

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang **Sozialarbeit**

Kurs TZ 2014-2019

Daniela Käslin

**Suizidale Jugendliche in der freiwilligen Jugendberatung
- mögliche Interventionen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomantinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand dieser Bachelorarbeit sind suizidale Jugendliche zwischen zwölf bis 18 Jahren, welche freiwillige Beratungsangebote aufsuchen. Aufgrund unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben sowie diverser Risikofaktoren unterliegen Jugendliche einem besonders hohen Suizidrisiko. Einige suchen in diesem Zusammenhang freiwillige, psychosoziale Beratungsstellen auf. Aufgabe von Sozialarbeitenden ist es, die Suizidalität der Jugendlichen einzuschätzen und angemessene Interventionen einzuleiten. Für Sozialarbeitende in genannten Tätigkeitsfeldern ergeben sich durch die Minderjährigkeit der Klientel und die damit verbundenen Rechte und berufsethischen Aspekte unterschiedliche Spannungsfelder. Diese beeinflussen die Planung und Durchführung angemessener Interventionen. Im Folgenden wird dargelegt, wie diese Spannungsfelder in der Praxis berücksichtigt und gelöst werden können und welche Interventionen sich unter Berücksichtigung der Rechte, Pflichten und berufsethischen Aspekte ergeben.

Die Autorin ist zum Ergebnis gekommen, dass Interventionen aufgrund einer differenzierten Einschätzung der Suizidalität eingeleitet werden müssen. Bei den Interventionen muss dem Dilemma von Übernahme von Fürsorge durch Sozialarbeitende und der Autonomie der Klientel Rechnung getragen werden. Für Sozialarbeitende ist es von grosser Bedeutung, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen und therapeutischen Fachpersonen gepflegt und das Netzwerk in der Begleitung suizidaler Jugendlicher gegebenenfalls aktiviert wird. Ebenfalls unumgänglich ist der Einbezug der Eltern. Wie dieser gestaltet wird und wann der richtige Zeitpunkt zum Einbezug ist, ist individuell zu entscheiden.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT DER SCHULLEITUNG.....	II
ABSTRACT.....	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VII
TABELLENVERZEICHNIS	VII
1 EINLEITUNG	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Motivation.....	2
1.4 Berufsrelevanz und Adressatenschaft.....	3
1.5 Zielsetzung der Arbeit und Abgrenzung	4
1.6 Aufbau der Arbeit.....	4
2 SUIZIDALITÄT VON JUGENDLICHEN.....	6
2.1 Jugendalter.....	6
2.1.1 Entwicklungsaufgaben.....	6
2.1.2 Autonomieentwicklung	7
2.2 Suizidalität.....	9
2.2.1 Begrifflichkeiten.....	9
2.2.2 Suizidmethoden.....	10
2.3 Risiko- und Schutzfaktoren	11
2.3.1 Risikofaktoren.....	11
2.3.2 Schutzfaktoren.....	16
2.4 Unterschiedliche Erklärungsmodelle und Theorien für Suizidalität	17
2.4.1 Krankheits- und Krisenmodell	17
2.4.2 Soziologische Perspektive.....	18

2.4.3	Medizinisch-psychiatrische Perspektive	19
2.4.4	Lerntheoretische Perspektive	20
2.4.5	Stresstheoretische Perspektive	21
2.5	Suizidales Verhalten von Jugendlichen	21
2.6	Schlussfolgerungen und Beantwortung Unterfrage 1.....	22
3	RECHTE, PFLICHTEN UND BERUFSETHIK.....	24
3.1	Auftrag der Institution	25
3.1.1	Gesetzliche Grundlage freiwilliger Jugendberatung	25
3.1.2	Leistungen der Jugend- und Familienberatungsstelle Contact	26
3.2	Fachpersonen der Sozialarbeit.....	27
3.2.1	Berufsethische Aspekte Sozialer Arbeit.....	28
3.2.2	Rechte und Pflichten von Sozialarbeitenden.....	29
3.3	Klientel in der Altersgruppe von zwölf bis 18 Jahren	32
3.3.1	Definition Minderjährigkeit	32
3.3.2	Rechte und Pflichten von Jugendlichen.....	32
3.4	Eltern.....	34
3.4.1	Definition Eltern	34
3.4.2	Rechte und Pflichten von Eltern	35
3.5	Schlussfolgerungen und Beantwortung Unterfrage 2.....	37
4	EINSCHÄTZUNG VON SUIZIDALITÄT UND INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN.....	38
4.1	Möglichkeiten zur Einschätzung von Suizidalität.....	38
4.1.1	Sieben Schritte zur Einschätzung des Suizidrisikos.....	39
4.1.2	Sieben Schritte psychiatrischer Kriseninterventionen.....	42
4.2	Interventionsmöglichkeiten.....	44
4.2.1	Das handlungstheoretische normative Modell professionellen Handelns.....	44
4.2.2	Interventionsmöglichkeiten.....	46
4.3	Grenzen in der sozialarbeiterischen Praxis.....	52
4.4	Schlussfolgerungen und Beantwortung Unterfrage 3.....	54

5	UMSETZBARKEIT DER INTERVENTIONEN.....	55
5.1	Intervention mit Triage in den stationären Kontext.....	55
5.2	Intervention ohne Triage in den stationären Kontext	56
5.2.1	Feststellen der Urteilsunfähigkeit	56
5.2.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	57
5.2.3	Einbezug der Familie.....	58
5.2.4	Gefährdungsmeldung	59
5.2.5	Notfallplan	60
5.2.6	Non-Suizid-Vereinbarung	60
5.2.7	Emotionsregulierende Coping-Strategien	61
5.3	Schlussfolgerungen und Beantwortung Hauptfrage.....	62
6	SCHLUSSTEIL.....	64
6.1	Zusammenfassung.....	64
6.2	Diskussion und persönliches Fazit.....	64
6.3	Ausblick	65
7	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS.....	66
8	ANHÄNGE	72
8.1	Anhang A (nArt.314c ZGB)	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Suizide: Absolute Zahlen, Durchschnitt 2009-2013	1
Abbildung 2 Suizidmethoden männliche Jugendliche.....	11
Abbildung 3 Suizidmethoden weibliche Jugendliche	11
Abbildung 4 Stadien der suizidalen Entwicklungen	20
Abbildung 5 Rechtliche Beziehung zwischen Institution, Klientel und Sozialarbeitenden	24
Abbildung 6 Kernkompetenzen Fachpersonen Sozialer Arbeit.....	27
Abbildung 7 Mandate und Verantwortungsbereiche Sozialer Arbeit in ihrer Interdependenz.....	28
Abbildung 8 Sieben Schritte zur Einschätzung des Suizidrisikos	39
Abbildung 9 Sieben Schritte psychiatrische Krisenintervention	42
Abbildung 10 Das handlungstheoretische (normative) Modell professionellen Handelns	45
Abbildung 11 Interventionsmöglichkeiten in einer suizidalen Krise	48
Abbildung 12 Interessenabwägung.....	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	7
Tabelle 2 Autonomieentwicklung nach Lebensfeldern.....	8
Tabelle 3 Psychische Symptome mit erhöhtem Suizidrisiko	13
Tabelle 4 Protektive Faktoren	16
Tabelle 5 Drei Suizid-Typen nach Durkheim.....	18
Tabelle 6 Motive suizidaler Krisen.....	22
Tabelle 7 Leistungsarten	26
Tabelle 8 Strategien Lösungsorientierung.....	26
Tabelle 9 Einsichtsfähigkeit und Willensfähigkeit	33
Tabelle 10 Direkt erkennbare und verborgene Warnzeichen.....	40

1 Einleitung

Im ersten Kapitel wird in das Thema der Bachelorarbeit eingeführt. Einleitend wird die Ausgangslage geschildert und die Hauptfrage sowie die drei Unterfragen werden aufgezeigt. Neben der Motivation und der Berufsrelevanz wird die Zielsetzung der Arbeit erläutert. Abschliessend wird in diesem Kapitel der Aufbau der vorliegenden Bachelorarbeit ausgeführt.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Betrachtet man die Anzahl vollendeter Suizide weltweit, gab es im Jahr 2012 gemäss der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016) zirka 804'000 Todesfälle aus genanntem Grund. Die Dunkelziffer wird angesichts komplexer staatlicher Meldeverfahren und wegen der vielerorts gesellschaftlichen Tabuisierung um einiges höher eingeschätzt. Global betrachtet ist Suizid bei Personen zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr die zweithäufigste Todesursache. Suizidversuche, die nicht tödlich enden, werden um ein Vielfaches öfter begangen (S.8).

