

Handlungsleitfaden Suizidalität

im Jugendhilfeverbund Theresien Kinder- und Jugendhilfezentrum und
St. Josephshaus e.V. mit seinen vier Töchtern:

St. Josephshaus Kinder- und Jugendhilfezentrum gGmbH,

St. Pirmin Kinder- und Jugendhilfe Odenwald gGmbH,

Theresien Kinder- und Jugendhilfezentrum Offenbach gGmbH und

Theresien Kinder- und Jugendhilfe Kreis Offenbach gGmbH



Theresien Kinder- und
Jugendhilfezentrum
und St. Josephshaus e.V.

STAND 31.03.2026

Inhalt

1. SUIZIDALITÄT	3
1.1. Definition	3
1.2. Behandlung mit Psychopharmaka	4
1.3. Suizidalität im Kindesalter	4
1.4. Rechtliche Aspekte	4
2. UNTERSCHIEDUNG ZWISCHEN LATENTER UND AKUTER SUIZIDALER KRISE	6
3. ANZEICHEN FÜR EINE PSYCHOSOZIALE KRISE ODER MÖGLICHE SUIZIDALITÄT	7
3.1. Risikofaktoren	7
3.2. Anzeichen einer psychosozialen Krise	8
3.3. Besondere Anzeichen	9
3.4. Kritisch wird es	10
4. GESPRÄCHSLEITFADEN ZUR ABKLÄRUNG SUIZIDALER KRISEN	11
4.1. Ziele des Gesprächs	11
4.2. Vor dem Gespräch	11
4.3. Im Gespräch	11
4.4. Anwendungshinweise zum Gesprächsleitfaden	12
4.5. Anwendungshinweise zum Lebensvertrag/Notfallplan	12
4.6. Nach dem Gespräch	13

ANLAGEN

14

1.	Ablauf Verdacht auf eine suizidale Krise	14
2.	Gesprächsleitfaden Suizidalität	16
3.	Lebensvertrag	20
4.	Notfallplan Jugendliche	22
5.	Gesprächsleitfaden jüngere Kinder	25
6.	Notfallplan jüngere Kinder	31

1. Suizidalität

1.1. Definition

Der Begriff Suizidalität umfasst den gesamten Bereich Suizidgedanken, Suizidankündigungen, Suizidpläne und Suizidversuche.

Als **Suizidgedanken** werden Gedanken beschrieben, das eigene Leben durch eigenes Handeln zu beenden. Ein **Suizidplan** liegt dann vor, wenn eine konkrete Methode formuliert wird, mittels derer das Individuum plant, aus dem Leben zu treten (Nock et al., 2008). Die Unterscheidung zwischen Suizidgedanken und Suizidplänen ist von klinischer Relevanz, da von Jugendlichen mit Suizidgedanken jene, die auch Suizidpläne beschreiben, dreimal häufiger einen Suizidversuch unternehmen (Nock et al., 2013).

Als **Suizidversuch** wird jede selbstinitiierte Verhaltenssequenz eines Individuums beschrieben, welches zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns erwartet, dass die getroffenen Maßnahmen zum Tode führen werden. Als Zeitpunkt des Beginns der Verhaltensweise wird jener Zeitpunkt gewählt, zu dem ein Verhalten initiiert wurde, das die Anwendung der Suizidmethode beinhaltet (APA, 2013). Das heißt, dass alle Handlungen, die mit dem Ziel unternommen werden, damit aus dem Leben zu scheiden, und die nicht tödlich enden, als Suizidversuch verstanden werden.

Unter **Suizid** versteht man die von einer Person willentlich und im Bewusstsein der Irreversibilität des Todes selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens.

Unter **akuter Suizidalität** versteht man das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängenden Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung und zur Verfügung stehender Mittel.

Unter **chronischer Suizidalität** versteht man kontinuierlich vorhandene Suizidgedanken mit oder ohne Suizidversuch(en). Als Suiziddrohungen werden verbale Äußerungen oder Handlungen beschrieben, bei denen suizidales Verhalten angekündigt wird, ohne dass die Intention besteht, dies auch durch einen Handlungsimpuls in die Tat umzusetzen (Nock, 2010). In den letzten Jahren hat sich vor allem die Beachtung des Vorliegens oder der Abwesenheit einer suizidalen Intention in der Klassifikation durchgesetzt (vgl. hier Nock, 2010; Silverman et al., 2007; Posner et al., 2007). Daneben wird von Silverman et al. (2007) sowie von Posner et al. (2007) darauf hingewiesen, dass es eine Restgruppe gibt, bei der die suizidale Intention unklar bleibt.

Ob eine suizidale Intention vorliegt, bleibt eine klinische Entscheidung, die durch psychiatrisches Fachpersonal in der Exploration mit dem betroffenen Klienten getroffen wird.

1.2. Behandlung mit Psychopharmaka

Die Behandlung mit Antidepressiva sollte bei Kindern und Jugendlichen mit suizidalem Verhalten vor allem am Anfang gut beobachtet werden. Je nach Medikation kann die antriebssteigernde Wirkung vor der stimmungsaufhellenden Wirkung auftreten, wodurch zu Beginn ein erhöhtes Suizidrisiko bestehen kann und dies bei der Verordnung mit dem Facharzt besprochen werden sollte. Spricht dies der Facharzt nicht von sich aus an, sollte seine Einschätzung hierzu im individuellen Fall erfragt werden.

1.3. Suizidalität im Kindesalter

Beim Gespräch mit jüngeren Kindern ist zu beachten, dass Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr den Tod noch nicht als etwas Endgültiges begreifen, sondern diesen eher als vorübergehende Trennung wahrnehmen. Ab dem 6. Lebensjahr entwickeln Kinder zunehmend ein Verständnis für die Endgültigkeit des Todes. Das Verständnis von Universalität und Allgemeingültigkeit des Todes entwickeln Kinder erst ab dem 12. Lebensjahr. Ab dem 12. Lebensjahr kommt es dann zu einem steilen Anstieg des suizidalen Erlebens und Verhaltens.

