedenen Mitschüler*innen zu ihrer Selbsttötung geführt haben. Sie entwickelt vor ihrem Ableben einen Plan, der darauf abzielt, dass die – laut ihrer Ansicht – beteiligten Personen gezwungen sind, alle 13 Kassetten anzuhören und somit auch ihren Anteil nachzuvollziehen. Vor ihrem Tod treten wiederholt Situationen auf, in denen eindeutige Anzeichen für Suizidalität erkennbar sind. In der letzten Erzählung exemplarisch, einem aufgenommenen Gespräch zwischen Hannah und dem psychologischen Berater der Schule, äußert sie konkret: „I need everything to stop. People. Life.“ (Asher 2010, 307). Trotz dieser eindeutigen Formulierung und weiteren lässt er sie gehen, als sie das Gespräch abbricht und den Raum verlässt und unternimmt auch nachstehend keinen Versuch einer Kontaktaufnahme.

Die Arbeit mit Menschen birgt stets eine gewisse Ungewissheit im Ergebnis. Es ist jeweils nur eine Annäherung an die Situation des Gegenübers und nie ein absoluter Nachvollzug möglich. Trotz dessen ist es die Aufgabe der Professionellen, Individuen in Problemlagen unterstützend zu begleiten und einem gelingenderen, selbstbestimmten Leben zuzuführen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss das eigene Handeln durch einen ausreichenden Wissensbestand abgesichert sein. Subjekte sind keine Materialien, die – wie es in der Industrie der Fall ist – aufgrund identischer Beschaffenheit in quantitativ großen Mengen abgefertigt werden können. Die fortschreitende Ökonomisierung wie Technologisierung und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Anforderungen zeichnen sich auch im Bereich der sozialen Dienstleistungen ab. Hier kommt es nach wie vor aber auf die Qualität an. Die ambulante Suchtberatung bildet einen kleinen Teilbereich sozialarbeiterischer Arbeitsfelder ab. Die erarbeitete Theorie verdeutlicht die große Schnittmenge von Risikomerkmale für eine Abhängigkeitserkrankung wie für Selbsttötungsabsichten. Daraus ergibt sich eine enge Verknüpfung beider Phänomene und für das Tätigkeitsfeld der Suchtberatung wiederum ein besonderer Anspruch im Bereich der Bearbeitung von Krisen mit suizidaler Einengung.

Die Master-These mit dem Titel „Die Professionalisierung suizidpräventiver Maßnahmen in der Suchthilfe. Eine quantitative Erhebung zur Verwendung des Non-Suizid-Vertrags im sozialprofessionellen Arbeitssetting der ambulanten Hamburger Suchtberatung“ stellt einen ersten Versuch dar, den aktuellen Stand der beschriebenen Profilierung Sozialer Arbeit in diesem

expliziten Kontext empirisch zu erkunden. Die Auswertung der Online-Befragung von Expert*innen zeigt im Ergebnis auf, dass die Klientel eindeutigen Bedarf an suizidpräventiven Hilfen innehaben. Eine beachtliche Anzahl der Befragten greifen in ihrem beruflichen Agieren auf den Non-Suizid-Vertrag als Interventionswerkzeug zurück. Sie bilden im Vergleich mit anderen eingreifenden Mitteln die größte Gruppe. Konträr dazu stehen exemplarisch der – vor allem in Bezug auf die theoretische Verankerung des NSV – gering bis mittelmäßig ausgeprägte Wissensstand und die letzte Platzierung der Suizidprävention im Ranking der tatsächlich auftretenden Beratungsaspekte. Auch die mangelnde Verfügbarkeit von hinterlegten Qualitätsstandards wirft weitere Fragen auf. Außerdem ergibt sich eine Diskrepanz zwischen den Suizidvorbeugenden Teilbereichen Diagnostik und Intervention, die vor allem durch die ermittelte Bedeutung einer umfangreichen und genauen Risikoanalyse hervorsteht. Die Forscherin zeigt mithilfe des gewählten professionstheoretischen Konstrukts die Verbindung zwischen der Anreicherung eigenen Wissens und der Festigung einer Identität als Profession auf. Die aktuelle Empirie weist auf einen klaren Fortbildungsbedarf bei Sozialarbeiter*innen hin (vgl. Milin et al. 2019). Dieser findet sich in den Ergebnissen der hiesigen Studie wieder. Trotz des kleinen Datensatzes kann dennoch von einem ersten Erkenntnisgewinn hinsichtlich des Nutzungsverhaltens, Verständnis-, Wissens- sowie Kompetenzstands und dem Einfluss auf diese durch die verschiedenen Mandatsgeber gesprochen werden.

Denn sozialprofessionell Schaffende bewegen sich in einem stetigen Spannungsverhältnis, indem es teils inkongruente Anforderungen auszuloten gilt. Dies betrifft nicht nur den Trias Gesellschaft – Adressat*innen – Profession, sondern im speziellen Fall der Suizidprävention ebenso das Abwägen zwischen der Verpflichtung zum Schutz des Lebens auf der einen und zur Achtung der Selbstbestimmung auf der anderen Seite. Hieraus ergibt sich eine – besonders ethisch gelagerte – Verantwortung. Bezüglich der Haltung zeigt sich ein klares Potential für weitere Studien und Betrachtungen, das hier nur in sehr geringfügigem Maß ausgeschöpft wird. Der fiktive Suizid von Hannah Baker kann nicht mehr abgewendet werden (vgl. Asher 2010). Mehrfach teilt sie sich verbal- und non-verbal ihrer sozialen Umwelt mit. Es verändert sich Nichts zugunsten einer lebensbejahenden Perspektive. Die Belastungen nehmen im Gegenzug weiter zu, bis sie letztendlich ihre Selbsttötungsabsichten umsetzt. Sucht, Selbsttötungsabsichten und Krisen sind emotional aufgeladene wie belastende Themen. Gerade die Suchtberatung stellt hier ein Nischengebiet dar, in dem sich diese drei Phänomene in einem interdependenten Verhältnis zueinander bewegen, das einen holistischen, sensiblen und achtsamen Blick erfordert. Sozialarbeiter*innen bringen in ihre Rolle als Professionelle auch immer ein Stück Subjektivität ein. Dies lässt sich nicht verhindern und sollte, um der bereits betitelten

Verantwortung gerecht zu werden, stets kritisch reflektiert werden. Ein ausgeprägtes Know-how und vor allem auch ein Know-why sind unabdingbar, wenn ausgeführte Methoden und Techniken ihr eigentliches Ziel nicht verfehlen sollen.

Die vorliegende Erarbeitung zeigt in ihrer inhaltlichen Fülle die Relevanz eines fachlich wie qualitativ abgesicherten suizidpräventiven Vorgehens in der ambulanten Suchtberatung. Zu diesem gehört im ersten Schritt das genaue Hinschauen, Hinhören und Ansprechen im Sinne eines Abklärens, bevor dann im zweiten Schritt Maßnahmen eingeleitet werden, die zum Teil die Freiheit der Betroffenen vorübergehend einschränken können. Daher ist es umso wichtiger nicht vorschnell zu handeln und jedem Teil des Prozesses seine Daseinsberechtigung zuzugestehen. Anderenfalls kann es zum Bruch des Vertrauensverhältnisses und im drastischeren Fall zum Abwenden des*der Hilfesuchenden kommen. Dies zieht dann die ggf. eintretenden Konsequenz nach sich, dass sich die Betroffenen in einer nächsten suizidalen Phase nicht für eine Unterstützung, sondern gegen das Weiterleben entscheiden.

Die Haupterzählung nach Asher (2010) besteht aus 13 Kassettenseiten. Sie endet mit Seite A des siebten Tapes. Auf der Seite B spricht Hannah mit warmer Stimme ein abschließendes „Thank you.“ (Asher 2010, 316) ein. Sie bedankt sich für die Aufmerksamkeit, die ihren Motiven und Gedankengängen zuteilgeworden ist. Ein größeres Maß an Aufmerksamkeit ist es auch, dass dem hier behandelten Thema in Praxis wie Empirie zugewiesen werden sollte. Ein vermeidender Umgang führt nachhaltig nicht zu einer Besserung der Lage der Betroffenen. Dies machen die breit erschlossenen Daten anderer Studien deutlich. So endet diese Thesis mit dem Ausblick auf ein beachtliches empirisches Feld, dessen vielfältige Bearbeitung eindeutig gefordert ist.