Gemäss Bundesamt für Gesundheit (2016) sind im Jahr 2014 in der Schweiz täglich zwei bis drei Personen durch Suizid gestorben (siehe Abbildung 1). Jährlich begehen in der Schweiz zirka 1'000 Personen abschliessend Suizid. Weitere 10'000 werden nach Suizidhandlungen medizinisch betreut. Ein sehr grosser Teil suizidaler Handlungen bleibt unbehandelt. Entsprechend gross wird die Dunkelziffer von nicht erkannten oder nicht gemeldeten Suizidversuchen eingeschätzt (S.4-6). Fachpersonen gehen sogar davon aus, dass sich innerhalb der Landesgrenze jährlich 90'000 Menschen versuchen das Leben zu nehmen (Marianne Rutz, 2002, S.183).

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
total	32 3 %	101 10 %	110 10 %	201 19 %	215 20 %	165 16 %	118 11 %	88 8 %	21 2 %	1050 100 %
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Abbildung 1: Suizide: Absolute Zahlen, Durchschnitt 2009-2013 (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.13)

Bezogen auf Jugendliche wird festgehalten, dass zwei Prozent aller in der Schweiz wohnhaften 15 bis 29-jährigen Personen täglich oder jeden zweiten Tag Suizidgedanken haben. Somit sind knapp 30'000 junge Menschen betroffen. Entsprechend den globalen Beobachtungen sind auch in der Schweiz Jugendliche und junge Erwachsene, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, überdurchschnittlich oft von Suizidalität betroffen. Dies ist einerseits auf die Belastungen zurückzuführen, welche aus entwicklungs-spezifischen Aufgaben entstehen und andererseits auf noch nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.13-14).

Wie diversen Präventionsberichten zu entnehmen ist, sind die gesellschaftliche Tabuisierung und die Stigmatisierung von Suizidalität weitverbreitet. Viele Betroffene suchen keine Hilfsangebote auf oder machen die Erfahrung, dass ihnen nicht adäquat und nicht in angemessener Zeit die erhoffte und benötigte Unterstützung zukommt (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S.3).

Sonia Chehil und Stan Kutcher (2013) beschreiben, dass laut einer US-Studie zwei Drittel aller Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, in den letzten vier Wochen ihres Daseins professionelle Hilfe aufsuchen. Dies führt zur Empfehlung, dass alle Mitarbeitenden in helfenden Jobs fähig sein sollten, Suizidalität einschätzen zu können (S.15). Sozialarbeitende sind gefordert, Suizidalität adäquat begleiten zu können.

1.2 Fragestellung

Aufgrund der geschilderten Ausgangslage soll in dieser Bachelorarbeit erörtert werden, welche Interventionsmöglichkeiten sich für Sozialarbeitende in freiwilligen Beratungssettings in der Zusammenarbeit mit suizidalen Jugendlichen ergeben. Eine Auseinandersetzung mit dem Jugendalter und der Suizidalität ist dabei unumgänglich. Um die sozialarbeiterischen Interventionen fachlich begründen zu können, ist es nötig aufzuzeigen, wie sozialarbeitende Personen Suizidalität im Beratungsgespräch einschätzen können. Eine angemessene Intervention soll zum einen rechtlich abgestützt und zum anderen berufsethisch begründet werden. Dementsprechend soll in der Bachelorarbeit folgender Hauptfrage nachgegangen werden:

Wie können Interventionen mit suizidalen Jugendlichen in der freiwilligen Jugendberatung unter Berücksichtigung von Rechten, Pflichten und berufsethischen Aspekten gestaltet werden?

Um die Hauptfrage beantworten zu können, werden drei Unterfragen verfolgt:

1. Wie kann Suizidalität im Jugendalter beschrieben und erklärt werden?
2. Durch welche Rechte, Pflichten und berufsethischen Aspekte werden das Verhältnis und die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Jugendlichen und der Beratungsperson geprägt?
3. Wie können Sozialarbeitende Suizidalität einschätzen, welche Interventionsmöglichkeiten ergeben sich daraus und wo liegen die Grenzen der sozialarbeiterischen Praxis?

1.3 Motivation

Im Praktikum bei einer freiwilligen Jugendberatungsstelle ergaben sich erste gewichtige Berührungspunkte mit dem Thema Suizidalität von Jugendlichen. Zu Beginn des Praktikums wurde die Autorin mit

dem Thema als Beobachterin von Gesprächssituationen konfrontiert, danach auch in der Rolle als Beraterin. Die zu Beginn dominierende, eigene emotionale Überforderung sowie die Schwierigkeit sich abzugrenzen, wandelten sich im Laufe der Zeit zu grosser Wissensbegierde. Parallel dazu wurden im Studium die Themen Krisenintervention und Suizid am Rande behandelt. Eine abschliessende Klärung zur Begleitung suizidaler Jugendlicher ergab sich im Unterricht nicht. Durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik der Suizidalität entwickelte sich die Sichtweise der Autorin im Verlauf des Studiums. Ausgehend von der eigenen Überforderung wurde der Autorin in der Auseinandersetzung bewusst, dass Suizidhandlungen für einige Personen eine vieler Möglichkeiten darstellen, eine scheinbar ausweglose Situation zu bewältigen. Michael Eink und Horst Haltenhof (2017) erörtern, ob helfende Personen dazu legitimiert sind, Personen vor sich selbst zu schützen indem sie versuchen, Suizide zu verhindern. Die beiden Autoren empfehlen, einen eigenen, persönlichen Umgang mit dem Thema Suizidalität zu finden aber auch aus professioneller Sicht Interventionen zu kennen (S.14-21). Die professionelle Sicht scheint für die Autorin nach wie vor unübersichtlich und eine vertiefte, theoretische Auseinandersetzung war bis anhin nicht möglich. Die Thematik umfasst neben berufsethischen auch rechtliche Fragen, welche gegenseitig in Bezug zu setzen sind. Diese Abwägung konnte bis anhin nicht vollständig erörtert und soll im Rahmen der Bachelorarbeit vertieft werden.

1.4 Berufsrelevanz und Adressatenschaft

Wie im Berufskodex von AvenirSocial (2010) prägnant festgehalten wird, verpflichtet sich die Soziale Arbeit unter anderem folgenden Grundsätzen und Grundwerten:

- «Soziale Arbeit hat soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern» (S.6).
- «Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren» (S.6).
- «Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben» (S.8).

Ebenfalls wird der Umgang mit Interessenskollisionen und Widersprüchen aber auch der Umgang mit Loyalitätskonflikten als Teil der Sozialen Arbeit verstanden. So wird das Selbstbestimmungsrecht der Klientel und die allfällige Übernahme von Schutz für die Klientel durch die Professionellen der Sozialen Arbeit thematisiert (ebd., S.7).

AvenirSocial (2006) übersetzt die Darstellung der berufsethischen Prinzipien der International Federation of Social Workers (IFSW). Dort wird unter anderem beschrieben, dass das Wohlbefinden der Menschen gefördert werden soll. Zusätzlich wird das Recht der Selbstbestimmung der Individuen, welches durch Sozialarbeitende gefördert und geachtet werden soll, betrachtet. Zum beruflichen Verhalten

wird die Empfehlung ausgesprochen, eine Vertrauensbeziehung zur Klientel zu wahren. Ausnahme dabei kann der Schutz des Lebens bilden (S.1-3). Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Aspekt ist der persönliche Umgang von Sozialarbeitenden mit belastenden Situationen, zu welchen die Begleitung suizidaler Personen gehören kann (Eink & Haltenhof, 2017, S.60).

Die genannten Ausführungen zeigen auf, dass in der Begleitung von suizidalen Jugendlichen komplexe Praxissituationen entstehen. In solch anspruchsvollen Praxissituationen eine adäquate Intervention einzuleiten, ist eine Herausforderung und erfordert vielfältiges und reflektiertes Wissen. Die vorliegende Arbeit richtet sich an Personen der Sozialen Arbeit, insbesondere der Sozialarbeit, die suizidale Jugendliche in irgendeiner Art und Weise begleiten.