Informationen und Statistiken zu Suizidalität im Kindesalter beziehen sich meist auf die Altersgruppe ab 10 Jahren. Dies ist damit begründet, dass Suizide im Alter von unter 10 Jahren extrem selten vorkommen. Da wir in der Jugendhilfe jedoch mit einer Risikogruppe arbeiten, sollte das Thema auch in der Arbeit mit jüngeren Kindern beachtet werden.

Kinder können entweder durch Aussagen oder Handlungen der Eltern schon früh mit dem Thema Suizidalität in Kontakt kommen und haben daher vielleicht ein anderes Wissen oder eine andere Vorstellung vom Thema Tod/Suizid als Gleichaltrige. Ob und/oder wie ein Kind mit dem Thema im familiären Umfeld konfrontiert wurde, sollte bei Anhaltspunkten eruiert werden.

Äußern junge Kinder den Wunsch nicht mehr da sein zu wollen, ist dies in jedem Fall ernst zu nehmen. Solche oder ähnliche Aussagen sind Ausdruck einer hohen inneren Not. Im Gespräch sollte dann erfasst werden, was diese Not ausgelöst hat und was hilfreiche Strategien zum Umgang sein können. Ob die Äußerungen aufgrund einer suizidalen Intention getroffen wurden, muss je jünger das Kind umso feinfühler eruiert werden.

1.4. Rechtliche Aspekte

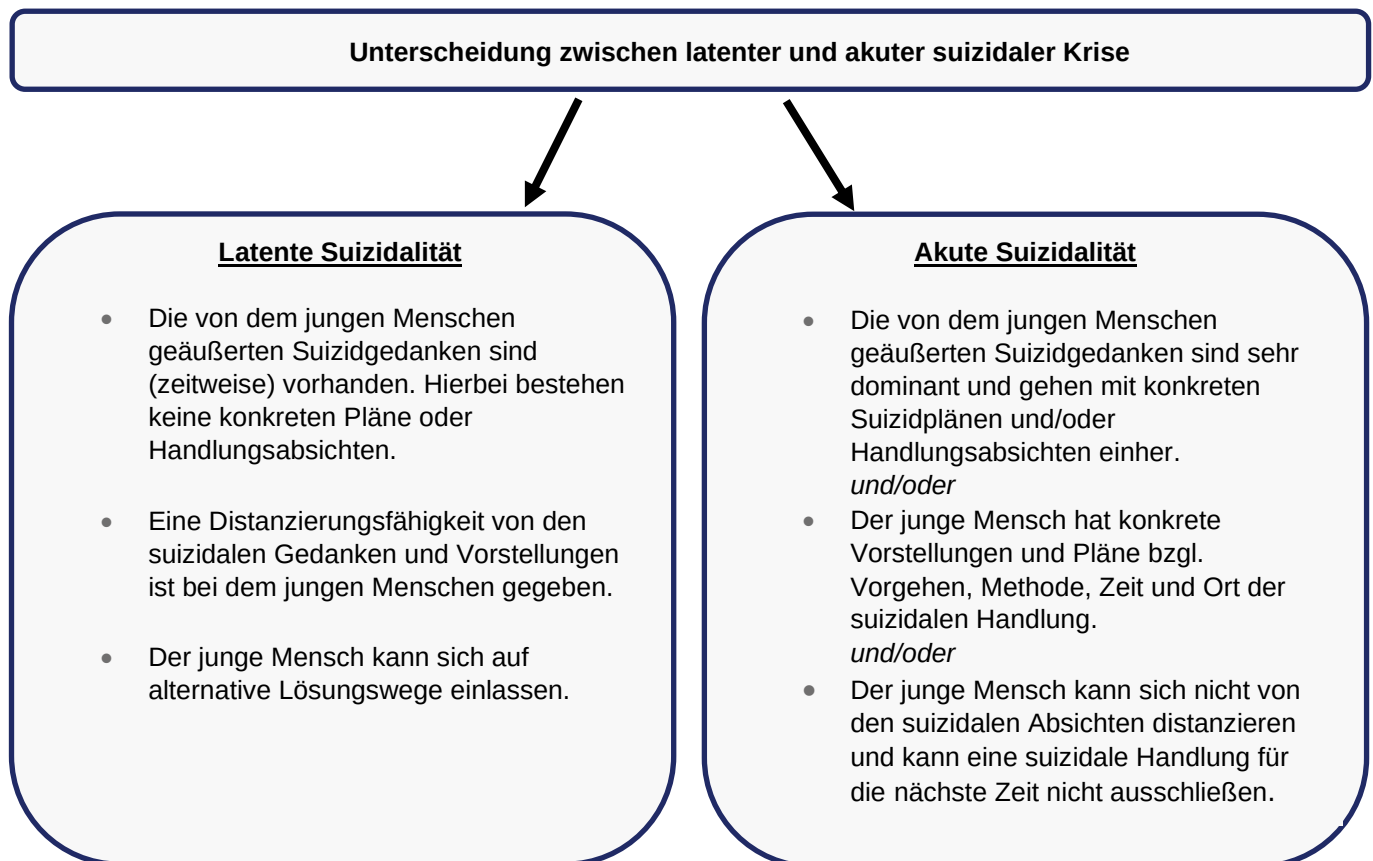
Während einer akuten suizidalen Krisensituation behält die pädagogische Fachkraft die Aufsichtspflicht anlehnend und in Abhängigkeit von Alter, Entwicklungsstand und Auftrag. Sie bindet die fachlich verantwortlichen Personen (Arzt, Polizei) mit ein, um eine akute Gefährdung des Kindes zu vermeiden.