Literaturverzeichnis

- Andreasson, S; Allebeck, P. (1990): Cannabis and mortality among young men: a longitudinal study of Swedish conscripts. In: *Scand J Soc Med* (18), 9-15.
- Ansen, H. (2013): Die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Beratung. In: Wendt, W.R. (Hrsg.): *Zuwendung zum Menschen in der Sozialen Arbeit, Lage: Jacobs*, 51-73.
- Ansen, H. (2022): *Das Recht auf Unterstützung: Sozialanwaltschaft als Auftrag der Sozialen Arbeit*. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Arendt, M.; Munk-Jorgensen, P.; Sher, L.; Jensen, S. (2013): Mortality following treatment for cannabis use disorders: predictors and causes. In: *J Subst Abuse Treat* (44), 400-406.
- Asher, J. (2010): *Thirteen Reasons Why*. Stuttgart: Reclam.
- Back, S.; Dansky, B.S.; Coffey, S.F.; Saladin, M.E.; Sonne, S.; Brady, K.T. (2000): Cocaine dependence with and without post-traumatic stress-disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. In: *The American Journal on Addictions* (9), 51-62.
- Bagby, R.M; Vachon, D.D.; Bulmash, E.; Quilty L.C. (2008): Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates. In: *J Pers Psychol* (22), 191-207.
- Balz, H.-J. (2018): *Prekäre Lebenslagen und Krisen. Strategien zur individuellen Bewältigung*. In: Huster, E.-U. et al. (Hrsg.): *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. Wiesbaden: Springer, 643-662.
- Baum, H. (1996): *Ethik sozialer Berufe*. Paderborn u.a.: Schöninghausen.
- Beautrais, A.L. (2003): Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. In: *Aust NZ J Psychiatry* (37 (5)), 595–599.
- Beck, A.T.; Brown, G.; Berchick, R.J.; Stewart, B.L.; Steer, R.A. (1990): Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. In: *Am J Psychiatry* (147(2)), 190–195.
- Bell, A. (2014): *Philosophie der Sucht. Medizinische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitserkrankten*. Wiesbaden: Springer.
- Bischof, A.; Meyer, C.; Bischof, G.; John, U.; Wurst, F. M.; Thon, N.; Rumpf, H. J. (2015): Suicidal events among pathological gamblers: the role of comorbidity of axis I and axis II disorders. In: *Psychiatry Res* (225 (3)), 413-419.
- Böhnisch, L. (2013): *Soziale Arbeit - eine problemorientierte Einführung*. 1. Aufl.. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bongar, B. (1991): *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Borges, G.; Walters, E.E.; Kessler, R.C. (2000): Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behaviour. In: *Am J Epidemiol* (151), 781-789.
- Brådvik, L.; Mattisson, C.; Bogren, M.; Nettelbladt, P. (2010): Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and alcohol dependence. In: *Arch Suicide Res* (14), 266-275.
- Brüderl, J. (2017). Non-Suizid-Verträge. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* (18 (2)), 10–11.
- Bryan, J. C. et al. (2017): Effect of crisis response planing vs. contracts for Safety on suicide risk in US Army soldiers: a randomized clinical trial. In: *Journal of affective disorders* (212), 64-72.
- Bryan, J. C. et al. (2018): Use of crisis management interventions among suicidal patients: Results of a randomized controlled trial. In: *Depress Anxiety* (35), 619-628.
- Bryman, A. (1992): Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In: Brannen, J. (Hrsg.): *Mixing Methods: Quantitative and Qualitative Research*. Aldershot: Avebury, 57-80.

- Bukstein, O.G.; Brent, D.A.; Perper, J.A.; Moritz, G.; Baugher, M.; Schweers, J.; Roth, C.; Balach, L. (1993): Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. In: *Acta Psychiatr Scand* (88), 403-408.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2022): ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. Online unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (letzter Zugriff am 22.11.22).
- Bundesministerium für Gesundheit (2022a): Epidemiologisches Suchtsurvey. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung-1/drogen-und-sucht/epidemiologie-des-suchtmittelkonsums/epidemiologischer-suchtsurvey.html> (letzter Zugriff am 22.11.22)
- Bundesministerium für Gesundheit (2022b): ESA – Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/esa-epidemiologischer-suchtsurvey-2015.html> (letzter Zugriff am 22.11.22).
- Burzan, N. (2015): *Quantitative Methoden kompakt*. München/Konstanz: UVK/Lucius.
- Buth, S.; Kalke, J.; Meyer, G. (2022): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung. Ergebnisse des Glücksspielsurvey 2021. Hamburg: ISD.
- Buth, S.; Verthein, U.; Schütze, C.; Neumann-Runde, E.; Martens, M.S. (2012): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. Hamburg: o.V.
- Chang, S.S.; Stuckler, D.; Yip, P.; Gunnell, D. (2013): Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. In: *BMJ* (347), 5239.
- Cheng, A.T. (1995): Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. In: *Arch Gen Psychiatry* (52), 594-603.
- Cheng, A.T., Mann, A.H.; Chan, K.A. (1997): Personality disorder and suicide. A case-control study. In: *Br J Psychiatry* (170), 441-446.
- Conner, K.R.; Duberstein, P.R. (2004): Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. In: *Alcohol Clin Exp Res* (28), 6S – 17S.
- Daigle, S. M.; Mishara, B. L. (1997): Effects of Different Telephone Intervention Styles with Suicidal Callers at Two Suicide Prevention Centers: An Empirical Investigation. In: *American Journal of Community Psychology* (25), 861-885.
- DBSH (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik & Werte, In: *Forum Sozial. Die berufliche Soziale Arbeit*, Nr. 4.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Hrsg.) (2016): *Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention*. Münster: o.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (o.J.): *Medikamente und Sucht*. Online unter: <https://www.medikamente-und-sucht.de/> (letzter Zugriff am 23.11.2022).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013): *Pathologisches Glücksspiel*. Bd. 6. Hamm: o.V.
- Deutscher Ethikrat (2018): *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Dewe, B./Otto, H.-U. (2012): Reflexive Sozialpädagogik, in: Thole, W.: *Grundriss Soziale Arbeit*. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag, 197-217.
- Diekmann, A. (2013): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 7. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Dorrmann, W. (2003): Verhaltenstherapeutische Vorgehensweise bei akuten suizidalen Krisen. In: *Psychotherapie im Dialog* (4), 330-339.
- Dorrmann, W. (2018): *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. 9. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Drees, H. (2017): Drogenberatung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. überarb. und aktual. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 201.
- Drye, R. C.; Goulding, R. L. et al. (1973): No-Suicide Decisions: Patient Monitoring of Suicidal Risk. In: *American Journal of Psychiatry* (130), 171-174.
- Egan M.P. (1997): Contracting for safety: A concept analysis. In: *Crisis* (18), 17-23.
- Eink, M.; Haltenhof, H. (2006): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Eink, M.; Haltenhof, H. (2012): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Eink, M.; Haltenhof, H. (2017): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Engel, G. L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: *Science* (196 4286), 129–136.
- Fachverband Sucht e.V. (o.J.): Selbsteinschätzung. Die Substanzgebundene Sucht. Online unter: <https://www.sucht.de/selbsteinschaetzung/> (Zugriff am 23.11.22).
- Farrow, T. L. (2002): Owing their expertise: Why nurses use ‚no suicide contracts‘ rather than their own assessments. In: *International Journal of Mental Health Nursing* (11), 214-219.
- Farrow, T. L.; O’Brien, A. J. (2003): ‚No-Suicide Contracts‘ and informed Consent: An Analysis of ethical Issues. In: *Nursing Ethics* (10), 199-207.
- Flick, U. (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek: Rowohlt.
- Forkmann, T. (2016). Diagnostik von Suizidalität. In: *Kompendien psychologische Diagnostik* (Bd. 14). Hogrefe.
- Frey, B. (2017): Non-Suizid-Vertrag: Professionelle Methode. In: Hahn, S. et al.: „Mitmenschen – Aufmischen – Einmischen“. Eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Bern: Verlag Berner Fachhochschule, 62-68.
- Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg-Nordost (GgmbH) (o.J): Die BOJE. Unser Leitbild. Online unter: <https://dieboje.de/die-einrichtung/unser-leitbild> (letzter Zugriff am 23.11.2022)
- Gerstl, L. (2019): Der Non-Suizid-Vertrag auf dem Prüfstand. In: *Psychotherapie Forum* (23), 87-94.
- Goethe, J. W. v. (2014/1832): Die Leiden des jungen Werther. Hamburg: Severus Verl.
- Grant, J.E.; Chamberlain, S.R.; Schreiber, L.R.N.; Odlaug, B.I. (2012): Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. In: *Journal of Psychiatric Research* (46), 1206-1211.
- Gruber, H.G. (2005): Ethisch denken und handeln. Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Håkansson, A.; Karlsson, A. (2020): Suicide Attempt in Patients With Gambling Disorder – Associations With Comorbidity Including Substance Use Disorders. In: *Front. Psychiatry* (11), 1-6.
- Harris, E.C.; Barraclough, B. (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. In: *Br J Psychiatry* (170), 205-228.
- Harris, E.C.; Barraclough, B. (1998): Excess mortality of mental disorder. In: *Br J Psychiatry* (173), 11-53.
- Hasin, D.; Fenton, M.C.; Skodol, A.; Krueger, R.; Keyes, K.; Geier, T.; Greenstein, E.; Blanco, C.; Grant, B. (2011): Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine disorders. In: *Arch Gen Psychiatry* (68), 1158-1167.