1.5 Zielsetzung der Arbeit und Abgrenzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, eine vertiefte theoretische Auseinandersetzung zum Thema suizidale Jugendliche in freiwilligen Beratungssettings zu verfolgen und ausserdem den Einbezug der Eltern zu berücksichtigen. Dabei wird exemplarisch auf die freiwillige Jugendberatung der Stadt Luzern eingegangen. Die Altersgruppe umfasst demnach alle zwölf bis 18-jährigen Personen, da die Jugendlichen ab zwölf Jahren selbständig die Jugendberatungsstelle aufsuchen können (Contact Luzern, ohne Datum). Mit dem 18. Geburtstag erreichen sie die Volljährigkeit.

Die zu behandelnde Personengruppe deckt somit die frühe (zehn bis 13 Jahre) und mittlere (14 bis 17 Jahre) Adoleszenz ab (Laurence Steinberg, 2005, S.7)¹.

Es soll erörtert werden, wie Suizidalität erkannt und eingeschätzt werden kann und welche Interventionsmöglichkeiten Sozialarbeitenden zur Verfügung stehen. Da der Fokus auf die Klientel bis 18 Jahre gelegt wird, werden das Jugendalter und die dazugehörigen Entwicklungsaufgaben genauer betrachtet. Ebenfalls wird das Augenmerk auf Rechte, Pflichten und berufsethische Aspekte der beteiligten Personen gelegt.

Die vorliegende Arbeit grenzt sich ab von assistiertem und erweitertem Suizid. Ebenfalls werden Altersgruppe ausserhalb der obengenannten Zeitspanne nicht fokussiert. Weiter geht die Autorin davon aus, dass Vater und Mutter die gemeinsame elterliche Sorge innehaben.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den im Kapitel 1.2 benannten Teilfragen, welche abschliessend zur Beantwortung der Hauptfrage führen. Die Unterfragen werden jeweils am Ende des Kapitels beantwortet.

¹ Adoleszenz und Jugendalter werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet und umfassen die Personengruppe der zwölf bis 18-Jährigen.

Nach der Einleitung wird im zweiten Kapitel Suizidalität definiert und bezogen auf das Jugendalter beschrieben und erklärt. Entwicklungsaufgaben im Alter zwischen zwölf bis 18 Jahre und die Autonomieentwicklung werden betrachtet und den Eltern zukommende Aufgaben werden beschrieben. Ebenfalls werden Schutz- und Risikofaktoren für Suizidalität aufgezeigt und verschiedene Erklärungsmodelle und Theorien von Suizidalität behandelt.

Im dritten Kapitel werden Rechte, Pflichten und berufsethische Aspekte der beteiligten Personen beschrieben und aufeinander bezogen. Die gesetzlichen Grundlagen der Jugendberatung werden dargestellt und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen für Sozialarbeitende werden ausgearbeitet.

Das vierte Kapitel widmet sich der Einschätzung von Suizidalität und befasst sich mit unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten. Diese werden anhand des handlungstheoretischen normativen Modells professionellen Handelns aufgezeigt und der Theorie-Praxis-Transfer wird nachvollziehbar aufgezeigt. Im darauffolgenden Kapitel wird die Beantwortung der Hauptfrage thematisiert. Darin werden die Interventionsmöglichkeiten unter Berücksichtigung von Rechten, Pflichten und berufsethischen Aspekten differenziert.

Im sechsten und letzten Kapitel, dem Schlussteil, werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und ein Fazit sowie ein Ausblick erläutert.

2 Suizidalität von Jugendlichen

Im vorliegenden Kapitel findet die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität statt. Neben der Begriffsdefinition wird auf die unterschiedlichen Suizidmethoden sowie Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen. Unterschiedliche Erklärungsmodelle und Theorien ermöglichen vielfältige Zugänge zu Erklärungswissen. Ebenfalls wird die Phase der Jugend mit ihren Herausforderungen und zu bewältigenden Aufgaben erläutert. Dabei kommen der Identitäts- und Autonomieentwicklung besondere Bedeutung zu.

2.1 Jugendalter

Wie Rolf Oerter und Eva Dreher (2008) schreiben, ist das Jugendalter eine herausfordernde Zeit, in welcher körperliche und psychosoziale Entwicklungen stattfinden. Die Kindheit und das damit verbundene Verhalten wird aufgegeben und das Erwachsensein muss erlernt werden. Das Erlangen einer eigenen Identität kann unterschiedlich gemeistert werden (S.332). Chehil und Kutcher (2013) halten fest, dass die Suizidrate im Jugendalter als besonders hoch gilt. Dies aufgrund komplexer Zusammenhänge psychosozialer und biologischer Gegebenheiten (S.26).

2.1.1 Entwicklungsaufgaben

Robert J. Havighurst hat unter Mitarbeit weiterer Personen in den 1930/1940 Jahren das Konzept der Entwicklungsaufgaben ausgearbeitet. Es wird davon ausgegangen, dass die Aufgaben, welche in der Entwicklung gemeistert werden müssen, dazu beitragen, Kompetenzen in sozialer Interaktion mit dem Umfeld zu erwerben. Aufgaben der Entwicklung stellen sich in den drei Bereichen körperliche Entwicklung, gesellschaftliche Anforderungen und persönliche Ziele und Werte (Oerter & Dreher, 2008, S.279). Heidrun Bründel (2004) schreibt, dass Havighursts Konzept aufzeigt, wie viele Herausforderungen im Jugendalter bewältigt werden müssen. Unter Umständen können die Aufgaben nicht erfolgreich gemeistert werden, was die Gefahr des Scheiterns birgt (S.21).

Die in der Adoleszenz zu bewältigenden Aufgaben nach Dreher und Dreher (1996, zit. in Oerter & Dreher, 2008) sind in Tabelle 1 zusammengefasst (S.279):

Bereich	Aufgabe
Peer	Beziehungen zu Gleichaltrigen beider Geschlechter herstellen
Körper	Akzeptanz der Veränderung des Körpers und des Aussehens
Rolle	Rollenverhalten als Mann/Frau aneignen
Beziehung	Eingehen engerer und sexueller Beziehungen
Ablösung	Durch Ablösungsprozess Unabhängigkeit der Eltern erlangen
Beruf	Beruflicher Werdegang planen und einleiten
Partnerschaft/Familie	Überlegungen eigener familiärer Zukunft und Beziehung anstellen
Selbst	Klarheit gewinnen über Selbst- und Fremdwahrnehmung seiner Person
Werte	Eigene Werte und Prinzipien ausbilden und eigenes Handeln entsprechend ausrichten
Zukunft	Realistische Ziele im eigenen Leben planen und umsetzen

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben im Jugendalter (stark modifiziert nach Dreher & Dreher (1996) zit. in Oerter & Dreher 2008, S.279)

August Flammer (2009) greift den Ursprungsgedanken von Erik Erikson über die Herausforderungen der Entwicklung mit der psychosozialen Entwicklungstheorie auf. Diese geht von einem Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedürfnissen und Anforderungen und den sich im Laufe der Entwicklung permanent verändernden Anforderungen des sozialen Umfeldes aus. Erikson nimmt an, dass die Ich-Identität durch unterschiedliche Krisen gebildet wird. Er beschreibt in seinem Stufenmodell acht Lebenskrisen, welche relevant für die Identitätsbildung sind. Die Krisen beziehen sich auf unterschiedliche Lebensalter und deren Bewältigung ist ausschlaggebend für die weitere Entwicklung. Die im Pubertätsalter relevante Stufe bezeichnet er als Identität versus Identitätsdiffusion (S.96). Als zentraler Punkt gilt dabei die Identitätsproblematik. Im früheren Lebensalter absolvierte Stufen und deren Erlungenschaften wie etwa Selbständigkeit, Vertrauen oder Fleiss bilden Elemente, die es nun zu vereinen gilt. In dieser Stufe neu hinzukommen die unterschiedlichen körperlichen Veränderungen sowie die Anforderungen des sozialen Umfelds. Dies erfordert, dass die Identität neu definiert wird, was im Jugendalter durch das Erproben unterschiedlicher, neuer Identitäten geschieht. Am Ende dieser Entwicklungsphase soll eine geklärte Identität erreicht sein, die als Grundlage für weitere Phasen im Erwachsenenalter dient (ebd. S.100-101).