Lassen sie einen akut gefährdeten jungen Menschen nicht alleine.

Bei einer akuten Klinikeinweisung werden so schnell wie möglich die sorgeberechtigten Personen (Eltern/Vormund) informiert. Die Klinik setzt sich ebenso mit diesen in Verbindung, um deren Einverständnis einzuholen.

Bei einer freiheitsentziehenden stationären Behandlung benötigt es die Zustimmung des ortszuständigen Familiengerichtes.

2. Unterscheidung zwischen latenter und akuter suizidaler Krise



Die Übergänge zwischen latenter und akuter Suizidalität sind fließend und eine eindeutige Zuordnung ist nicht immer möglich. Je systematischer und konkreter die suizidalen Gedanken und Pläne sind, je weniger Alternativen erwogen werden, umso akuter ist die Suizidalität einzuschätzen, umso dringlicher und wichtiger werden die Hilfen.

Zur weiteren (notwendigen) Einschätzung und Abklärung der suizidalen Äußerungen greifen die Handlungsschritte bei Verdacht auf Suizidale Krise (siehe Kriseninterventionsplan).

3. Anzeichen für eine psychosoziale Krise oder mögliche Suizidalität

3.1. Risikofaktoren

Im Folgenden sind allgemeine Risikofaktoren aufgeführt, die in Zusammenhang mit Suizid relevant sind.

Risikofaktoren für Suizide (allgemein)

- fehlende soziale Unterstützung, soziale Isolation
- Beziehungskonflikte, Streitigkeiten, Verlusterfahrungen
- Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte
- Suizidgedanken
- Suizide/Suizidversuche im Familien- oder Freundeskreis
- psychische Erkrankungen
- Alkoholmissbrauch
- niedriger sozioökonomischer Status
- Hoffnungslosigkeit
- chronische Schmerzen
- Zugriff auf letale Mittel
- männliches Geschlecht

Spezifische Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen

- Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte
- nicht-suizidale Selbstverletzung
- Mobbing
- psychische Erkrankungen (vor allem depressive und bipolare Störungen, psychotische Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen, ADHS, Angststörungen, Störung des Sozialverhaltens, sexuelle Identitätsstörungen)
- Suizide/Suizidversuche im Familien- oder Freundeskreis
- Streitigkeiten
- Scheidung oder Trennung der Eltern
- Verlust eines Elternteils
- Vorgeschichte sexuellen Missbrauchs/sexualisierte Gewalt
- Schulleistungsprobleme
- organische chronische Erkrankungen und körperliche Behinderungen
- Suizidmodelle (Musik, Film, Social Media)

Anzeichen für eine psychosoziale Krise oder mögliche Suizidalität

Risikofaktoren für den Übergang von Suizidgedanken zu suizidalem Verhalten

- nicht-suizidale Selbstverletzung
- Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte
- Suizidfantasien
- Suizide/Suizidversuche im Familien- oder Freundeskreis
- Impulsivität
- Substanzkonsum
- Zugriff auf letale Mittel
- Furchtlosigkeit vor Tod/Sterben

Warnzeichen einer akuten suizidalen Krise

- Übererregungssymptome (Agitiertheit, Schlafstörungen, Alpträume, Reizbarkeit)
- Eindruck des Gefangenseins (entrapment)
- Verlust kognitiver Kontrolle (pervasives Grübeln)
- schwerwiegende affektive Symptome (emotionaler Schmerz, Panik, rasche Stimmungswechsel, Dissoziation)
- soziale Entfremdung (Rückzug, Abscheu vor anderen, Eindruck, eine Last zu sein)
- Selbstentfremdung (Selbsthass)
- Hoffnungslosigkeit
- drastische Zunahme der Suizidabsicht

Protektiv- und Resilienzfaktoren

- soziale Unterstützung und Zugehörigkeit
- familiäre Bindung
- Religiosität
- Selbstwirksamkeit, Selbstwert
- positive mentale Gesundheit
- positiver Attributionsstil

3.2. Anzeichen einer psychosozialen Krise

Die folgenden Punkte können Hinweise auf eine mögliche Suizidalität sein und sollten Anlass dafür sein mit dem jungen Menschen ins Gespräch zu gehen. Selbstverständlich können sie auch Anzeichen für andere psychosoziale Krisen darstellen, die mit einem Unterstützungsbedarf einhergehen. Das Gespräch sollte sich daher zunächst auf die wahrgenommenen Punkte konzentrieren und erst bei Anhaltspunkten das Thema Suizidalität aufgegriffen werden.

- Leistungseinbruch, Abfall von Konzentration und Motivation, Übererregung
- Sozialer Rückzug
- Eindruck des Gefangenseins
- Anhaltendes Grübeln

Anzeichen für eine psychosoziale Krise oder mögliche Suizidalität

- Eindruck, eine Last zu sein; Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten, aber innerlich abwesend und nicht mehr im Kontakt
- Gleichgültigkeit, Traurigkeit, Verlust an Freude, Hoffnungslosigkeit
- Vernachlässigung von Interessen, Hobbys und Aktivitäten, die vorher Spaß gemacht haben
- Schuldgefühle, Versagensängste
- Energielosigkeit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit
- Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch
- Exzessiver Konsum von Computerspielen
- Schulvermeidung
- Psychosomatische Beschwerden
- Schläft kaum noch oder sehr viel
- Gewichtszunahme oder -abnahme
- Auffällige Persönlichkeitsveränderung

3.3. Besondere Anzeichen

- Indirekte verbale Äußerungen über Suizidgedanken, -vorstellungen- oder -absichten (z.B. „ich kann nicht mehr...“, „am liebsten wäre ich tot...“, „ich weiß nicht mehr weiter...“, „ich schaffe es nicht mehr...“)
- Schriftliche oder symbolische Äußerungen (z.B. Abschiedsbriefe, Nachrichten oder Bilder in sozialen Medien, Aufsätze, Verschenken lieb gewonnener Gegenstände)
- Gerüchte und Berichte, die von Mitschüler*innen geäußert werden
- Selbstgefährdendes Verhalten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, riskantes Verhalten, provozierte Unfälle etc.)