- Hasin, D.S.; Stinson, F.S.; Ogburn, E.; Grant, B.F. (2007): Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: *Arch Gen Psychiatry* (64), 830–842.
- Hillemacher, T.; Bleich, S. (2019): Alkoholabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter, M.; Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.): *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. 2. erw. und akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 185-195.
- Hiroeh, U.; Appleby, L.; Mortensen, P.B.; Dunn, G. (2001): Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. In: *Lancet* (358), 2110-2112.
- Hufford, M.R. (2001): Alcohol and suicidal behaviour. In: *Clin Psychol Rev* (21), 797-811.
- Hughes, J.R. (2008): Smoking and suicide: a brief overview. *Drug Alcohol Depend* (98), 169-178.
- Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.) (2016): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 6. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Ibanez, A.; Blanco, C.; Donahue, E.; Lesieur, H.R.; Perez de Castro, L.; Fernandez-Piqueras, J.; Saiz-Ruiz, J. (2001): Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. In: *American Journal of Psychiatry* (158), 1733-1735.
- Incaprera, J. (2017): *13 reasons why*. San Rafael/Vallejo/Sebastopol: Paramount Televisions et al.
- Inskip, H.M.; Barraclough, B. (1998): Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. In: *Br J Psychiatry* (172), 35-37.
- Isometsä, E.T.; Henriksson, M.M.; Heikkinen, M.E.; Aro, H.M.; Marttunen, M.J.; Kuopasalmi, K.I.; Lönnqvist, J.K. (1996): Suicide among subjects with personality disorders. In: *Am J Psychiatry* (153), 667-673.
- Jacobs, D. G.; Miller, M. C. et al. (1998): Talisman or Taboo: The Controversy of the Suicide-Prevention Contract. In: *Harvard Review of Psychiatry* (6), 78-87.
- Jellinek, E. M. (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jordan, J.R.; McIntosh, J.L. (2011): *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors* (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York (NY): Routledge.
- Kaminsky, C. (2018): *Soziale Arbeit – normative Theorie & Professionsethik*. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.
- Kelly, K. T.; Knudson, M. P. (2000): Are no-suicide contracts effective in preventing suicide in suicidal patients seen by primary care physicians? In: *Archives of Family Medicine* (9 (10)), 1119–1121.
- Kielholz, P.; Ladewig, D. (1972): *Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. Eine Darstellung der aktuellen Drogensucht-Probleme und der verschiedenen Drogen sowie Ursachen, Abhängigkeitstypen und Behandlung der Drogenabhängigkeit*. München: Lehmanns.
- King, M. C.; Page, S. A. (2008): No-Suicide Agreements: Current Practices and Opinions in a Canadian Urban Health Region. In: *The Canadian Journal of Psychiatry* (53), 169-176.
- Kittirattanapaiboon, P.; Suttajit, S.; Junsirimongkol, B.; Likhitsathian, S.; Srisurapanont, M. (2014): Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. In: *Neuropsychiatr Dis Treat* (10), 453-458.
- Kraus, L.; Augustin, R. (2005): Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: *SUCHT* (51 S1), S6-S18.
- Kreitmann, N. (1986): Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In: Kisker, KP, Lauter, H et al. (Hrsg): *Psychiatrie der Gegenwart*. 2. Krisenintervention. Suizid. Konsiliarpsychiatrie. Berlin/Heidelberg/New York/Tokio: Springer, 87–106.

- Kroll, J. (2000): Use of No-Suicide Contracts by Psychiatrists in Minnesota. In: *American Journal of Psychiatry* (157), 1684-1686.
- Kromrey, H. (2006): *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung*. 11. Aufl. Opladen: Leske & Budrich/UTB.
- Kuhn, A. (2017): *Qualitätsmanagement*. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 8. überarb. und aktual. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 684-685.
- Kutter-Vogt, C. (2007): *Die Effektivität von Non-Suizid-Verträgen*. Inaugural-Dissertation. Würzburg: Universität Würzburg.
- Laging, M. (2016): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lamis, D.A.; Malone, P.S. (2012): Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model. In: *Suicidol Online* (3), 4-23.
- Lazarus, R.S. (2005): Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Rice, V.H. (Hrsg.): *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. Bern: Huber, 231-263.
- Lee, C.T.; Chen, V.C.; Tan, H.K.; Chou, S.Y.; Wu, K.H.; Chan, C.H.; Gossop, M. (2013): Suicide and other-cause mortality among heroin users in Taiwan: a prospective study. In: *Addict Behav* (38), 2619-2623.
- Leupold, M. (2021): Suizidalität. In: Goldberg, Amthor, Hansbauer, Landes, Wintergerst (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 9. vollständig überarb. und akt. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, S. 908ff.
- Lienert, G.A.; Raatz, U. (1969): *Testaufbau und Testanalyse*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Lindemann, C.; Neumann-Runde, E.; Martens, M.S. (2017): *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2016 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulante Suchthilfe und der Eingliederungshilfe*. Hamburg: o.V.
- Lutz, S. (2016): *Basiswissen: Glücksspielsucht*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mann, J.J.; Currier, D.M. (2010): Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. In: *Eur Psychiatry* (25(5)), 268–271.
- Martens, M.S.; Neumann-Runde, E. (2021): *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2020 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Hamburg: o.V.
- Martens, M.S.; Neumann-Runde, E.; Lahusen, H. (2019): *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2018 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und Eingliederungshilfe*. Hamburg: o.V.
- Martens, M.S.; Schütze, C.; Buth, S.; Neumann-Runde, E. (2011): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Hamburg: o.V.
- Martens, M.S.; Verthein, U.; Degkwitz (2003): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2001 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Hamburg: Kreuzfeldt Verlag.
- Mayring, P. (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 13., überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Milin, S., Schneider, B., Eilert, L. & Schäfer, I. (2019): Suizidalität bei Suchtkranken – Erfahrungen, Kenntnisse und Fortbildungsbedarfe bei Fachkräften der Suchthilfe. In: *Suchttherapie* (20), 144–149.
- Möbius, M. (2007). *Versorgung von Suizidpatienten in Hamburg: Erfahrungen und Vorschläge zur Suizidprävention aus der Sicht klinischer und nicht-klinischer Institutionen*. Hamburg: Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky.
- Neumann-Runde, E.; Martens, M.S. (2018): *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2017 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulante Suchthilfe und der Eingliederungshilfe*. Hamburg: o.V.

- Nordentoft, M. (2011): Crucial elements in suicide prevention strategies. In: *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* (35), 848-853.
- Nordentoft, M.; Mortensen, P.B.; Pedersen, C.B. (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. In: *Arch Gen Psychiatry* (68), 1058-1064.
- O'Connor, R.C.; Nock, M.K. (2014): The psychology of suicidal behaviour. In: *Lancet Psychiatry* (1(1)), 73-85.
- Obrecht, W. (2000): Das systemische Paradigma der Sozialarbeitswissenschaft und der Sozialen Arbeit, in: Pfaffenberger, H.; Scherr, A.; Sorg, R. (Hrsg.): *Von der Wissenschaft des Sozialwesens. Standort und Entwicklungschancen der Sozialpädagogik, Sozialarbeitswissenschaft*. Rostock: Neuer Hochschul-Schriften-Verlag, 115–143.
- Oechsler, H.; Neumann, E.; Verthein, U.; Martens, M.S. (2010): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2009 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Hamburg: o.V.
- Ostacher, M.J.; Perlis, R.H.; Nierenberg, A.A.; Calabrese, J.; Stange, J.P.; Salloum, I.; Weiss, R.D.; Sachs, G.S. (2010): Impact of substance use disorders on recovery from episodes of depression in bipolar disorder patients: prospective data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). In: *Am J Psychiatry* (167), 289-297.
- Pauls, H. (2013): *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Petit, A.; Reynaud, M.; Lejoyeux, M.; Coscas, S.; Karila, L. (2012): Addiction à la cocaine: un facteur de risque de suicide. In: *Presse Med* (41), 702-712.
- Petry, N.M.; Stinson, F.S.; Grant, B.F. (2005): Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In: *Journal of Clinical Psychiatry* (66 (5)), 564-574.
- Phillips, M.R.; Yang, G.; Zhang, Y.; Wang, L. J. H.; Zhou, M. (2010): Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. In: *Lancet* (360), 1728–1736.
- Piontek, D.; Gomes de Matos, E.; Atzendorf, J.; Kraus, L. (2017): Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayer, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westphalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. In: IFT (Hrsg): *IFT-Berichte*, Bd. 189.
- Price, C.; Hemmingsson, T.; Lewis, G.; Zammit, S.; Allebeck, P. (2009): Cannabis and suicide: longitudinal study. In: *Br J Psychiatry* (195), 492-497.
- Range L.M. et al. (2002): No-suicide contract: An overview and recommendations. In: *Death Studies* (26), 51-74.
- Raithel, J. (2006): *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Rektor der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) (Hrsg.) (o.J.): *EMF-Portal. Standardisierte Sterberate*. Online unter: <https://www.emf-portal.org/de/glossary/2893> (letzter Zugriff am 22.11.22).
- Ringel, E. (1953): *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung*. Wien: Maudrich
- Rosenkranz, M.; Neumann-Runde, E.; Buth, S.; Verthein, U. (2013): *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe*. Hamburg: o.V.
- Rosenthal, H.-G. (1986): The learned helplessness syndrome: Specific strategies for crisis intervention with the suicidal sufferer. In: *Emotional first Aid: A Journal of Crisis Intervention* (3), 5-8.
- Saez-Abad, C.; Bertolin-Guillen, J.M. (2008): Personality traits and disorders in pathological gamblers versus normal controls. In: *J Addict Dis* (27), 33-40.
- Schmid Noerr, G. (2012): *Ethik in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schneider, B., Eilert, L., Milin, S. & Schäfer, I. (2019): Suizidalität bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen und psychotrop wirksamen Medikamenten. In: Suchttherapie (20), 129–134.
- Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D. et al. (2021): Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel: DASP.
- Schneider, B., Reif, A., Wagner, B. & Wolfersdorf, M. (2022): Warum brauchen wir Leitlinien für Suizidprävention? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (65 (1)), 58–66.
- Schneider, B.; Wetterling, T. (2016): Sucht und Suizidalität. In: Bilke-Hentsch, O.; Gouzoulis-Mayfrank, E.; Klein, M. (Hrsg.): Sucht: Risiken - Formen – Interventionen. Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Seitz, N.-N.; Atzendorf, J.; Rauschert, C.; Kraus, L. (2019): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Seitz, N.N.; Rauschert, C.; Atzendorf, J.; Kraus, L. (2020): Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. In: IFT (Hrsg.): IFT-Berichte, Bd. 190.
- Shakespeare, W. (2020): Romeo und Julia: Trauerspiel in fünf Akten. Hamburg: Nikol Verlag.
- Shneidman, E. (1988): Es gibt besseres als den Tod. In: Psychologie heute (15), 28-31.
- Sickendiek, U. (2013): Diversität in der Beratung. Unterschiedlichen Lebenswelten gerecht werden. In: Nestmann, F.; Engel, F.; Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Bd. 3. Thübingen: dgvt, 1429-1446.
- Simmedinger, R.; Schmid, M.; Vogt, I. (2000): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2000 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. Hamburg: o.V.
- Skewes, M. C. & Gonzales, V. M. (2013): The Biopsychosocial Model of Addiction. In: Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders. Bd. 1. San Diego, UNITED STATES: Elsevier Science & Technology, 61–70.
- Stanford E.J., Goetz R.R. et al. (1994): The no harm contract in the emergency assessment of suicidal risk. In: Journal of Clinical Psychiatry (55), 344-348.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010): Todesursachen in Deutschland – Fachserie 12 Reihe 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2014): Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998). Statistisches Bundesamt Deutschland.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2022): Todesursachen. Suizide, Online unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Zugriff am 23.11.22).
- Staub-Bernasconi (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität, 2. Aufl. Opladen & Toronto: Barbara Budrich.
- Stein, C. (2015): Psychotherapeutische Krisenintervention. Tübingen: Psychotherapie-Verlag.
- Stenager, E.; Stenager, E. (2009): Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman, D.; Wasserman, C. (Hrsg.): Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press, 293–299.
- Stöhr, R.; Lohwasser, D.; Napoles, J. N.; Burghardt, D.; Dederich, M.; Dziabel, N.; Krebs, M.; Zirfas, J. et al. (2019): Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung. Wiesbaden: Springer SV.
- Stuckler, D.; Basu, S. (2013): The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press.