2.1.2 Autonomieentwicklung

Neben der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben ist auch die Autonomieentwicklung ein wichtiger Bestandteil des Jugendalters. August Flammer und Françoise Alsaker (2002) halten fest, dass neben der Autonomieentwicklung die Ablösung zwischen jugendlicher Person und Eltern eine zentrale Entwicklung im Jugendalter darstellt. Die Ablösung führt dazu, dass die Beziehung zu Peers an Wichtigkeit gewinnt. Das Erlernen von Autonomie ist für Jugendliche geprägt durch unterschiedliche Lernprozesse (S.94-99). Tabelle 2 zeigt wichtige Lebensfelder, in welchen sich die Autonomie ebenfalls entwickelt:

zunehmende Autonomie nach Lebensfeldern	Beschreibung
Einteilung der Tageszeit	<ul style="list-style-type: none"> • Planung und Koordination der Tageszeit • Berücksichtigung der unterschiedlichen Ansprüche und Bedarfe seitens Schule, Freizeit, Erholung • Selbständiges Einhalten von Terminen
Konsum	<ul style="list-style-type: none"> • Einteilen von Geld und nachhaltiger Umgang damit
Chancen, Verlockungen und Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zu reisen oder einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen • Verzicht oder (angemessener) Konsum von Drogen • Entscheide bezüglich sexueller Beziehungen treffen
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung von unterschiedlichen Fortbewegungsmitteln • Planung, Organisation und Finanzierung von Reisen
Kultur und Medien	<ul style="list-style-type: none"> • Konsum von Musik und Film über elektronische Geräte oder an realen Anlässen • Konfrontation durch Kultur und Medien mit Grausamkeit, Idealismus, etc.
Identität	<ul style="list-style-type: none"> • Herausfinden, wer man ist und wen man sein möchte • Anschluss oder Distanzierung zu/gegen gewisse Haltungen, Ansichten und Gruppierungen
Privatsphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinige Benutzung des Badezimmers • Eigenes Zimmer den Vorlieben entsprechend einrichten • Gefühle teilweise für sich behalten • Keine Auskunft mehr darüber geben, mit wem sich Jugendliche verabreden

Tabelle 2: Autonomieentwicklung nach Lebensfeldern (eigene Darstellung auf der Basis von Flammer & Alsaker, 2002, S.95-96)

David Ausubel (1968; zit. in Flammer & Alsaker, 2002) formuliert in seinem Modell, dass eine Ablösung von den Eltern nur gelingen kann, wenn Sicherheit gegeben ist. Er geht davon aus, dass Bindungs- und Lösungsprozesse bereits in der Kindheit und mehrmals im Leben stattfinden. In der Adoleszenz laufen diese in drei Stufen ab:

1. «Abbau der Satellitenbeziehung durch Bildung einer neuen»
Neue Autoritäten und Vorbilder ersetzen die Eltern.
2. «Abbau der Satellitenbeziehung durch Aufbau eines primären Status»
Das Selbstwertgefühl wird durch individuelle Begabungen und unterschiedlichste Kompetenzen aufgebaut.
3. «Abbau der Satellitenbeziehung durch die exploratorische Orientierung»
Eine Exploration im Denken und Ausprobieren findet statt (S.99-100).

Beziehungen die abgelöst werden, werden durch andere Beziehungen ersetzt und die Betroffenen begegnen sich vermehrt auf Augenhöhe (Flammer & Alsaker, 2002, S.100).

Wichtig für die vorliegende Arbeit scheint die Erklärung des systemischen Prozesses. Dieser geht davon aus, dass sich Menschen in unterschiedlichen sozialen Systemen aufhalten und darin Beziehungen zu verschiedenen Personen pflegen. Wenn sich die Beziehungen hinsichtlich der Autonomie verändern, verändert sich demnach das gesamte soziale System. Bezogen auf das Familiensystem bedeutet dies, dass je nach familiären Strukturen, Rollen und Gewohnheiten eine Ablösung und Neuaushandlung der Beziehungen vonstattengeht (Flammer & Alsaker, 2002, S.104-107).

Jugendliche können in der Adoleszenz Neues ausprobieren, was neben einer Bereicherung auch Furcht und Bedrohung auslöst. Dies erklärt, weshalb sie oftmals unentschlossen und sprunghaft sind, gleichzeitig wieder stur an ihren Prinzipien festhalten. Im Familienleben zeigt sich dies beispielsweise, indem die Jugendlichen die Autorität der Eltern verbal in Frage stellen, ihren Anweisungen jedoch trotzdem Folge leisten. Die Infragestellung der elterlichen Autorität kann für Eltern schwierig und beängstigend sein. Die Ablösung des eigenen Kindes bringt eine Neudefinition der familiären Rollen mit sich. Der Ablösung werden durch die Gesellschaft problematische und herausfordernde Bilder zugeschrieben. Die Neudefinition der Beziehungen innerhalb der Familie aufgrund der Ablösung ist nicht nur Angelegenheit der Jugendlichen, sondern auch der Eltern. Freude und Angst können sich dabei vermischen und weitgreifende Auswirkungen haben. Das Wissen über die Normalität dieser Ambivalenz kann Eltern dabei unterstützen, kritisches und ablehnendes Verhalten des Kindes einzuordnen. Es ist eine schwierige erzieherische Aufgabe, das ambivalente Verhalten zwischen Aufbruch und Bindung zu verstehen, zu relativieren und dennoch ernst zu nehmen (ebd., S.107-109).

2.2 Suizidalität

Nachfolgend wird die Begrifflichkeit der Suizidalität geklärt. Ebenfalls werden unterschiedliche Suizidmethoden aufgezeigt.

2.2.1 Begrifflichkeiten

Gemäss Eink und Haltenhof (2017) wird unter *Suizidalität* ein gesamtes Spektrum an Emotionen, Aktivitäten, Impulsen und Gedankengängen verstanden. Diese sind selbstzerstörerisch und haben zum Ziel, den eigenen Tod durch bestimmte Handlungen oder durch Unterlassung herbeizuführen (S.22). Heidrun Bründel (2015) beschreibt die Begrifflichkeit der Suizidalität als die gesamte, umfassende Entwicklung von Suizidgedanken über suizidale Absichten und Suizidpläne bis hin zu einer suizidalen Handlung. *Suizidgedanken* stellen nicht in jedem Fall ein Risiko dar. Es ist möglich, dass Suizidgedanken nur punktuell vorkommen, für eine Person kontrollierbar sind und in der Folge daraus kein Handlungsdruck entsteht. Risikoreicher wird es, wenn Handlungsdruck besteht, der Wunsch nach dem Tod latent und

die Gedanken wenig kontrollierbar sind. *Suizidabsichten* beinhalten Überlegungen zu geplantem Handeln und möglicherweise Suizidankündigungen. Die betroffene Person legt in der Suizidabsicht dar, dass sie sterben möchte und teilt unter Umständen mit, wie sie den Suizid auszuführen gedenkt. Suizidabsichten werden jedoch nicht in jedem Fall geäußert. Noch konkreter ist ein *Suizidplan*. Er gibt Aufschluss darüber, mit welcher Methode und zu welchem Zeitpunkt der Suizid geplant ist. Je konkreter der Plan, umso gefährdeter die betroffene Person (S.15-17). Auch ein *Suizidversuch* wird als suizidale Handlung verstanden, ebenso wie unterbrochene Handlungen. Entscheidend ist, dass bewusst versucht wird der Tod herbeizuführen. *Suizid* und Suizidversuch unterscheiden sich durch den Ausgang der suizidalen Handlung: Bei einem tödlichen Ausgang spricht man von Suizid, beim Überleben von Suizidversuch (Manfred Wolfersdorf, 2004, S.1022-1038).

In der vorliegenden Bachelorarbeit stehen suizidale Jugendliche im Zentrum. Die Autorin lehnt sich dabei an die obengenannte Definition von Suizidalität nach Bründel an und bezieht jene auf Personen im Alter von zwölf Jahren bis zum Erreichen der Volljährigkeit.