Je nach Alter und Entwicklung können die Warnsignale unterschiedlich ausgeprägt sein. Ein einzelner Punkt bedeutet nicht zwangsläufig das Vorliegen einer psychosozialen Krise oder Suizidalität.

Dennoch ist es wichtig, die betroffenen jungen Menschen zu beobachten, sich mit anderen auszutauschen und mit dem jungen Menschen ins Gespräch zu gehen.

Die Grenzen zwischen normaler und problematischer Entwicklung sind fließend. Viele Warnsignale einer depressiven Verstimmung sind beispielsweise auch Bestandteile normaler jugendlicher Entwicklung: zu Tode betrübt, gereizt, verschlossen, gelangweilt oder grüblerisch, oft mit sich und der Welt unzufrieden.

Anzeichen für eine psychosoziale Krise oder mögliche Suizidalität

3.4. Kritisch wird es

- wenn mehrere Warnsignale gleichzeitig oder einzelne besonders stark auftreten oder wenn verschiedene Warnsignale über einen längeren Zeitraum ohne Unterbrechung auftreten.
- wenn sich die Warnsignale in verschiedenen Lebenssituationen zeigen (Familie, Schule/Arbeitsplatz, Freizeit).
- wenn die Warnsignale nicht erklärbar sind, z. B. als vorübergehende Reaktion auf eine speziell belastende Situation.
- wenn der Alltag wegen der auftretenden Warnsignale nur noch mit Mühe oder überhaupt nicht mehr bewältigt werden kann.

4. Gesprächsleitfaden zur Abklärung suizidaler Krisen

Bei Vermutung auf Suizidalität sprechen Sie diese aktiv an.

4.1. Ziele des Gesprächs

- Abklärung, ob suizidale Gedanken und/oder Vorstellungen und/oder Absichten vorliegen
- Das Treffen einer ersten Einschätzung der Situation in Bezug auf latente oder akute Suizidalität, mit dem Ziel, die Notwendigkeit der psychiatrischen Vorstellung zu klären
WICHTIG: Sollten Zweifel z.B. bezüglich der Absprachefähigkeit eines jungen Menschen bestehen, sollte immer eine psychiatrische Fachkraft die Einschätzung zur Suizidalität treffen
- Krisenintervention
- mit dem jungen Menschen in Kontakt bleiben – ggf. weiteres Personal hinzuziehen, um die Aufsichtspflicht für alle zu wahren

Hilfe leisten geht immer vor!

Bei akuten suizidalen Absichten oder Handlungen muss umgehend der Rettungsdienst und/oder die Polizei informiert werden.

4.2. Vor dem Gespräch

- Zeigen Sie eine ruhige und besonnene Haltung bei der Eruiierung der Problematik des jungen Menschen.
- Verwenden Sie den strukturierten Gesprächsleitfaden und dokumentieren Sie kurz und knapp.
- Schaffen sie eine gute Gesprächsatmosphäre und achten sie darauf, möglichst ungestört und mit ausreichend Zeit in das Gespräch zu gehen.
- Schauen Sie sich den Gesprächsleitfaden vor dem Gespräch nochmals an. Achten Sie auch auf die Übersicht der zu beachtenden Punkte und die Reihenfolge dieser. Dies dient dazu, dass Sie sich handlungssicherer im Gespräch fühlen und somit zu einer klareren Einschätzung der Situation gelangen können.

4.3. Im Gespräch

- Versprechen Sie keine Verschwiegenheit.
- Bauen Sie eine Beziehung zum jungen Menschen auf bzw. bleiben Sie in Beziehung und Kontakt zum jungen Menschen.
- Seien Sie aufmerksam und nehmen Sie den jungen Menschen in seiner Problematik ernst.
- Äußern Sie Ihre Sorgen und Ihren Wunsch zu helfen.

Gesprächsleitfaden zur Abklärung suizidaler Krisen

- Führen Sie keine Sinndiskussion über Richtig und Falsch.
- Sprechen Sie Suizidalität direkt und konkret an („Hast Du schon einmal darüber nachgedacht, Dich selbst zu töten?“), da dies häufig sehr schambehaftet ist.

Das Reden über Suizidalität verstärkt diese nicht und ruft diese nicht hervor.

4.4. Anwendungshinweise zum Gesprächsleitfaden

- Der Gesprächsleitfaden soll Sie dabei unterstützen, alle relevanten Aspekte zu erfragen anhand derer Sie einschätzen können, ob eine akute Suizidalität vorliegt. Diese würde zu einer direkten Vorstellung in einer psychiatrischen Fachklinik führen.
- Die Anwendung soll nicht dazu führen, dass das Gespräch einen Interviewcharakter hat. Daher ist es wichtig, dass Sie sich mit dem Inhalt vertraut machen.
- Die Abfolge der Fragen ist bewusst gewählt und folgt einer Steigerung (Gedanken, Häufigkeit, Pläne, Stand der Umsetzung der Pläne, Fähigkeit sich zu distanzieren). Es ist wichtig, dass Sie diese Reihenfolge einhalten und sensibel vorgehen. Dies bedeutet, dass nicht vertieft nachgefragt wird, wenn verneint wird, dass es Pläne gibt.