- Sucht.Hamburg gGmbH (o.J.): Kursbuch Sucht. Suchthilfe in Hamburg finden. Online unter: <https://www.kursbuch-sucht.de/> (letzter Zugriff am: 23.11.22).
- Tang, N.K.; Crane, C. (2006): Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. In: *Psychol Med* (36(5)), 575-86.
- Thiersch, H. (2015): Moral und Soziale Arbeit. In: Otto, H.-U.; ders.: *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 5. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt, 1058-1069.
- Thon, N.; Preuss, U.W.; Polzleitner, A.; Quantschnig, B.; Scholz, H.; Kuhberger, A.; Bischof, A.; Rumpf, H.J.; Wurst, F.M. (2014): Prevalence of suicide attempts in pathological gamblers in a nationwide Austrian treatment sample. In: *Gen Hosp Psychiatry* (36), 342-346.
- Trull, T.J.; Jahng, S.; Tomko, R.L.; Wood, P.K.; Sher, K.J. (2010): Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. In: *J Pers Disord* (24), 412-426.
- Van Orden, K.A.; Witte, T.K.; Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R.; Selby, E.A., Joiner Jr., T.E. (2010): The interpersonal theory of suicide. In: *Psychol Rev* (117(2)), 575–600.
- Verrel, T. (2017): Suizid. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 8. überarb. und aktual. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 895-896.
- Verthein, U.; Neumann-Runde, E.; Rosenkranz, M.; Oechsler, H.; Schütze, C.; Martens, M.C. (2014): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2013 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. Hamburg: o.V.
- Verthein, U.; Neumann, E.; Buth, S.; Martens, M.S. (2008): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2007 der Hamburger Basisdatensokumentation*. Hamburg: o.V.
- Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2013): *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, M.; Sollberger, D.; Euler, S. (2019): *Persönlichkeitsstörungen und Sucht*. In: Bilke-Hentsch, O.; Gouzoulis-Mayfrank, E.; Klein, M. (Hrsg.): *Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie*. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wassermann, D. (2001): A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wassermann, D. (Hrsg.): *Suicide. An unnecessary death*. London: Martin Dunitz, 13-27.
- Weiss, J.; Sampson, H.; Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986): *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Publications.
- White, T. (2011): *Working with Suicidal Individuals: A Guide to Providing Understanding, Assessment and Support*. o.O: Jessica Kingsley Publishers.
- Wilcox, H.C.; Conner, K.R.; Craine, E.D. (2004): Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. In: *Drug Alcohol Depend* (76), 11-19.
- Wolfersdorf, M. (2000): *Der suizidale Klient in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wolfersdorf, M., Bronisch, T. & Wedler, H. (Hrsg.). (2008): *Suizidalität: Verstehen - Vorbeugen - Behandeln*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Wong, P.W.; Cheung, D.Y.; Conner, K.R.; Conwell, Y.; Yip, P.S. (2010): Gambling and completed suicide in Hong Kong: a review of coroner court files. In: *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* (12 (6)).
- World Health Organization (WHO) (2016): *Preventing suicide: A global imperative*. Leipzig: Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

- World Health Organization (WHO) (2021): Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates.
- Yoshimasu, K.; Kiyohara, C.; Miyashita, K. (2008): Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. In: *Environ Health Prev Med* (13 (5)), 243–56.

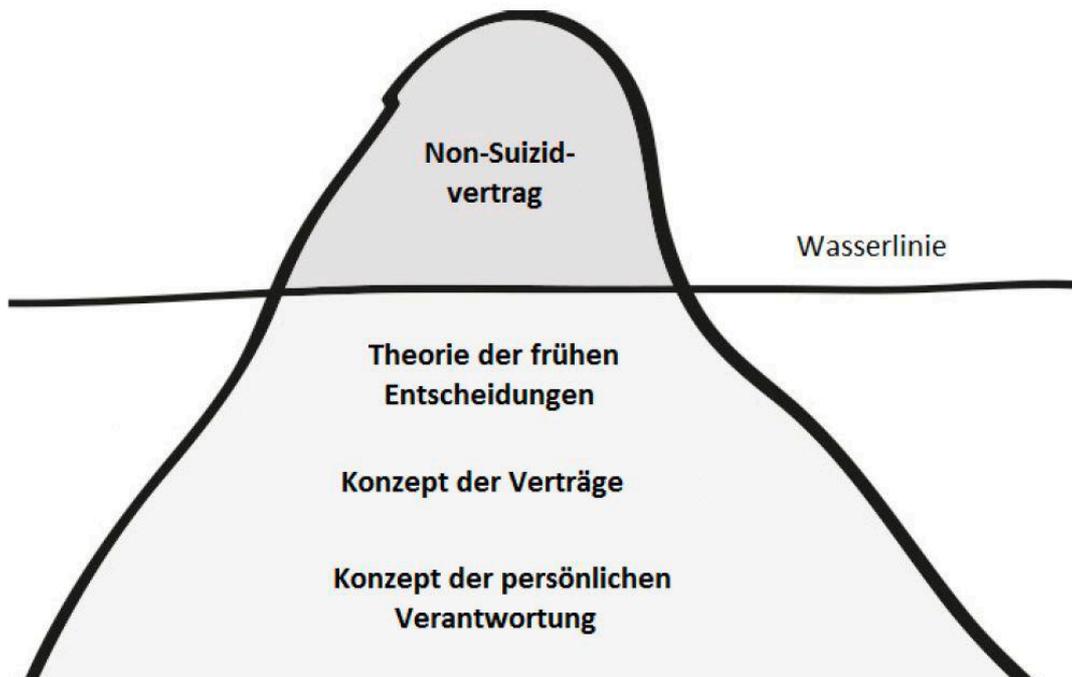
Anhang

Inhaltsangabe

1. <i>NSV-Eisberg</i>	91
2. <i>Exemplarische Auswahl von NSV-Verträgen</i>	91
3. <i>DSM-V-Kriterien</i>	94
4. <i>Diagnostikinstrument AUDIT</i>	94
5. <i>Diagnostikinstrument SDS</i>	94
6. <i>Diagnostikinstrument KFM</i>	94
7. <i>Tabellarische Übersicht NSV-Studien</i>	95
8. <i>Übersicht zu Verträgen</i>	98
9. <i>Vollständige Abbildung des Erhebungsinstruments</i>	99
10. <i>Tabellarische Übersicht der ausgewählten Beratungsstellen;</i>	112

1. NSV-Eisberg

NSV-Eisberg nach White (2011) (Frey 2017, 66)



2. Exemplarische Auswahl von NSV-Verträgen

Dormann (2002): NSV (Kutter-Vogt 2006, 168f.)

Text:

Ich werde bis zur nächsten Sitzung am am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal, was passiert, und egal, wie ich mich fühle.

Erweiterungsmöglichkeit:

In dieser Zeit werde ich die Möglichkeit nutzen, die mir helfen, bei einer Entscheidung für oder gegen mein Leben weiterzukommen.

Wenn ich sicher bin, dass ich alle Möglichkeiten, am Leben zu bleiben und mich vor einer Selbsttötung abzuhalten, ausgeschöpft habe, dann habe ich das Recht, meinen Therapeuten..... anzurufen und um einen Termin zu bitten.

Der Therapeut verpflichtet sich, diesen Termin spätestens am darauf folgenden Werktag einzurichten.

Dorrmann (2002): Notfallplan (ebd.)

Ich bin zu Hause und beschäftige mich nachhaltig mit dem Gedanken, mir etwas anzutun.

Ich schütze mich selbst, indem ich ...

- × mich hinlege und entspanne,
- × 3mal tief einatme,
- × meine Lieblingsmusik auflege,

- × eine Entspannungskassette höre,
- × mich für fünf Minuten vor den Spiegel setze,
- × ein Glas kühles Wasser trinke.

Ich merke, dass ich länger als 10 Minuten über die Methoden nachdenke, mit denen ich mich umbringen könnte.

Ich schütze mich selbst, indem ich...