2.2.2 Suizidmethoden

Suizidale Handlungen entstehen oft impulsiv. Sie könnten durch den erschwerten Zugang zu Hilfsmitteln, welche zur Umsetzung mancher Suizidmethoden nötig sind, verhindert werden. Daher setzt sich die Suizidprävention intensiv mit verschiedenen Suizidmethoden auseinander (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S.8).

Männer begehen häufiger Suizid als Frauen. Weibliche Personen hingegen begehen öfters Suizidversuche (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.12). Weshalb dies so ist, lässt sich mit Blick auf die unterschiedlichen Suizidmethoden erklären: Männer wählen vermehrt sogenannte harte Methoden, wie beispielsweise sich zu erschiessen, welche die Überlebenschancen verringern und somit im Suizid enden. Die weichen Methoden wie beispielsweise die Selbstvergiftung durch Medikamente oder das Ertrinken werden öfters durch weibliche Personen gewählt (Bründel, 2015, S.52). In der Schweiz sind die drei häufigsten Suizidmethoden Erhängen, Stürze in die Tiefe und Tod durch Überfahren lassen. Mit Blick auf Jugendliche zeigen Abbildung 2 + 3 auf, dass zwischen 2004-2013 insgesamt 248 männliche (N= 25/Jahr) und 98 weibliche Personen (N= 10/Jahr) durch Suizid ums Leben kamen (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.15).

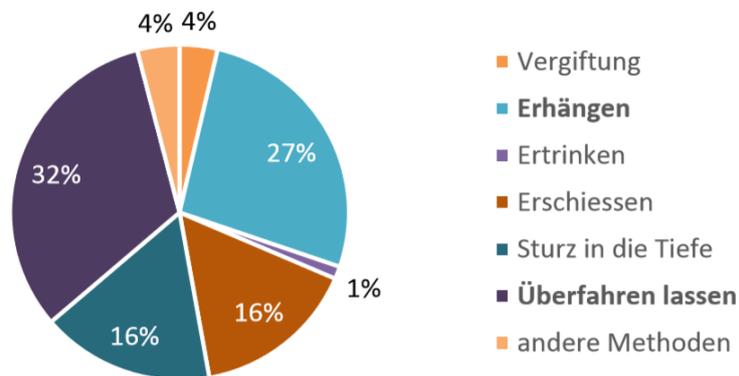


Abbildung 2: Suizidmethoden männliche Jugendliche zehn bis 19 Jahre (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.15)

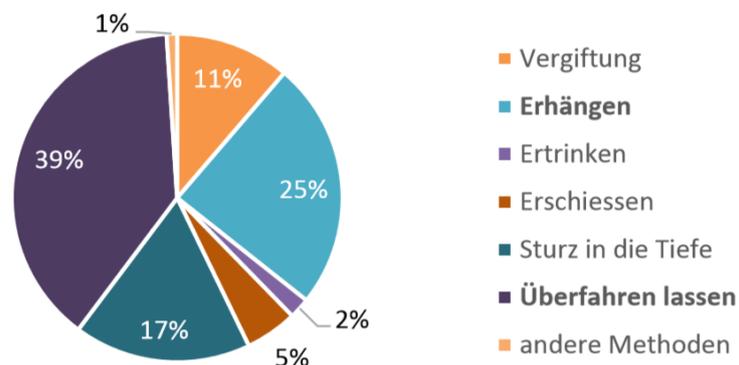


Abbildung 3: Suizidmethoden weibliche Jugendliche zehn bis 19 Jahre (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.15)

2.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Wie Chehil und Kutcher (2013) betonen, steht suizidales Verhalten in Abhängigkeit zu Risiko- und Schutzfaktoren. Diese Faktoren zu kennen ist unabdingbar, um die Gefährdung eines Klienten einschätzen zu können. Die Betrachtung der beiden Faktoren ist nur dann sinnvoll, wenn man sie in gegenseitiger Beeinflussung und unter individuellen Gesichtspunkten der Klientel betrachtet (S.23-24).

2.3.1 Risikofaktoren

Chehil und Kutcher (2013) halten fest, dass Risikofaktoren eine bereits bestehende Vulnerabilität verstärken und suizidales Verhalten begünstigen. Folgende Hauptrisikofaktoren für Suizidalität bestehen:

❖ Alter

Die gefährdetste Zeit sind die Adoleszenz sowie das mittlere und höhere Alter. Suizidversuche im höheren Alter enden häufiger im Suizid als bei jüngeren Menschen.

❖ **Geschlecht**

Insgesamt nehmen sich mehr Männer als Frauen das Leben. Ausschlaggebend dafür ist unter anderem, dass Männer härtere Suizidmethoden wählen, sich bei Problemen weniger rasch Hilfe suchen und öfter Alkohol und andere Substanzen missbrauchen. Frauen unterliegen einem höheren Risiko, wenn sie häuslich oder sexuell missbraucht wurden oder an postnataler Depression oder Psychose leiden.

❖ **Gegenwärtige Suizidalität**

Suizidabsichten, Suizidgedanken und Suizidpläne werden von Betroffenen als mögliche Option gesehen, eine scheinbare aussichtslose Situation zu lösen. Je nach Intensität, Kontrollierbarkeit, Dauer, Zugang zu tödlichen Methoden und Handlungsdruck besteht ein höheres oder niedrigeres Risiko der aktuellen Suizidalität.

❖ **Frühere Suizidalität**

Die Hälfte aller Personen die sich suizidieren haben zuvor mindestens einen Suizidversuch unternommen. Frühere Suizidalität ist die zuverlässigste Aussage für eine vorhandene Gefährdung. Als besonders hoch ist die Gefährdung einzuschätzen, wenn folgende Merkmale früherer Suizidversuche zutreffen:

- Letzter Suizidversuch liegt noch nicht lange zurück
- Es wurden bereits mehrere Versuche unternommen
- Person verfolgt das Ziel zu sterben und bedauert, dass letzter Versuch keinen tödlichen Ausgang nahm
- Wahl einer harten Suizidmethode
- Vorhandener Suizidplan

❖ **Psychiatrische Vorgeschichte**

Psychische Erkrankungen gelten als gewichtiger Risikofaktor, besonders bei den folgenden Krankheitsbildern: Affektive Störungen, Substanzmissbrauch, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen. Betroffenen fehlen zahlreiche Schutzfaktoren. Oftmals sind sie betroffen von Diskriminierung, können gegebenenfalls keiner geregelten Arbeit nachgehen und/oder sind sozial ausgeschlossen, verfügen nicht über ausreichende Bewältigungsstrategien und haben Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen.

❖ **Psychische Krankheitssymptome**

Die in Tabelle 3 festgehaltenen kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Symptome bedeuten ein erhöhtes Suizidrisiko:

Symptom	Erhöhtes Risiko bei:
Kognitive Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Hoffnungslosigkeit • Verringertes Selbstwertgefühl • Suizidgedanken • Fehlende Bewältigungsstrategien • Psychosen • Intoxikation • ...
Affektive Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergeschlagenheit • Starke Anspannung • Angst- und Panikattacken • Freudlosigkeit • ...
Verhaltensbezogene Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen • Geringe Selbstkontrolle • Ruhelosigkeit • Substanzmissbrauch • ...

Tabelle 3: Psychische Symptome mit erhöhtem Suizidrisiko (stark modifizierte Darstellung nach Chehil & Cutcher, 2013, S.48)

❖ Anamnese körperlicher Erkrankungen

Die Diagnose einer chronischen oder lebensbedrohlichen Krankheit kann das Suizidrisiko erhöhen. Dabei muss der Unterstützung durch das soziale Umfeld sowie der individuellen Reaktion auf die gestellte Diagnose ausreichend Rechnung getragen werden.

❖ Familiengeschichte

Suizide und psychische Erkrankungen sowie erfahrene Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung in der Familie erhöhen das Suizidrisiko.

❖ Persönliche Geschichte

Fehlende soziale Kontakte aber auch Missbrauch und erfahrene Gewalt erhöhen das Risiko für suizidales Verhalten massiv. Zu berücksichtigen sind bei diesem Risikofaktor das Milieu, die Entwicklung und die Lebensereignisse eines Individuums sowie der Zugang zu Hilfesystemen und zu Bildung.