4.5. Anwendungshinweise zum Lebensvertrag/Notfallplan

- Der Lebensvertrag ist kein rechtliches Dokument.
- Es handelt sich um eine individuelle Absprache zwischen Ihnen und dem jungen Menschen, welche durch die schriftliche Form konkret ausformuliert und in einer verbindlicheren Form festgehalten wird.
- Wichtig für die Anwendung ist die Beziehung zum jungen Menschen. Eine gute Beziehung hilft dabei, einzuschätzen, ob es sich um eine glaubhafte Distanzierung sowie die glaubhafte Zusage handelt, bis zum Punkt x von suizidalen Handlungen abzusehen bzw. sich Hilfe zu holen, sollte ihm dies nicht selbst gelingen.
- Bei impulsiven Jugendlichen ist der Lebensvertrag oft wenig tragend, da diese in ihrer Zusage aufgrund der Impulsivität nicht konstant sind.
- Beim Notfallplan geht es zum einen darum kritische Momente zu eruieren, aber ebenso darum Ressourcen und Hilfestellungen festzuhalten. Darüber hinaus werden hilfreiche Schritte, die in einer Krise angewandt werden schriftlich festgehalten. Dies kann dem jungen Menschen in einer Krise auch als Erinnerung dienen, welche Skills er nutzen bzw. an wen er sich wenden kann.
- Die angefügten Notfallpläne können als Druck genutzt werden oder als Vorlage für einen individuell erstellten Plan dienen.

4.6. Nach dem Gespräch

- Lassen Sie einen akut gefährdeten jungen Menschen nicht alleine.
- Ziehen Sie die Bereichs-/Schulleitung oder Rufbereitschaft hinzu, um die weiteren Schritte abzusprechen.
- Ziehen Sie ggf. direkt den Rettungsdienst hinzu.
- Dokumentieren Sie das Gespräch, sobald die Situation geklärt ist - möglichst wortgetreu.
- Wenn der junge Mensch auf der Gruppe verbleibt – schließen Sie einen Lebensvertrag ab.
- Wenn der junge Mensch auf der Gruppe verbleibt und weiterhin gut im Kontakt ist, können weitere Risikofaktoren mit diesen angesprochen werden. Dies kann z.B. Alkohol oder Drogenkonsum, impulsives Verhalten, was wäre bei einer Veränderung der Situation, etc.
- Der junge Mensch sollte engmaschig weiter betreut werden z.B. durch die individuelle Absprache sich in bestimmten Zeitabständen (Bsp. alle halbe Stunde) bei den Pädagog*innen zu melden.
- Reflektieren Sie im Weiteren das Gespräch/die Situation mit ihrem Vorgesetzten sowie ihrem Team.
- Im Gespräch zwischen pädagogischer Fachkraft/Gruppenleitung und Bereichs-/Schulleitung wird abgesprochen, wer in der Folge die relevanten Personen informiert (Sorgeberechtigte, das Jugendamt, das Helfersystem, die Heimaufsicht, etc.)

Anlagen

1. Ablauf Verdacht auf eine suizidale Krise



Verdacht auf eine suizidale Krise

- (indirekte) verbale Äußerungen (Lebensüberdruß, Todeswünsche, Impulse, etc.)
- schriftliche oder symbolische Äußerungen (Abschiedsbriefe, Pläne, etc.)
- selbstgefährdendes Verhalten (selbstverletzendes Verhalten, riskantes Verhalten)
- Gerüchte/Berichte von anderen Personen

Ich bewahre Ruhe und spreche das Thema Suizidalität an

- Schaffung eines verlässlichen und vertrauensvollen Gesprächsrahmens
- Stabilisierung des jungen Menschen/Krisenintervention
- Einschätzung mithilfe des Gesprächsleitfadens
- Wahrung der Aufsichtspflicht
- Abstimmung mit Bereichsleitung oder Rufbereitschaft über das weitere Vorgehen

bei akuter Suizidalität:

- Hinzuziehen von RTW/ Polizei
- Vorstellung in der KJP mit dem Ziel der stationären Aufnahme
- Aufsichtspflicht jederzeit wahren

bei keiner akuten Suizidalität:

- verbindliche Absprachen mit dem jungen Menschen
- Non-Suizid-Vertrag/ Notfallplan
- Weitergabe der Informationen an Kolleg*innen und GL
- Krisentermin bei Psychiater*in/Therapeut*in

In Abstimmung mit der Bereichsleitung wird informiert:

- Einrichtungsleitung
- Sorgeberechtigte*n/Vormund/Vormündin
- Helfer*innensystem
- Meldung „besondere Vorkommnisse“ § 47 SGB VIII

- Ausführliche Dokumentation der Situation, des Gesprächs und der Absprachen
- Aufarbeitung im Team/Reflektionsgespräch
- Reflektionsgespräch mit dem*der diensthabenden Pädagogen*in, der*dem Anhaltspunkte für Suizidalität aufgefallen sind, durch GL/BL

2. Gesprächsleitfaden Suizidalität



Dieser Gesprächsleitfaden dient ausdrücklich zur Orientierung für pädagogisches Fachpersonal, keinesfalls ersetzt er die Suizidalitätsprüfung durch ausgewiesenes Fachpersonal. Er dient als Grundlage für weitere Absprachen mit der Bereichs-/ Schulleitung oder Rufbereitschaft.

Junger Mensch:

Pädagog*in :

Datum/Uhrzeit:

Gesprächsleitfaden Suizidalität

1) Gesprächsanlass

Gesprächseinstieg: Benennung des Gesprächsanlasses (z.B. Beobachtungen, Berichte, ...)