- × in die Natur oder in die Stadt gehe,
- × einen Dauerlauf mache,
- × ein warmes Bad nehme,
- × in ein Kissen hineinschreie,
- × ins Kino oder in die Sauna oder zum Schwimmen gehe,
- × mit dem Auto fahre, ganz laut Musik höre und mitsinge,
- × einen Friseurtermin für den gleichen Tag vereinbare,
- × einen Massagetermin vereinbare,
- × mich für einige Zeit unter die Dusche stelle.

Ich merke, dass sich meine Gedanken, mich umzubringen, nicht mehr bekämpfe.

Ich schütze mich, indem ich

N.N. anrufe oder zu ihr/ihm gehe

- × die Telefonseelsorge anrufe,
- × meinen Therapeuten oder einen Kollegen in der Praxis anrufe und mir einen Termin geben lasse,
- × zum Arzt gehe und mir Medikamente verschreiben lasse.

Kutter-Vogt (2006) (Kutter-Vogt 2006, 156)

Ich, (Vor- und Nachname des Patienten), verspreche hiermit Herrn/Frau (Vor- und Nachname des Therapeuten), dass ich mich bis zur nächsten Therapiestunde am (Datum) um (Uhrzeit) nicht umbringen werde.

Sollte ich während dieser Zeit suizidale Gedanken haben, dann werde ich folgende Verhaltensweisen der Reihe nach anwenden:

1. Ich werde Entspannungsübungen ausführen.
2. Ich werde Musik hören.
3. Ich werde in die Stadt gehen und mich mit Freunden treffen.
4. Ich werde mit einer vertrauten Person (evtl. Name? Telefonnummer?) ein Gespräch führen.
5. Ich werde Gegenstände, mit denen ich mich verletzen könnte, aus der Wohnung bzw. dem Gefahrenbereich entfernen.
6. Ich werde mich bei (Name des Therapeuten) melden unter der folgenden Telefonnummer: Falls der Therapeut nicht erreichbar sein sollte, bei (Name einer Ersatzperson) unter folgender Telefonnummer:
7. Ich werde die Telefonseelsorge anrufen unter der Telefonnummer:
8. Ich werde in die Notfallaufnahme der psychiatrischen Klinik ... gehen.

Als kurzfristige Ziele der Therapie legen wir folgendes fest:

1. Ich werde mich morgen mit Freunden treffen.
2. Ich werde meine Wohnung aufräumen.

Würzburg, den (Datum)

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Therapeuten

3. DSM-IV-Kriterien

(Seitz et al. 2019, 2)

Alkoholabhängigkeit: Abhängigkeit in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), erhoben mit dem Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995). Abhängigkeit bei Erfüllung von mindestens drei der folgenden Kriterien im Zusammenhang mit Alkoholkonsum: (1) Toleranzentwicklung, (2) Entzugssymptome, (3) Konsum länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt, (4) Kontrollminderung, (5) hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung, (6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten, (7) fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen.

Alkoholmissbrauch: Missbrauch in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), erhoben mit dem Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995). Missbrauch bei Erfüllung von mindestens einem der folgenden Kriterien im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, sofern keine gleichzeitige Alkoholabhängigkeit besteht: (1) erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule, (2) Konsum in gefährlichen Situationen, (3) Probleme mit dem Gesetz infolge des Alkoholkonsums, (4) soziale und zwischenmenschliche Probleme.

4. Diagnostikinstrument AUDIT

(Kraus/Augustin 2005, S17)

C. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al., 1989 ; Rist et al., 2003)	
1.	Wie oft trinken Sie Alkohol?
2.	Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?
3.	Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)?
4.	Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?
5.	Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten?
6.	Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?
7.	Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zu viel getrunken hatten?
8.	Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?
9.	Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?
10.	Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?
Antwortkategorien:	Item 1: (0) nie; (1) einmal im Monat; (2) zwei- bis viermal im Monat; (3) zwei- bis dreimal die Woche; (4) viermal die Woche oder öfter Item 2: (0) 1–2 Gläser pro Tag; (1) 3–4 Gläser pro Tag; (2) 5–6 Gläser pro Tag; (3) 7–9 Gläser pro Tag; (4) 10 oder mehr Gläser pro Tag Item 3–8: (0) nie; (1) seltener als einmal im Monat; (2) jeden Monat; (3) jede Woche; (4) jeden Tag oder fast jeden Tag Item 9–10: (0) nein; (2) ja, aber nicht während der letzten 12 Monate; (4) ja, während der letzten 12 Monate

5. Diagnostikinstrument SDS

(Kraus/Augustin 2005, S17)

B. Severity of Dependence Scale (SDS): Cannabis- bzw Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop et al., 1995)	
1.	Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis (Kokain) außer Kontrolle geraten ist?
2.	Wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis (Kokain) verzichten zu müssen, beängstigt oder beunruhigt?
3.	Wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis (Kokain) besorgt?
4.	Wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören?
5.	Wie häufig haben Sie es für schwierig gehalten, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören oder ganz auf Cannabis (Kokain) zu verzichten?
Antwortkategorien:	Item 1–5: (0) nie; (1) seltener als einmal pro Monat; (2) ein- bis dreimal pro Monat; (3) einmal pro Woche oder öfter

6. Diagnostikinstrument KFM

(Kraus/Augustin 2005, S18)

H. Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Watzl et al., 1991)	
1.	Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen
2.	Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt
3.	Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen
4.	Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht
5.	Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe
6.	Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang
7.	Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente
8.	In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen
9.	Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl
10.	Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe
11.	Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger
Antwortkategorien:	trifft zu / trifft nicht zu

7. Tabellarische Übersicht NSV-Studien (eigene Darstellung)

Tabelle
Übersicht empirischer Studien zum NSV

Autoren	Land	Teilnehmer	NSV-Form	Design/Methode	Ergebnisse
1 Drye et al. (1973)	USA	600 Klient*innen über 5 Jahre; Anschluss bei Abhängigkeit/organisch beeinträchtigter Hirnfunktion	verbales Statement: „Egal was passiert, ich werde mich nicht umbringen, ob absichtlich oder unabsichtlich, zu jeder Zeit.“	eigene Berichterstattung	Non-Suizid-Rate von 100%
2 Drye et al. (1973)	USA	609 Klient*innen bei 31 Therapeut*innen über 5 Jahre	-II-	zugesandter Fragebogen	Reduktion der Fallrate suizidaler Klienten von 20 auf 3 Fälle (die verbleibenden Fälle seien auf eine fehlerhafte Anwendung zurückzuführen)
3 Mishara & Dalgic (1997)	Kanada	263 Klient*innen in 617 Anrufen bei 2 Kriseninterventionszentren	telefonisch (verbal); Versprechen keinen Suizid zu begehen + alternative Strategien	direkte Beobachtung & nachträgliche Befragung der Klient*innen	68% mündeten in NSV; 46% vollzogen selbstverletzendes Verhalten, während sie unter Vertrag standen
4 Miller et al. (1998)	USA	89 Psychiater*innen & 23 Psycholog*innen der Harvard Medical School	keine genaue Angabe	eigene Berichterstattung	79% der Psychiater*innen & 72% der Psycholog*innen sahen NSV-Nutzung in Praxis; bei 72% der Psychiater*innen & 75% der Psycholog*innen wurde der Arbeitsplatz empfohlen; 61% der Psychiater*innen & 71% der Psycholog*innen hatten zuvor kein Training erhalten
5 Kroll (2000)	USA	267 Psychiater*innen aus Minnesota (insg. 514 angefragt)	62% nutzten verbalen NSV; 38% kombinierten schriftlich & mündlich	eigene Berichterstattung (anonym, da die Antworten per Postkarte zurückkamen)	57% nutzten NSV; 41%, die NSV nutzten, hatten mindestens eine*n Klient*in, die unter Vertrag Suizid(versucht) begangen hatte; weniger berufserfahrene

						Praktiker*innen nutzen häufiger NSV als Erfahrene
6	Farrow (2002)	Neuseeland	9 Krisenkrankenschwestern, per Schneeballmethode ausgewählt	keine Angabe	detaillierte, teilstandardisierte Interviews	NSV wird eigener fachlicher Kompetenz übergeordnet, Nutzung aus Gründen des Selbstschutzes, Ressourcenumangels & NSV bildet Teil des In-Vivo-Trainings
7	Farrow & O'Brien (2003)	Neuseeland	8 erwachsene Klient*innen, die Unterstützung bei suizidaler Einmischung in Anspruch genommen hatten	keine Angabe	detaillierte, teilstandardisierte Interviews	NSV wurde als Einschränkung der Selbstbestimmung, die Arbeitsbeziehung schädigend & eine Verantwortungsverschiebung zum*r Klient*in begünstigend beschrieben
8	Kutter-Vogt (2006)	Deutschland	28 suizidale Patient*innen, 68 psychiatrische Patient*innen, 57 Personen aus der Bevölkerung; 40 Psychiater*innen; 49 Psycholog*innen, 50 Medizinstudent*innen, 23 Psycholog*innen	verschiedene Formate wurden abgefragt, darunter schriftlich vs. mündlich & mögliche Bausteine (Therapieverlauf, Unterschrift Therapeut*innen)	eigene Berichterstattung (Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen)	>70% der Professionellen würden Vertrag unterschreiben, während >50% der Psychiater*innen & Psycholog*innen + 50% der Medizinstudent*innen + 70% der Psychologiestudent*innen ihn als Schutz ansehen; 50% der Therapeut*innen in Praxis und Ausbildung sehen NSV als lebenserhaltende Maßnahme, während in der Studentengruppe 74% der Mediziner*innen und 57% der Psycholog*innen dem NSV keinen suizidverhindernden Effekt zuschreiben
9	Page & King (2008)	Kanada	312/524 Professionelle (Antworte 60,5%): 119 Psychiater*innen, 140 Psycholog*innen, 256 nicht gelistete Psycholog*innen,	keine Angabe	eigene Berichterstattung (Postkartenformat)	83% nutzen NSV, während 43% der Nutzer*innen kein vorangegangenes Training erhalten haben; 31% hatten mindestens eine*n Klient*in mit Suizid(versuch)