❖ Persönlichkeit

Menschen mit geringer Selbstwirksamkeit, pessimistischen Einstellungen dem Leben gegenüber und unzureichenden Problemlösestrategien in schwierigen Situationen sind einem höheren Risiko ausgesetzt (S.26-60).

Neben den genannten, allgemeinen Hauptrisikofaktoren nennt Bründel (2004) Einflüsse, die es besonders bei Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen gilt:

❖ Familie

Innerhalb der Familie findet ein grundlegender Teil der Sozialisation statt, welcher ausschlaggebend ist für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Der Verlust von Vertrauen, Liebe und Anerkennung kann Grundlage für Fehlentwicklungen bieten und in der Jugend zu deviantem und suizidalem Verhalten führen. Spannungen und Konflikte innerhalb einer Familie sind normal, eine Ansammlung ungelöster Auseinandersetzungen kann jedoch hinderlich sein. Beziehungsstrukturen und das Familienklima sind demzufolge ausschlaggebend für Heranwachsende.

Eine Trennung oder Scheidung kann einschneidende Auswirkungen auf Jugendliche haben, wenn sie in Solidaritätskonflikte geraten oder die Gründe für die Trennung nicht ausreichend nachvollziehen können. Oftmals resultieren aus Trennungen finanzielle, räumliche und soziale Veränderungen, welche eine zusätzliche Herausforderung darstellen können. Auch neue Beziehungen der Eltern sowie das Zusammenleben mit eventuellen Stiefgeschwistern können eine Belastung sein. Trennung und Scheidung stellen nicht per se einen Faktor für Suizidalität dar, jedoch kann ein solches Ereignis Einfluss auf die Entstehung von Verzweiflung, Hilflosigkeit und den Misserfolg von Bewältigungsstrategien haben. Suizide können in allen Familienformen vorkommen.

❖ Schule

Die Schule und der Leistungsdruck sind nicht allein verantwortlich für Suizidalität, können jedoch stressauslösende Faktoren freisetzen. Auf die Benotung der schulischen Leistungen können Lob und Tadel, elterliche Strafen und damit verbundene Versagensängste folgen. Diese stressauslösenden Faktoren wiederum können einen Suizid auslösen.

Der Bildungsort ist eine prägende Sozialisationsinstanz wo viel Zeit verbracht wird. Dementsprechend findet dort eine Vielzahl an sozialen Interaktionen statt, welche das Selbstbild durch Anerkennung oder Ablehnung beeinflussen. Ausserdem wird das Fundament für künftige berufliche wie auch gesellschaftliche Stellungen gelegt. Neben Mobbing durch Klassenkamerad/innen kann auch der erhöhte Erwartungsdruck der Eltern Stress auslösen und psychosomatische Erkrankungen, körperliche Symptome und Depressionen nach sich ziehen. Das wiederum kann eine Suizidgefährdung begünstigen.

Meistens gelingt es Kindern und Jugendlichen, diese Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen. Sie können jedoch auch ausschlaggebend für einen Suizid sein.

❖ **Freundschaftsbeziehungen**

Besonders im Jugendalter sind Beziehungen zu Gleichaltrigen bedeutsam. Im besten Fall werden Akzeptanz, Wertschätzung und Orientierung vermittelt. Aber auch Ablehnung, Druck und Exklusion können Folgen daraus sein. Der Abbruch einer Freundschaft oder einer Liebesbeziehung stellt für Jugendliche eine grosse psychosoziale Herausforderung dar. Oftmals bringt der Abbruch Eifersucht, Neid und Ängste mit sich. Bei vorangehender Auseinandersetzung mit einem Suizid, kann der Abbruch einer engen sozialen Beziehung ein auslösendes Ereignis für Jugendliche darstellen.

❖ **Selbstkonzept und Identitätsentwicklung**

Dem Selbstkonzept und der Identitätsentwicklung kommen in der Jugend aufgrund körperlicher, sozialer und kognitiver Veränderungen besondere Bedeutung zu. Ausprobieren und Aushandeln bezüglich des Selbstkonzeptes ist wichtig und die Meinung der sozialen Interaktionspartner ist bedeutsam. Es geht darum, seine eigenen Stärken und Schwächen kennen und akzeptieren zu lernen. Besonders herausfordernd ist die Übereinstimmung eines erwünschten und eines aktuellen Selbstbildes zu erzielen. Kann die Diskrepanz nicht überwunden werden, können deviantes Verhalten, Konsum von Drogen und der Anschluss an extreme Gruppierungen eine Folge sein, welche wiederum Risikofaktoren für suizidales Verhalten darstellen. Die Unvereinbarkeit zwischen dem wünschbar zu Erreichenden und dem, was in Realität erreicht wurde, kann als gescheiterte Auseinandersetzung betrachtet werden, welcher mit Flucht begegnet wird. Der Ausweg liegt dann im Suizid.

❖ **Geschlechteridentität**

Die Geschlechteridentität entwickelt sich in einem Zusammenspiel aus individuellen Entwicklungsbedingungen. Nach wie vor wird die heterosexuelle Orientierung als Norm angesehen (S.57-79). Wie eine Studie der Universität Zürich belegt hat, weisen Normabweichungen wie Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual (LGBTI) im Vergleich zu heterosexuellen Menschen ein höheres Suizidrisiko auf. Von homo- und bisexuellen Männern im Jugendalter werden fünf Mal mehr Suizidversuche begangen als von heterosexuellen Gleichaltrigen (Jen Wang et al., 2014, S.514–522).

❖ **Alte und neue Medien**

Suizidale Handlungen fanden stets Nachahmer (Bründel, 2004, S.86). Einen grossen Einfluss üben dabei die Berichterstattenden diverser Medien aus. Der Einfluss kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben. Es ist zu befürworten, dass das Bewusstsein für die Thematik der Suizidalität sensibilisiert und Aufklärungsarbeit geleistet werden kann. Negative Auswirkungen wurden festgestellt, wenn Medien wiederholt und prominent in vereinfachter und ungeeigneter Form über Suizide berichteten. Medienschaffende sollten sich an die Richtlinien des schweizerischen Presserats halten, welche

eine angemessene Berichterstattung definiert. Insbesondere Cybermobbing kann Folgen wie Angst, Depressionen und Suizidgedanken zur Folge haben (Bundesamt für Gesundheit, 2016, S.39-41).

2.3.2 Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind weniger gründlich erforscht als die Risikofaktoren. Dennoch ist ihnen besonders für die Prävention sowie zur Verminderung des Suizidrisikos grosse Bedeutung zuzuschreiben. Ein Beweis, dass die Schutzfaktoren Suizide abwenden können, wurde noch nicht abschliessend erbracht. Es wird jedoch angenommen, dass die protektiven Einflüsse zu einer Minderung des Suizidrisikos beitragen. Dabei wird zwischen inneren und äusseren Ressourcen unterschieden (siehe Tabelle 4). Diese Ressourcen können hilfreich sein, um mit Belastungssituationen angemessen umgehen zu können (Chehil & Kutcher, 2013, S.24-25).

Ressource	Protektiver Faktor
Innere Ressourcen	Positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit
	Soziale Kompetenz
	Problemlösungsfähigkeit
	Adäquate Bewältigungsstrategien
	Intakte Realitätsprüfung
	Frustrationstoleranz
	Eigene Ziele und Gefühl von Sinnhaftigkeit
	Hohe Lebenszufriedenheit
	Religiöse Bindung
	Verantwortungsgefühl der Familie gegenüber
	Lebensbejahung
Äussere Ressourcen	Körperliche und psychische Gesundheit
	Soziale Kompetenz
	Problemlösungsfähigkeit
	Adäquate Bewältigungsstrategien
	Intakte Realitätsprüfung
	Frustrationstoleranz
	Eigene Ziele und Gefühl von Sinnhaftigkeit
	Hohe Lebenszufriedenheit
	Religiöse Bindung
	Verantwortungsgefühl der Familie gegenüber
	Lebensbejahung
Körperliche und psychische Gesundheit	

Tabelle 4: Protektive Faktoren (leicht modifiziert nach Chehil & Kutcher, 2013, S.25)

2.4 Unterschiedliche Erklärungsmodelle und Theorien für Suizidalität

Eine ganzheitliche Analyse der Suizidalität bedarf der Verwendung unterschiedlicher Modelle und Theorien. Während suizidale Verhaltensweisen mit dem Krisen- und Krankheitsmodell erklärt werden können, gibt es zur Beschreibung und Erklärung von Suizidalität unterschiedlichste Theorien. Dabei werden individuelle und soziale Faktoren sowie deren gegenseitige Beeinflussung betrachtet und es wird von einem umfassenden Zusammenspiel psychologischer und soziologischer Einflüsse ausgegangen (Bründel, 2004, S.95/106). Die nachfolgende Auswahl an Modellen und Theorien soll relevante Inhalte für die sozialarbeiterische Praxis aufzeigen².