Gab es in der letzten Zeit kritische Lebensereignisse, welche Dich beschäftigen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Ggf. Beschreibung:

2) Suizidalität

Mit all den Schwierigkeiten, mit denen du gerade konfrontiert bist, frage ich mich, ob du manchmal denkst, dass es besser wäre, nicht mehr da zu sein. Wie ist es bei dir?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Hattest du in der Vergangenheit schon einmal den Gedanken nicht mehr leben zu wollen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Hast du in den letzten Tagen daran gedacht Dir das Leben zu nehmen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Falls ja: Wie oft treten diese Gedanken auf?

☐ Nie ☐ 1x pro Woche ☐ 2-5x pro Woche ☐ täglich

Falls vorhanden: Wie lange halten diese Gedanken üblicherweise an?

☐ einige Sekunden bis Minuten ☐ über eine halbe Stunde ☐ mehrere Stunden ☐ durchgehend

Falls vorhanden: Gab es einen besonderen Auslöser für die Gedanken?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Ggf. Beschreibung:



Hast du konkrete Pläne, dir das Leben zu nehmen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Ggf. Beschreibung:

Hattest du in der Vergangenheit schon mal den Plan/einen Versuch dir das Leben zu nehmen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Hast du schon überlegt, wie du an die Mittel zum Suizid herankommst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Hast du Zugang zu den Mitteln, die du für den Suizid benötigst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Sollte der junge Mensch Mittel zur Verfügung haben, z.B. Medikamente in seinem Zimmer, ist eine Distanzierung nur anzunehmen, wenn er diese einem Erwachsenen übergibt und somit die Möglichkeit der Umsetzung für den Moment reduziert ist.

Wie stark ist deine Absicht, deinen Todeswunsch in die Tat umzusetzen?

☐ sehr schwach ☐ schwach ☐ stark ☐ sehr stark

Falls sich konkrete Handlungsideen oder Pläne abzeichnen, sollte unbedingt Rücksprache mit der Bereichs-/Schulleitung oder Rufbereitschaft gehalten und die Vorstellung in einer psychiatrischen Fachklinik vollzogen werden.

3) Distanzierung und Ressourcen

Was hat dich bisher davon abgehalten, diesen Gedanken nachzugeben?

Gibt es Menschen, denen du dich momentan nah fühlst?

Was hast du bisher versucht, um mit deinen Suizidgedanken umzugehen?



Was würdest du von mir und uns brauchen? Wie können wir dich dabei am besten unterstützen?

Kannst du mir eine Zusage machen, dass du deinen Suizidgedanken nicht nachgibst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Ein „Ja“ stellt keinen Ersatz für den Lebensvertrag dar. Dieser sollte dennoch als Vereinbarung mit Notfallabsprachen mit dem jungen Menschen bearbeitet werden, wenn eine ausreichende Distanzierung vorliegt.

4) Ankündigung des weiteren Vorgehens (z.B. Rücksprachen, Maßnahmen, ...)

Fremdbeurteilung durch pädagogische Fachkraft	stimme nicht zu	stimme weniger zu	stimme teilweise zu	stimme überwiegen d zu	stimme voll und ganz zu
Ich nehme einen Leidensdruck bei dem jungen Menschen wahr.					
Der junge Mensch ordnet seine Suizidalität als problematisch ein.					
Der junge Mensch verletzt sich selbst.					
Der junge Mensch wirkt auf mich absprachefähig.					
Ich erlebe den jungen Menschen als glaubhaft distanziert von einem Suizidvorsatz					

Ort, Datum und Unterschrift

3. Lebensvertrag



Lebensvertrag

zwischen

junger Mensch (Name, Vorname, Geb.-Datum)

und

Gruppe (Name, Straße, Ort)

Hiermit sage ich, _____ zu, mir weder Schaden zuzufügen, noch mich in riskante Situationen zu begeben oder mir das Leben zu nehmen.

Dieser Vertrag gilt 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche und an jedem Ort bis

einschließlich _____

(Verabredung pädagogische Fachkraft mit dem jungen Menschen).

Wenn ich merke, dass es mir zunehmend schlechter geht und ich mich in aktive Gefahr begeben, schütze ich mich selbst, in dem ich:

➤ aktiv Hilfe bei der pädagogischen Fachkraft suche

➤ Individuelle Verabredung bitte einfügen:

➤ mich in Absprache mit der anwesenden pädagogischen Fachkraft freiwillig in eine psychiatrische Fachklinik einweisen lasse.

_____ (Ort), den _____

Junger Mensch

Pädagogische Fachkraft/-kräfte der Gruppe

4. Notfallplan Jugendliche



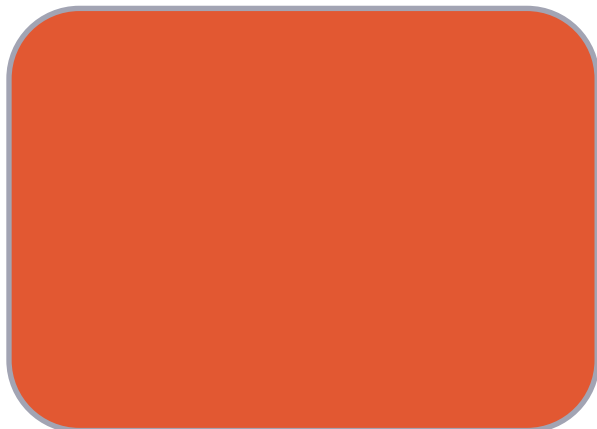
NOTFALLPLAN

Warnzeichen – gelb



Bewältigungs- / Ablenkungsstrategien, die alleine umgesetzt werden können und mir helfen

Warnzeichen – rot



Was kann ich im Notfall tun? An wen kann ich mich wenden?

-----1 1 2-----

Ich sichere zu, mich an meinen Notfallplan zu halten.