<p>10 Bryan et al. (2017)</p>	<p>Krankpfleger*innen, Sozialarbeiter*innen Ergotherapeuten*innen</p>	<p>USA</p>	<p>97 aktive US.-amerikanische Soldat*innen, die Hilfe bei suizidaler Einengung in Anspruch ersuchten (bei 32 kam NSV zum Einsatz, bei 32 der KRP und bei 33 der E-KRP)</p>	<p>verbale Frage: „Wenn Sie heute nach Hause gehen, denken Sie Sie sind in der Lage am Leben zu bleiben?“</p>	<p>standardisiertes Interview</p>	<p>aufgrund der ähnlichen Ergebnisse der KRP- & der E-KRP-Gruppe, wurden beide zusammengefasst und dann in den Vergleich gesetzt: im Nachuntersuchungszeitraum von 6 Monaten ergab sich eine Rate suizidaler Handlungen von 5% (3/65) bei KRP-Nutzer*innen & 19% (5/32) bei NSV-Nutzer*innen; in Verbindung mit KRP-Nutzung wurde außerdem eine schnellere Reduzierung von Suizidgedanken & eine geringere Anzahl stationärer Aufenthaltstage festgestellt</p>
--------------------------------------	---	------------	---	---	-----------------------------------	--

8. *Übersicht zu Verträgen*
(Bryan et al. 2018, 621)

TABLE 1 Components and strategies contained in treatment as usual (TAU), standard crisis response plan (S-CRP), and enhanced crisis response plan (E-CRP)

Component	Definition	TAU	S-CRP	E-CRP
Warning signs	Indicators or clues that things are not going well and that the plan may need to be used; warning signs can be behaviors, thoughts, emotions, or physical sensations	No	Yes	Yes
Self-management	Things the individual has done in the past that help him or her to feel less stressed	No	Yes	Yes
Reasons for living	Reasons for not killing oneself	No	No	Yes
Social support	Someone who has helped during times of stress in the past, and/or who can be contacted when in crisis	No	Yes	Yes
Healthcare professionals	Contact information for medical providers and other professional sources of help	Yes	Yes	Yes
Crisis services	Contact information for crisis hotlines, emergency response, and/or going to an emergency department	Yes	Yes	Yes
Verbal contract for safety	Asking the patient "If you were to go home today, do you think you would be able to keep yourself safe?"	Yes	No	No

9. Vollständige Abbildung des Erhebungsinstruments

S1: Datenschutz



Herzlich Willkommen zur Online-Umfrage!

Warum erheben und verarbeiten wir Ihre Daten

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen Fragen zu einem sozialarbeiterisch relevanten Thema. Die Umfrage erfolgt ausschließlich zu Lehr- und Forschungszwecken. Die Teilnahme ist anonym, d.h. ohne Nennung des Namens. Eine Registrierung ist nicht erforderlich.

Wie können Sie uns kontaktieren

Prof. Dr. Susanne Vaudt Dept. Soziale Arbeit HAW Hamburg
susanne.vaudt@haw-hamburg.de

Wenn Sie mehr Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wünschen, bitte auf [folgenden Link](#) klicken.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäss den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

[Ich möchte nicht teilnehmen](#) [Weiter zur Umfrage](#)

S2: Begrüßung



5%

Herzlich Willkommen in der Umfrage zur Suizidprävention in der ambulanten Hamburger Suchtberatung!

Liebe*r Mitarbeitende*r der Suchtberatung,

auf den folgenden Seiten erwarten Sie Frageblöcke zur Suizidprävention in der ambulanten Hamburger Suchtberatung. Im ersten Teil wird es vor allem um die Erhebung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten gehen. Außerdem wird es Fragen zu Ihrer Klientel geben. An dieser Stelle sei betont, dass weder Ihre, noch die "Identität" Ihrer Einrichtung ermittelt werden. Der zweite Teil zielt dann spezifisch auf Angaben zur Risikodiagnostik und Intervention im Rahmen einer Suizidprävention ab. Ein besonderes Augenmerk wird hierbei auf dem Non-Suizid-Vertrag als exemplarisches Instrument liegen.

Die Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen ist von einem notwendigerweise allumsichtigen, sensiblen Blick seitens der Fachkraft gezeichnet. Dass es in diesem Zuge wiederholt zu starken Belastungen für die Mitarbeitenden kommen kann, ist nachvollziehbar. Eine genaue und authentische Beantwortung des Fragebogens kann bereits zu einer Fokussierung Ihres gesonderten thematischen wie personellen Stellenwerts und der damit verbundenen Bedarfe beitragen und so größere empirische wie nachfolgend politische Maßnahmen anstoßen. Dies kann Ihnen, Ihrer wichtigen Arbeit und also Ihren Klient*innen zugutekommen.

Die Beantwortung dauert max. 20 min.

Ich stehe Ihnen bei Rückfragen gern zur Verfügung und bedanke mich im Voraus für Ihre Unterstützung.

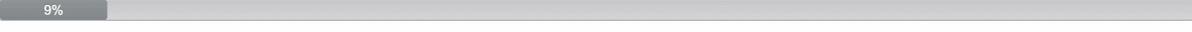
Herzliche Grüße,
Julia Blaczejewski

.....

Julia Blaczejewski
BA Sozialpädagogik/Soziale Arbeit
E-Mail: julia.blaczejewski@haw-hamburg.de

[Weiter](#)

S3: BI: Soziodemographische Daten



9%

Wie alt sind Sie?
Bitte ordnen Sie sich einer Altersgruppe zu.

18-24 ▾

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?
Wählen Sie bitte eine der folgenden Optionen aus und ergänzen bei Bedarf.

männlich
 weiblich
 anderes, und zwar:

Welcher Profession gehören Sie an?
Bitte wählen Sie eine der Optionen aus und ergänzen bei Bedarf.

Soziale Arbeit/Sozialpädagogik
 Psychologie
 Anderes:

S4: BII: Einrichtung



14%

Wie finanziert sich Ihre Einrichtung hauptsächlich?
Wählen Sie eine oder mehrere der folgenden Optionen aus. Falls Ihre Finanzierungsoption nicht genannt wird, geben Sie diese bitte unter Sonstiges an.

durch öffentliche Mittel
 durch Spenden
 Beides zu gleichen Anteilen
 Sonstiges:

Welche der folgenden Aspekte gehören zum Angebotsprofil Ihrer Einrichtung?
Bitte wählen Sie eine oder mehrere der folgenden Optionen aus.
Straßensozialarbeit zielt auf die aufsuchende Arbeit, also das aktive Zugehen auf potenzielle Klient*innen ab.
Überlebenshilfen beinhalten das Bereitstellen von sanitären Anlagen, Konsumräumen, Übernachtungsmöglichkeiten und/oder die Ausgabe von sauberem Spritzbesteck, warmen Mahlzeiten und/oder Kleidung.
Beratung kann sich auf die Weitergabe von Information, eine Weitervermittlung sowie eine längerfristige, regelmäßige Begleitung beziehen. Detaillierte Auswahlmöglichkeiten folgen hierzu in der nächsten Frage.

Straßensozialarbeit
 Überlebenshilfen
 Beratung
 psychosoziale Begleitung
 ambulante Entgiftung
 medizinische Rehabilitation
 soziale Rehabilitation
 ambulante Nachsorge

Wie schätzen Sie die Erreichbarkeit Ihrer Einrichtung ein?

Schätzen Sie bitte die Erreichbarkeit anhand der vorgegebenen Skala ein.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	keine Angabe	trifft eher zu	trifft zu
Die Einrichtung ist für die Klientel mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.	<input type="radio"/>				
Die Einrichtung bietet lange und flexible Öffnungszeiten.	<input type="radio"/>				
Während der Öffnungszeiten werden Anfragen direkt oder am selben Tag bearbeitet.	<input type="radio"/>				

Wie schätzen Sie den Zugang zu Ihrer Einrichtung für Ihre Adressat*innen ein?

Schätzen Sie bitte den Zugang anhand folgender Aussagen ein.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	keine Angabe	trifft eher zu	trifft zu
Es handelt sich um eine niedrigschwellige Einrichtung.	<input type="radio"/>				
Es wird Hilfe ohne vorherige Terminvergabe angeboten.	<input type="radio"/>				
Eine komplett anonyme Beratung ist durchgängig möglich.	<input type="radio"/>				
Es werden keine personenbezogenen Daten erhoben.	<input type="radio"/>				

Zurück

Weiter

S5: BII: F Beratungsaspekte



18%

Folgende Aspekte zählen zu meiner Beratungstätigkeit:

Bitte wählen Sie eine odere mehrere der folgenden Optionen aus.

Hinweis: **Harm Reduction** wird hier über die wortwörtliche Übersetzung einer Schadensminimierung im Sinne von niedrigschwelligen Überlebenshilfen hinaus auch als "zieloffene Hilfe" begriffen, die einen Gegenpol zu alleinig abstinenzorientierten Beratungsangeboten bildet.

Soziale Diagnostik wird hier als Methode zur kriteriengeleiteten Sammlung und Bewertung derjenigen Informationen über die soziale Lage von Klient*innen verstanden, die für die Einschätzung der Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität einer Intervention benötigt wird.