2.4.1 Krankheits- und Krisenmodell

Das *Krankheitsmodell* geht davon aus, dass suizidales Verhalten aufgrund von Erkrankungen entsteht. Genannt sind beispielsweise schizophrene Psychosen, manische, depressive und bipolare Störungen. Suizidales Verhalten kann aber nicht nur durch neurobiologische Feststellungen erklärt werden. Es muss stets auch die psychosoziale Lage des Individuums berücksichtigt werden (Bründel, 2004, S.100-105). Eink und Haltenhof (2017) kritisieren, dass das Krankheitsmodell zu kurz greife, indem es das veränderte Erleben aufgrund einer Depression oder Psychose erkläre:

«Nicht alle Lebensmüden sind krank, und (psychisch) Kranke töten sich meist aus den gleichen Gründen wie die Gesunden, nämlich aus Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit» (S.39).

Eink und Haltenhof (2017) beschreiben mit dem *Krisenmodell*, dass suizidale Krisen nicht immer in Zusammenhang mit einer Krankheit oder mit Schicksalsschlägen stehen. Das Krisenmodell orientiert sich an der Annahme, dass Suizidalität Ausdruck menschlicher krisenhafter Entwicklung ist. Diese wird in der Regel mit dem Gefühl des Scheiterns und der Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht. Man geht somit von einem destruktiven Krisenbewältigungsversuch aus (S.38). Ergänzend schreibt Bründel (2004), dass sich zwei Arten von Krisen unterscheiden lassen: Traumatischen Krisen und Veränderungskrisen. Beide haben gemeinsam, dass Menschen mit Begebenheiten konfrontiert werden, für die momentan keine adäquaten Lösungsmöglichkeiten und/oder -strategien vorhanden sind. Traumatische Krisen können plötzlichen Verlusterlebnisse oder bedeutenden Veränderungen entspringen. Der Zeitpunkt der Krise ist nicht vorhersehbar und es sind auch Menschen davon betroffen, die bis dahin psychisch gesund waren. Bei Jugendlichen kann eine solche Krise in der Pubertät oder bei sozialen Veränderungen auftreten. Die meisten Personen können ein solches Ereignis bewältigen. Gefährdet sind insbesondere Personen, die keinen konstruktiven Umgang mit Konflikten pflegen, depressive Züge aufweisen oder ein selbstentwertendes Bild von sich haben (S.95-96).

² Weiterführende Informationen zum psychoanalytischen Erklärungszugang nach Freud, zur psychoanalytischen Narzissmustheorie nach Henseler und zur ressourcenorientierten Untersuchung von Schröer sind zu finden unter folgender Quelle: Patrick Schwalm, 2013, S.108-124)

2.4.2 Soziologische Perspektive

Die wohl bekannteste und verbreitetste soziologische Suizidtheorie stammt von Émile Durkheim (1973). Er hat folgende drei Suizid-Typen definiert:

- Egoistischer Selbstmord
- Altruistischer Selbstmord
- Anomischer Selbstmord (S.186-318)

Bründel (2004) klärt, dass die soziologische Theorie Durkheims seit jeher Gültigkeit hat. Die soziologische Theorie befasst sich nicht mit dem Suizidgeschehen einzelner Individuen, sondern mit dem Suizidgeschehen der Gesamtheit der Gesellschaft. Durkheim untersuchte Suizide im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Faktoren. Dabei erforschte er den Einfluss äusserer Bedingungen, wie beispielsweise Alter, Geschlecht und soziale Lage, auf die Suizidhandlungen.

Gemäss seiner Integrations- und Anomietheorie gelten der Integrationsgrad einer Person und die Akzeptanz der Normen und Regeln als Faktoren für ein bestehendes Suizidrisiko. Abweichendes Verhalten und Desintegration interpretierte er als unzureichende Einflussnahme von Institutionen, wie Familie, Kirche und Staat, auf das Individuum. Die drei Suizid-Typen haben nach Durkheim unterschiedliche soziale Ursachen (siehe Tabelle 5).

Suizid-Typ	Soziale Ursache	Folgen
Egoistischer Selbstmord	<ul style="list-style-type: none"> • Unausgeprägtes Bewusstsein für Gemeinschaft • Wenig Verbundenheit mit Gemeinschaft • Starke Individuation 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusste Abgrenzung von der Gesellschaft • Meidung gemeinschaftlicher Tätigkeiten und daraus folgende Isolation und Vereinsamung • Auch wenn Personen dabei unglücklich sind, suchen sie keinen Zugang zur Gemeinschaft
Altruistischer Selbstmord	<ul style="list-style-type: none"> • Individuum stark abhängig von Gesellschaft • Unausgeprägte Individualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Abhängigkeit von Peers und Familie • Geringes Selbstvertrauen • Starke Assimilation innerhalb einer Gruppe • Abhängigkeit kann dazu führen, dass zwei Gruppenmitglieder gemeinsam/nacheinander Suizid begehen
Anomischer Selbstmord	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Regeln im eigenen Handeln • Fehlende regulative Intervention der Gesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrfaches Erleben von Versagen und Frustration • Unerfüllte Bedürfnisse • Ziellosigkeit • Deviantes Verhalten

Tabelle 5: Drei Suizid-Typen nach Durkheim (eigene Darstellung auf der Basis von Bründel, 2004, S.106-107)

Individuelle Ziele, der Grad der Integration, soziale Einengung und weitere Faktoren die Durkheim bereits im 19. Jahrhundert benannte, haben bis heute nicht an Aktualität eingebüsst. Die Anerkennung

und Verbundenheit zu einer Gruppe und die Identifikation mit Werten und Normen üben eine präventive Wirkung aus, unterstützen eine förderliche psychische Entwicklung und helfen Krisen zu überstehen. Die Gefahren eines zu wirkungsvollen Zugehörigkeitsgefühls zu einer Gruppe aber auch der Desintegration sind nach wie vor aktuell (S.106-108).

2.4.3 Medizinisch-psychiatrische Perspektive

❖ **Stadienmodell der Suizidalität nach Erwin Ringel**

Erwin Ringel (1974) geht von einem sogenannten präsuizidalen Syndrom aus, welches er 1949 aufgrund von Untersuchungen an 745 geretteten Suizidanten und Suizidantinnen rekonstruierte. Er spricht davon, dass alle an der Studie beteiligten Personen vor dem Suizidversuch eine ähnliche Gemütslage zeigten, die er als präsuizidales Syndrom bezeichnete. Das Modell von Ringel hat in der Fachwelt bis heute Bestätigung gefunden und gilt nach wie vor als Gradmesser bei der Beurteilung von Suizidalität. Entscheidende Elemente der drei Phasen, welche das Symptom veranschaulichen, sind:

1. Phase: Einengung...

- ...der persönlichen Möglichkeiten (=situative Einengung)
- ...der Gefühlswelt (=dynamische Einengung)
- ...der zwischenmenschlichen Beziehungen

2. Phase: Gehemmte und gegen die Person gerichtete Aggression

- Suizid als aggressive Haltung gegen sich selbst
- Aggressionen sind zurückzuführen auf unterschiedlichste Ursachen
- Aggressionsentladung ausserhalb der Person ist behindert

3. Phase: Drei Stufen von Selbstmordphantasien

- a. Vorstellung, tot zu sein
- b. Vorstellung, Suizid zu begehen ohne konkrete Pläne zur Durchführung
- c. Stufe der grössten Gefahr, wenn in Gedanken bereits eine bestimmte Methode zum Suizid gewählt wurde

Die drei Phasen verstärken sich gegenseitig und das präsuizidale Syndrom entwickelt sich schrittweise (S.15-25). Ringel empfiehlt die Suizidgefahr mit einem Interview, bei welchem die einzelnen Teile des präsuizidalen Syndroms abgefragt werden, einzuschätzen. Neben der Kritik, dass dieses Vorgehen die Beziehung zwischen Klientel und beratender Person belasten kann, ist es wichtig die Biografie des Individuums miteinzubeziehen (Patrick Schwalm, 2005, S.130-131).