Ich verspreche mich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandeln zu lassen, falls dies notwendig sein sollte.

_____ (Ort), den _____

Junger Mensch

Pädagogische Fachkraft/-kräfte der Gruppe



Beispiele für Bewältigungs- und Ablenkungsstrategien

Diese Beispiele dienen als Anregung, jedoch ist es sehr individuell, was konkret in welcher Situation helfen und was sogar kontraindiziert sein kann. Daher muss immer individuell mit dem jungen Menschen gemeinsam überlegt werden, was als hilfreich empfunden wird. In einer Krise zeigt sich häufig eine Überforderung und Ideenlosigkeit, daher dienen die Beispiele als Inspiration.

Körperliche Betätigung

- | | |
|---|--|
| ☐ Sport machen (Joggen, Fitnessstudio) | ☐ spazieren gehen |
| ☐ Putzen, Räumen, Wäsche | |

Ablenkung durch Sinne

- | | |
|--|--|
| ☐ Kaltes (Kältekompressen, Eiswürfel im Mund) | ☐ Wechselduschen Kalt / Heiß |
| ☐ Igelbälle, Akkupressurringe, Armband, Knete | ☐ Etwas Scharfes, Saures, Süßes essen
(Schokolade, Chili-Bonbons, Center-Shocks) |
| ☐ Intensive Düfte riechen (Angenehmes, Ammoniak-Stäbchen) | |

Soziale Kontakte

- | | |
|--|--|
| ☐ Anrufe (Freund*innen, Familie, Beratungshotlines) | ☐ Brief schreiben (an mich oder andere) |
| ☐ Tiere (Tierheim oder Haustiere o.ä.) | ☐ anderen helfen (bei Bewerbungen, Ratschläge erteilen, etc.) |

Entspannen / Interessen nachgehen

- | | |
|---|--|
| ☐ (Mandalas) Malen | ☐ Nähen |
| ☐ Kochen | ☐ Geschichten schreiben |
| ☐ (Entspannungs-) Musik hören oder machen | ☐ Meditieren, Yoga |
| ☐ Serien, Videos, Filme schauen / Computerspiele | |

Sonstiges

- | | |
|--|--|
| ☐ Bedarfsmedikation | ☐ Affirmationskarten (Mut zusprechen, innere Stärke wahrnehmen) |
| ☐ ----- | ☐ ----- |
| ☐ ----- | ☐ ----- |
| ☐ ----- | ☐ ----- |

5. Gesprächsleitfaden jüngere Kinder



Dieser Gesprächsleitfaden dient ausdrücklich zur Orientierung für pädagogisches Fachpersonal, keinesfalls ersetzt er die Suizidalitätsprüfung durch ausgewiesenes Fachpersonal. Er dient als Grundlage für weitere Absprachen mit der Bereichs-/Schulleitung oder Rufbereitschaft.

Kind:

Pädagog*in:

Datum/Uhrzeit:

Gesprächsleitfaden Suizidalität für jüngere Kinder

Bei jüngeren Kindern ist es unerlässlich die eigene Sprache an die des Kindes anzupassen. Formulierungen können teilweise direkt vom Kind übernommen werden. So fühlt es sich zum einen verstanden und zum anderen verhindert man, dass durch einen anderen Wortgebrauch etwas suggeriert wird.

Es ist auf eine gute Gesprächsatmosphäre zu achten. Das Kind soll Zeit haben sich zu öffnen. Manchen Kindern hilft es, wenn es beim Gespräch etwas tun kann, z.B. malen oder auch Lego bauen. Das Gespräch soll in keinem Fall an ein Verhör erinnern oder dem Kind aufgrund des Settings den Eindruck vermitteln, dass es etwas falsch gemacht hat, indem es sich suizidal geäußert hat.

1) Gesprächsanlass

Benennen sie den Grund, warum Sie mit dem Kind zu dem Thema Suizidalität ins Gespräch gehen möchten. Wenn möglich, nutzen Sie die Sprache des Kindes, um inhaltlich einzusteigen.

Beispiele

„Beim Abendessen hast du gesagt, dass dein Leben scheiße ist.“

„Gerade meintest du, du springst bald aus dem Fenster.“

In der Folge klären Sie, ob es in der letzten Zeit kritische Lebensereignisse gab. Dabei soll zunächst offen gefragt werden und nur konkreter nach bestimmten Settings (Familie, Schule, Sport, ...) oder Herausforderungen (Mobbing, Leistungsdruck, Streit, ...) wenn es dem Kind schwer fällt die Frage zu beantworten.

Beispiele:

- „War in letzter Zeit etwas blöd?“
- „Gab es Ärger mit anderen Kindern oder in der Schule?“
- „Was ist scheiße an deinem Leben?“ (Äußerung des Kindes aufgreifen)?

Neben den Ereignissen können auch die Gefühle differenzierter erfragt werden. Auch hier zunächst allgemein erfragen, wie die Stimmung/Gefühle gerade sind. Wenn es dem Kind schwerfällt, kann direkter nach Gefühlen (Wut, Trauer, Hoffnungslosigkeit, ...) gefragt werden. Zur Unterstützung kann das Arbeitsblatt „Gefühlsgesichter“ im Anhang genutzt werden.

Beispiele:

Welche Gefühle hast du gerade?

Macht dich etwas wütend/traurig?

Dann konkretisieren – wenn z.B. Wut genannt wird – Was macht dich wütend?



2) Suizidalität

Im Folgenden wird das Thema konkreter aufgegriffen. Dies sollte nur geschehen, wenn es Anlass dazu gibt und die Einschätzung besteht, dass das Kind eine Idee vom Ende des Lebens hat. Sollte sich in den vorangegangenen Fragen herausgestellt haben, dass es sich eher um sonstige Belastungen oder Frustration handelt, kann ab hier bereits mit dem Notfallplan gearbeitet werden.