Auf einer der nachstehenden Seiten werden Sie die Möglichkeit haben, die von Ihnen gewählten Optionen nach ihrer Häufigkeit anhand eines Rankings einzustufen.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weitervermittlung | <input type="checkbox"/> Therapievorbereitung | <input type="checkbox"/> Stabilisierung | <input type="checkbox"/> Krisenintervention |
| <input type="checkbox"/> Suizidprävention | <input type="checkbox"/> Harm Reduction | <input type="checkbox"/> Förderung einer Abstinenzorientierung | <input type="checkbox"/> Vermittlung in zusätzliche Hilfeleistungen |
| <input type="checkbox"/> Psychoedukation | <input type="checkbox"/> Soziale Diagnostik | | |

Zurück

Weiter

S6: BII: RF Beratungsaspekte - Ranking



23%

Wie häufig kommen die von Ihnen gewählten Themen und Inhalte tatsächlich im Beratungsalltag vor?

Nutzen Sie bitte das Klick-Ranking, um eine Reihenfolge festzulegen. Platz 1 steht für das am häufigsten vorkommende Thema und die zuletzt gewählte Option für das am seltensten vorkommende Thema. Technischer Hinweis: Auch, wenn hier aufgrund Ihrer vorher getroffenen Auswahl nur ein Item erscheint (blau hinterlegt), müssen Sie dieses auswählen, um mit der Befragung fortfahren zu können.

Weitervermittlung

Therapievorbereitung

Stabilisierung

Krisenintervention

Suizidprävention

Harm Reduction

Förderung einer Abstinenzorientierung

Vermittlung in zusätzliche Hilfesleistungen

Psychoedukation

Soziale Diagnostik

Zurück

Weiter

S7: BIII: Klientel



27%

Wie alt ist die Mehrheit Ihrer Klient*innen?

Bitte ordnen Sie eine Altersgruppe zu.

18-25 ▾

Welchem biologischen Geschlecht gehört die Mehrheit Ihrer Klientel an?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Optionen aus.

männlich

weiblich

Für welche stoffgebundenen und stoffungebundenen Problematiken ist Ihre Einrichtung zuständig?

Bitte wählen Sie eine oder mehrere aus den folgenden Verhaltensweisen aus. Auf einer der nachstehenden Seiten werden Sie die Möglichkeit haben, die von Ihnen gewählten Optionen nach ihrer Häufigkeit anhand eines Rankings einzustufen.

- pathologisches Glücksspiel
- Medienabhängigkeit
- Alkohol
- Cannabis
- Amphetamine
- Halluzinogene
- Kokain
- Barbiturate
- Opiate (außer Heroin)
- Kaufsucht (nicht online)

- MDMA, Ecstasy
- Schnüffelstoffe
- Heroin
- Essstörung
- Sexsucht
- Pornosucht (online)
- Kaufsucht (online)
- Sonstiges:

Klient*innen Ihrer Einrichtung befinden sich in folgenden besonderen Lebensumständen:

Wählen Sie bitte eine oder mehrere Optionen aus. Auf einer der nachstehenden Seiten werden Sie die Möglichkeit haben, die von Ihnen gewählten Optionen nach ihrer Häufigkeit anhand eines Rankings einzustufen.

- substituiert
- ohne festen Wohnsitz
- arbeitslos
- verschuldet
- in einem prekären Arbeitsverhältnis
- in Elternschaft (lebt zusammen mit Kind und versorgt es)
- sozial isoliert
- von körperlicher/geistiger Behinderung betroffen
- mit gerichtlicher Auflage
- schwanger/werdende Eltern
- in Haft
- Sonstiges:

Welche der folgenden Begleiterkrankungen treffen auf Ihre Klientel zu?

Bitte wählen Sie eine oder mehrere der Optionen aus. Auf einer der nachstehenden Seiten werden Sie die Möglichkeit haben, die von Ihnen gewählten Optionen nach ihrer Häufigkeit anhand eines Rankings einzustufen.

- Affektive Störungen (z.B. Depressionen, Manie)
- Angststörungen
- Anpassungs- und Belastungsstörungen
- Aufmerksamkeitsstörung
- Demenz
- Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderlinestörung)
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Schizophrenie
- Schlafstörungen
- Zwangsstörungen

Zurück

Weiter

S8: BIII: R1 Konsummittel - Ranking



32%

Wie häufig kommen die von Ihnen gewählten Optionen tatsächlich im Beratungsalltag vor?

Nutzen Sie hierzu bitte das Klick-Ranking. Die erste Wahl steht für "am häufigsten", die zuletzt gewählte Option für "am seltensten". Technischer Hinweis: Auch, wenn hier aufgrund Ihrer vorher getroffenen Auswahl nur ein Item erscheint (blau hinterlegt), müssen Sie dieses auswählen, um mit der Befragung fortfahren zu können.

pathologisches Glücksspiel

Medienabhängigkeit

Alkohol

Cannabis

Amphetamine

Halluzinogene

Kokain

Barbiturate

Opiate (außer Heroin)

Kaufsucht (nicht online)

MDMA, Ecstasy

Schnüffelstoffe

Heroin

Essstörung

Sexsucht

Pornosucht (online)

Kaufsucht (online)

Sonstiges

Zurück

Weiter

S9: BIII: R2 Lebensumstände - Ranking



36%

Wie häufig begegnen Ihnen tatsächlich Klient*innen in den gewählten besonderen Lebensumständen in Ihrem Beratungsalltag?

Nutzen Sie bitte zur Beantwortung das Klick-Ranking. Die zuerst gewählte Option steht hierbei für "am häufigsten" und die zuletzt angeklickte Option für "am seltensten". Technischer Hinweis: Auch, wenn hier aufgrund Ihrer vorher getroffenen Auswahl nur ein Item erscheint (blau hinterlegt), müssen Sie dieses auswählen, um mit der Befragung fortfahren zu können.

substituiert

ohne festen Wohnsitz

arbeitslos

verschuldet

in einem prekären Arbeitsverhältnis

in Elternschaft (lebt zusammen mit Kind und versorgt es)

sozial isoliert

von geistiger/körperlicher Behinderung betroffen

mit gerichtlicher Auflage

schwanger/werdende Eltern

in Haft

Sonstiges

S10: BIII: R3 Begleiterkrankungen - Ranking



41%

Wie häufig begegnen Ihnen tatsächlich Klient*innen mit den gewählten Begleiterkrankungen in Ihrem Beratungsalltag?

Nutzen Sie bitte zur Beantwortung das Klick-Ranking. Die zuerst gewählte Option steht hierbei für "am häufigsten" und die zuletzt angeklickte Option für "am seltensten". Technischer Hinweis: Auch, wenn hier aufgrund Ihrer vorher getroffenen Auswahl nur ein Item erscheint (blau hinterlegt), müssen Sie dieses auswählen, um mit der Befragung fortfahren zu können.

Affektive Störungen (Depressionen, Manie)

Angststörungen

Anpassungs- und Belastungsstörungen

Aufmerksamkeitsstörungen

Demenz

Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderlinestörung)

Posttraumatische Belastungsstörungen

Schizophrenie

Schlafstörungen

Zwangsstörungen

Zurück

Weiter

S11: BIV: Suizidprävention



45%

Im Rahmen der Tätigkeit als Suchtberater*in in meiner Einrichtung verstehe ich Suizidalität als...

Schätzen Sie die folgenden Aussagen mithilfe der Antwortmöglichkeiten ein.

...krankhaften Zustand.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...krisenhaften Zustand.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...mögliches Thema für die Beratung.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...Anlass zur Weitervermittlung in eine andere Einrichtung.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...einen tatsächlich auftretenden Gesprächsinhalt meiner Beratungstätigkeit.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...Phänomen, das klar mit Sucht verknüpft ist.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...obligatorischen Teil der Sozialen Diagnostik.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...Anlass zur Intervention.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu
...Gegenstand präventiver Maßnahmen.	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	trifft eher nicht zu	<input type="radio"/>	keine Angabe	<input type="radio"/>	trifft eher zu	<input type="radio"/>	trifft zu

Nutzen Sie folgende Techniken und Instrumente im Rahmen einer Suizidprävention zur Diagnostik von Suizidalität in Ihrer Arbeit?

Stimmen Sie zu oder nicht zu und entscheiden zusätzlich, ob für die gewählte Technik entsprechende Dokumente als Hilfestellung im Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung vorliegen.

Hinweis zu Leitfäden und Modelle: Hiermit sind z.B. Phase im Verlauf suizidaler Krisen, Risikofaktoren, indirekte und direkte (sprachliche) Hinweise oder auch Orientierung an Leitlinien zur stationären Unterbringung angesprochen.

	Stimme zu	Stimme nicht zu	Im Qualitätsmanagement hinterlegt
Fragenkatalog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidbögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitfäden und Modelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbeurteilungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Diagnostik gehört nicht zum Aufgabenprofil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nutzen Sie folgende Techniken und Instrumente im Rahmen einer Suizidprävention zur Intervention bei Suizidalität in Ihrer Arbeit?

Bitte stimmen Sie zu oder nicht zu und entscheiden zusätzlich, ob für die gewählte Technik entsprechende Dokumente als Hilfestellung im Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung vorliegen.

Hinweis zu Leitfäden und Modelle: Hiermit sind z.B. Strategien und Grundprinzipien der Krisenintervention, Prozessmodell, vorgeschlagene Maßnahmen für das weitere Handeln angesprochen.

Hinweis zu Verträge und Selbstverpflichtungen: Diese können mündlich sowie schriftlich abgeschlossen werden.