Ebenso ist zu beachten, dass die folgenden Fragen bei sehr jungen Kindern überfordernd sein können. Sie sollten daher mit Bedacht genutzt werden und der Fachkraft inhaltlich vertraut sein, damit sie an das Kind angepasst werden können.

Die Belastungen des Kindes werden im Folgenden aufgegriffen und konkretisiert, wie stark diese ausgeprägt sind.

Wenn alles so blöd/schwierig/herausfordernd ist, möchte man manchmal gar nicht mehr da sein. Wie ist das bei dir?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Hattest du schon mal den Gedanken gehabt, dass alles so belastend/viel/anstrengend ist, dass du nicht mehr da sein möchtest/tot sein möchtest? Wie sehen diese Gedanken aus? Oder

Hast du dir in Tagträumen oder in deiner Fantasie vorgestellt, dir das Leben zu nehmen? Falls ja, wie sah deine Vorstellung aus?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Wird die Frage verneint, sollte der Gesprächsanlass aufgegriffen werden und geklärt werden, ob das Kind einschätzen kann, was es bedeutet z.B. aus dem Fenster zu springen.

Nur wenn die Frage zuvor mit JA beantwortet wurde den Fragebogen hier fortsetzen:

Die Gedanken werden zeitlich eingegrenzt. Hast du das in den letzten Tagen mal gedacht?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Falls ja, Häufigkeit erfassen: Wie oft hast du die Gedanken?

☐ 1x pro Woche oder seltener ☐ mehrmals pro Woche (3-5x) ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich

Dauer erfassen: Wie lange dauern diese Gedanken normalerweise an? (ab Grundschulalter)

☐ einige Sekunden bis Minuten ☐ über eine halbe Stunde ☐ mehrere Stunden ☐ durchgehend

Pläne:

Nach Plänen nur fragen, wenn z.B. bereits etwas Konkretes als Methode genannt wurde (aus dem Fenster springen) oder es, z.B. aufgrund sehr drängender Gedanken, Anhaltspunkte gibt, dass bereits Pläne gemacht wurden.

Wenn etwas benannt wurde, dies aufgreifen, z.B.: „Wenn du aus dem Fenster springen möchtest, warst du schon mal kurz davor, das zu tun?“

Wenn nicht, nach Plänen sensibel erfragen, z.B.: „Hast du schon mal überlegt, was du machen würdest, um nicht mehr am Leben zu sein?“

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

Ggf. Beschreibung:



Denkst du, es könnte in den nächsten Stunden oder Tagen (altersabhängig) sein, dass du etwas tust was dein Leben beenden könnte? (es kann als Antwort auch eine Skalierung z.B. 1-10 benutzt werden)

☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht ☐ weiß nicht

Falls sich konkrete Handlungsideen oder Pläne abzeichnen, sollte unbedingt Rücksprache mit der Bereichs-/Schulleitung oder Rufbereitschaft gehalten und die Vorstellung in einer psychiatrischen Fachklinik vollzogen werden.

Distanzierung und Ressourcen

Gibt es etwas, das dir Spaß macht oder dich ablenkt? Gibt es Gründe, warum du leben möchtest? Gibt es etwas auf das du dich (in der nächsten Zeit) freust?

Gibt es Menschen, denen du dich aktuell nahe fühlst oder die dir besonders wichtig sind?

Gibt es etwas, was du tun kannst, wenn die Gedanken kommen? Was ist hilfreich für dich?

Kannst du mir versichern, dass du dir bis zum Zeitpunkt X (z.B. Frühstück morgen) nichts antust?
Auch hier kann der Wortgebrauch des Kindes genutzt werden. An dem vereinbarten Zeitpunkt sollte dann ein erneuter Eindruck eingeholt werden.

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Aussage

In der Folge soll mit dem Kind der Notfallplan ausgefüllt werden. Da werden nochmals Warnzeichen sowie hilfreiche Skills notiert. Des Weiteren wird das Vorgehen bei einer Krise festgehalten und vom Kind unterzeichnet.



3) Ankündigung des weiteren Vorgehens (z.B. Rücksprachen, Maßnahmen, ...)

Fremdbeurteilung durch pädagogische Fachkraft	stimme nicht zu	stimme weniger zu	stimme teilweise zu	stimme überwiegen d zu	stimme voll und ganz zu
Ich nehme einen Leidensdruck bei dem Kind wahr.					
Das Kind ordnet seine Suizidalität als problematisch ein.					
Das Kind verletzt sich selbst.					
Das Kind wirkt auf mich absprachefähig.					
Ich erlebe das Kind als glaubhaft distanziert von einem Suizidvorsatz.					

Ort, Datum und Unterschrift



6. Notfallplan jüngere Kinder



Notfallplan



Warnzeichen!!! Woran merke ich, dass es mir nicht gut geht?

Welche Gefühle habe ich in dem Moment? Welche Gedanken beschäftigen mich?



Was kann ich tun, um mich abzulenken? Was hilft mir?



Welche Personen können mich in dem Moment unterstützen? Was tut mir gut?



Wenn ich merke, dass es mir schlechter geht und ich überlege gefährliche Dinge zu tun, helfe ich mir indem

➤ ich mir Hilfe bei einem/einer Erwachsenen aus der Gruppe suche.

➤ Individuelle Verabredung bitte einfügen:

➤ Ich verspreche mich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandeln zu lassen, falls dies notwendig sein sollte.

Ich beachte meinen Notfallplan und bin dazu mit den Pädagog*innen im Austausch.

_____ (Ort), den _____

Kind

Pädagogische Fachkraft/-kräfte der Gruppe