	Stimme zu	Stimme nicht zu	Im Qualitätsmanagement hinterlegt
Notfallplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehen von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitfäden und Modelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verträge/Selbstverpflichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimmte Gesprächstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Intervention gehört nicht zum Aufgabenprofil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sicher schätzen Sie Ihre fachliche Kompetenz im Hinblick auf folgende Aspekte ein?

Nutzen Sie bitte den Schieberegler für Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 10. Hierbei steht 1 für "überhaupt nicht sicher" und 10 für "absolut sicher".

Verhalten bei Suizidalität eines*r Klient*in im Allgemeinen	
Diagnostik von Suizidalität	
Intervention bei Suizidalität	
Nutzung des Non-Suizid-Vertrages	

Wie ausgeprägt schätzen Sie Ihren Wissensstand im Hinblick auf folgende Aspekte ein?

Nutzen Sie bitte den Schieberegler für Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 10. Hierbei steht 1 für "überhaupt nicht ausgeprägt" und 10 für "absolut ausgeprägt".

Suizidalität	
Diagnostik von Suizidalität	
Intervention bei Suizidalität	
Nutzung des Non-Suizid-Vertrages	
theoretische Rahmung des Non-Suizid-Vertrags	

In welchem Kontext konnten Sie sich bisher Wissen zu den Themen Suizidalität und Suizidprävention aneignen?

Wählen Sie eine oder mehrere der folgenden Optionen aus.

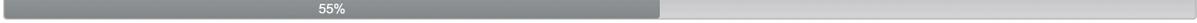
- Studium
- einrichtungsinterne Fortbildung
- einrichtungsexterne Fortbildung
- Literatur
- Ich habe mir bisher kein Wissen zu diesem Thema angeeignet.
- Sonstiges:

S12a: BIV: F1 Anderes - Bezeichnung

Wie werden die anderen, von Ihnen verwendeten und im QM hinterlegten Diagnostik- und Interventionswerkzeuge bezeichnet?
Benennen Sie nachstehend bitte Ihre verwendeten und im QM hinterlegten Diagnostik- und Interventionswerkzeuge.

ZurückWeiter

S12b: BIV: F2 Anderes - Bezeichnung



55%

Welche Diagnostik- und/oder Interventionswerkzeuge nutzen Sie?
Benennen Sie nachstehend bitte Ihre verwendeten oder im QM hinterlegten Diagnostik- oder Interventionswerkzeuge.

Zurück Weiter

S13a: BIV: F3 keine Aufgabe - Gründe



59%

Warum gehören die Diagnostik und Intervention im Fall von Suizidalität nicht zu Ihrem Aufgabenfeld?
Bitte begründen Sie Ihre Auswahl.

Zurück Weiter

S13b: BIV: F4 keine Aufgabe - Gründe



64%

Warum gehört die Diagnostik oder Intervention im Fall von Suizidalität nicht zu Ihrem Aufgabenfeld?
Bitte begründen Sie Ihre Auswahl.

Zurück Weiter

S14: BIV: F5 Verträge/Selbstverpflichtungen – F5.1; F5.2; F5.3



68%

Welche der folgenden Verträge/Selbstverpflichtungen nutzen Sie?

Bitte wählen Sie eine oder mehrere der folgenden Optionen aus und vermerken Sie ebenso, ob die jeweilige Vereinbarung im Qualitätsmanagement hinterlegt ist. Hinweis: Hierbei wird nicht zwischen einem schriftlichen oder mündlichen Vertragsabschluss unterschieden.

	ja	nein	Im Qualitätsmanagement hinterlegt.
Non-Suizid-Vertrag (NSV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisen-Reaktions-Plan (KRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commitment to Treatment Statement (CTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Bestandteile enthält der Vertrag/die Selbstverpflichtserklärung?

Wählen Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Optionen aus.

Hinweis: Ein schriftlicher oder mündlicher Abschluss des*r Vertrags/Selbstverpflichtserklärung wird nachstehend separat abgefragt.

- Selbstverpflichtungserklärung
- Beratungsziele
- Signaturzeile Berater*in
- Vorgehen im Notfall
- positiver Beratungsverlauf (falls vorhanden)
- Gründe zum Weiterleben
- Signaturzeile Klient*in
- Notfallkontakte
- Sonstiges:

In welcher Form werden Verträge und Selbstverpflichtungserklärungen abgeschlossen?

Bitte wählen Sie eine der nachfolgenden Optionen aus.

schriftlich

mündlich

beides

Zurück

Weiter

S15: BIV: F6 kein NSV - Gründe



73%

Warum verwenden Sie den Non-Suizid-Vertrag nicht?

Begründen Sie Ihre Antwort anhand der gegebenen Optionen.

- Ich verwende andere Verträge und Selbstverpflichtungen.
- Er steht einrichtungsintern nicht zur Verfügung.
- Ich kenne dieses Interventionswerkzeug nicht.
- Ich bin nicht von der Wirksamkeit überzeugt.
- Ich verwende ihn nicht, weil...

Zurück

Weiter

S16a: BIV: F7 Anderes - Bezeichnung



77%

Wie lautet die Bezeichnung der Selbstverpflichtung oder des Vertrags, die*den Sie nutzen und die*der im Qualitätsmanagement hinterlegt ist?

Wählen Sie einen der Begriffe aus oder ergänzen Sie bei Bedarf.

- Suizidpakt
- Versprechen zum Weiterleben
- Selbstverpflichtung(serklärung)
- Suizidvereinbarung
- Sonstiges, und zwar:

Zurück

Weiter

S16b: BIV: F8 Anderes - Bezeichnung



82%

Wie lautet die Bezeichnung der Selbstverpflichtung oder des Vertrags, die*den Sie nutzen oder die*der im Qualitätsmanagement hinterlegt ist?

Wählen Sie einen der Begriffe aus oder ergänzen Sie bei Bedarf.

- Suizidpakt
- Versprechen zum Weiterleben
- Selbstverpflichtung(serklärung)
- Suizidvereinbarung
- Sonstiges, und zwar:

Zurück

Weiter

S17: BIV: F9 keine Verträge - Gründe



86%

Warum verwenden Sie keine Verträge oder Selbstverpflichtungen?

Begründen Sie Ihre Antwort anhand der gegebenen Optionen.

- Ich verwende andere Werkzeuge und Techniken.
- Derartige Mittel stehen einrichtungsintern nicht zur Verfügung.
- Ich kenne diese Interventionswerkzeuge nicht.
- Ich bin nicht von der Wirksamkeit überzeugt.
- Suizidalität ist mir bisher noch nicht im Beratungskontext begegnet.
- Ich verwende sie nicht, weil...

Zurück

Weiter

S18: BIV: F10 Verträge/Selbstverpflichtungen im QM – F10.1; F10.2; F10.3; F10.4


91%

Welche der folgenden Verträge/Selbstverpflichtungen ist im Qualitätsmanagement hinterlegt?
Bitte wählen Sie eine oder mehrere der folgenden Optionen aus. Hinweis: Hierbei wird nicht zwischen einem schriftlichen oder mündlichen Vertragsabschluss unterschieden.

Non-Suizid-Vertrag (NSV)
 Krisen-Reaktionsplan-Plan (KRP)
 Commitment to Treatment
 Anderes

Welche Bestandteile enthält der Vertrag/die Selbstverpflichtung?
Wählen Sie bitte eine oder mehrere der nachfolgenden Optionen aus.
Hinweis: Ein schriftlicher oder mündlicher Abschluss des*r Vertrags/Selbstverpflichtungserklärung wird nachstehend separat abgefragt.

Selbstverpflichtungserklärung
 Beratungsziele
 Signaturzeile Berater*in
 Vorgehen im Notfall
 positiver Beratungsverlauf (falls vorhanden)
 Gründe zum Weiterleben
 Signaturzeile Klient*in
 Notfallkontakte
 Sonstiges:

Sind ergänzende Hinweise zur Verwendung des Vertrags oder der Selbstverpflichtung im QM hinterlegt?
Bitte antworten Sie anhand der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

Ja Nein Ich weiß es nicht.

Welche Form des Abschlusses von Verträgen oder Selbstverpflichtungen wird im Qualitätsmanagement empfohlen?
Bitte wählen Sie eine der nachfolgenden Optionen aus.

schriftlich mündlich beides Es ist kein Hinweis hinterlegt.

S19: Feedback


95%

Gibt es noch etwas, dass Sie zu den Themen Suizidalität, Suizidprävention oder generell zu dieser Umfrage rückmelden möchten?
Nutzen Sie bitte das nachstehende Textfeld, um abschließende Gedanken zu äußern.



100%

Ich bedanke mich nochmals herzlich für Ihre Zeit und Unterstützung!

10. Liste der ausgewählten Beratungsstellen

ABRIGADO
Aktive Suchthilfe
Ambulantes Beratungszentrum Süderelbe
Beratungszentrum Hamburg Ost (ehemals Brücke)
Deaf Sucht Hilfe
Drob Inn
Frauenperspektiven
IGLU
KODROBS Altona
KODROBS Bergedorf
KODROBS Eimsbüttel
KODROBS Haftanstalten
KODROBS Wilhelmsburg
Lukas Suchthilfezentrum
M.A.T. & Seehaus Harburg
MAEX
Park-In
Ragazza
SEEHAUS
Stay Alive
STZ Barmbek
STZ Harburg
STZ Hummelsbüttel
Sucht und Wendepunkt
Suchtberatungsstelle Böckmannstrasse
Suchthilfezentrum – Die BOJE
Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld
Viva Wandsbek
Waage e.V.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 24.11.2022

Julia Blaczejewski