❖ Suizidale Stadien nach Walter Pöldinger

Walter Pöldinger (1968) stellt ein Schema vor, das ebenfalls der Einschätzung von Suizidalität dient (siehe Abbildung 4). Er geht von den folgenden drei suizidalen Stadien aus:

1. Erwägungsstadium
2. Ambivalenzstadium
3. Entschlusstadium (S.19-20).

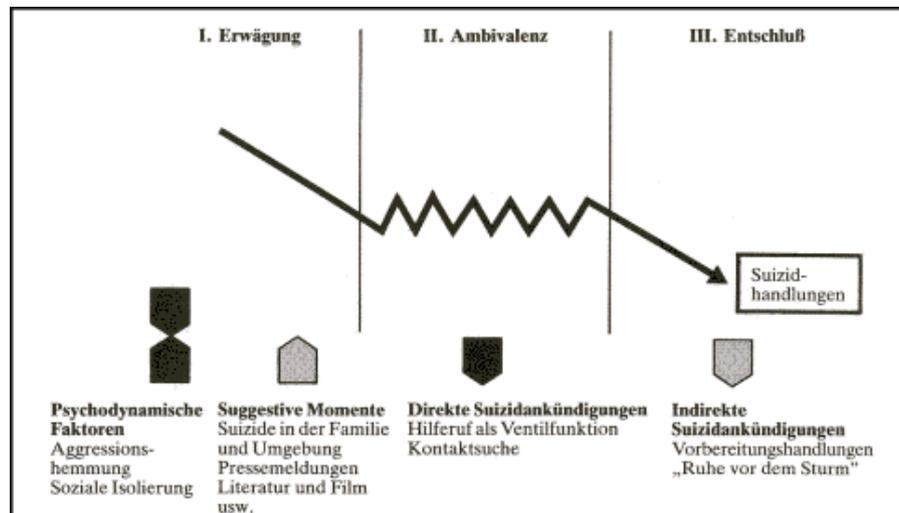


Abbildung 4: Stadien der suizidalen Entwicklung (Walter Pöldinger, 1982, S.13)

Wie Wilhelm Rotthaus (2017) beschreibt, wird im Erwägungsstadium der Suizid als eine mögliche Lösung für die Probleme betrachtet. Das eigene Leben wird als sinn- und hoffnungslos eingeordnet. (Medien-) Berichte und Ereignisse zu Suiziden können solche Gedanken verstärken. Im Ambivalenzstadium werden gedanklich die Vor- und Nachteile eines Suizids abgeschätzt. Es ist möglich, dass in dieser Phase Suizidankündigungen direkt geäußert werden oder Kontakt zu Vertrauens- und Beratungspersonen aufgenommen wird. Im Entschlusstadium, der dritten und letzten Phase, werden der Entscheid zum Suizid und möglicherweise bereits Vorbereitungen dazu getroffen. In dieser Phase wirken Betroffene in der Regel ruhiger als im Ambivalenzstadium, da der Entscheid feststeht. Der Autor appelliert daher an die beratende Person, besonders in der dritten Phase nach dem Suizidvorhaben zu fragen (S.112).

2.4.4 Lerntheoretische Perspektive

Die psychosoziale Entwicklung wird durch die Verarbeitung exogener Einflüsse geprägt. Lernen ist demgemäß eine stete Reaktion auf Reize aus der Umwelt und basiert auf wechselseitigen Beziehungen zu Mitmenschen. Gemäss der lerntheoretischen Perspektive ist Lernen nicht nur am eigenen Erfolg oder Misserfolg möglich, sondern auch an dem von Vorbildern. Somit kann erklärt werden, dass Suizide Jugendlicher aufgrund der Vorbildfunktion, bewusst oder unbewusst, nachgeahmt werden. Suizide von prominenten Personen stellen, angesichts der hohen Identifikation mit den Idolen, ein besonders

grosses Risiko der Nachahmung dar (Bründel, 2004, S.118). Das Risiko, dass eine jugendliche Person suizidal ist, wird durch Suizidalität innerhalb der Familie erheblich gesteigert (Rotthaus, 2017, S.47). Bereits Burrhus Frederic Skinner (1973) hat Mitte des 20. Jahrhunderts mit der operanten Konditionierung aufgezeigt, dass alle Verhaltensweisen auf Prozesse des Lernens zurückzuführen sind (S.66-70).

2.4.5 Stresstheoretische Perspektive

Suizidalität wird als Zusammenspiel belastender Lebensereignisse, der eigenen Persönlichkeit und sozialer Faktoren aufgefasst. Wenn eine Person in der subjektiven Wahrnehmung vom sozialen Umfeld unzureichend unterstützt wird, kommen eigenen Lösungsstrategien zur Problemlösung eine umso grössere Bedeutung zu. Besonders wichtig sind Strategien, die als hilfreich erlebt wurden. Sind keine oder nicht hilfreiche Bewältigungsstrategien vorhanden, wird negativer Stress ausgelöst, der angesichts fehlender Strategien, nicht bewältigt werden kann. Da keine alternativen Strategien zur Stressbewältigung gefunden werden, liegt der scheinbar einzige Ausweg im Suizid (Refubium, ohne Datum).

2.5 Suizidales Verhalten von Jugendlichen

Wie zu Beginn der Arbeit beschrieben wurde, ist Suizid die zweithäufigste Todesursache bei 15 bis 29-jährigen Personen (Eink & Haltenhof, 2017, S.48). Betrachtet man die in Kapitel 2 beschriebenen Entwicklungsaufgaben und Risikofaktoren für Suizidalität, fällt auf, dass Jugendliche in ihrer Lebensphase vielfältigen Herausforderungen und Belastungen gegenüberstehen:

- Unterschiedliche Entwicklungsaufgaben und die Identitätsbildung
- Fortschreitende Autonomieentwicklung und die damit verbundene Ablösung der Eltern
- Folgende Risikofaktoren betreffen das Jugendalter besonders: Alter, Persönlichkeit, Schule, Geschlechteridentität, Freundschaftsbeziehungen und Medien

Trotz diesen mannigfaltigen Belastungen haben Erwachsene die Tendenz, Suizidalität von Jugendlichen zu verharmlosen. Ankündigungen von Suizidversuchen und Suizidgedanken werden oftmals zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und werden als Schrei nach Aufmerksamkeit interpretiert. Fachpersonen unterscheiden Ursache und Anlass subjektiver Gründe für Suizidgedanken und Suizidversuche. Der Anlass kann dabei der Tropfen sein «der das Fass zum Überlaufen bringt». Eine Kumulation von Belastungen kann von Jugendlichen als Krisensituation empfunden, von Aussenstehenden und Helfenden jedoch falsch interpretiert werden. Häufige Motive für suizidale Krisen im Jugendalter zeigen sich, wie in Tabelle 6 abgebildet, in Form von Lebensereignissen, Entwicklungskrisen, psychischen Störungen und Gruppeneinflüssen (Eink & Haltenhof, 2017, S.47-51).

Motiv	Beschreibung
Lebensereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Verlusterfahrungen aus früheren Ereignissen wie Suizid von Freunden/Familienmitgliedern • Tod oder Trennung nahestehender Personen • Erfahrungen mit Gewalt in der Familie • Schwere Konflikte im schulischen oder privaten Kontext
Entwicklungskrisen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung, von niemandem geliebt zu werden und Gefühl der Einsamkeit • Idee, dass niemand bei der Bewältigung der momentanen Probleme helfen kann • Familiäres Klima, unzureichende elterliche Fürsorge • Mangelndes Selbstwertgefühl • Missbrauch von Alkohol und/oder Drogen der jugendlichen Person oder deren Erziehungsberechtigter
Psychische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Depression als möglicher Risikofaktor für Suizid
Gruppeneinflüsse	<ul style="list-style-type: none"> • Ablösung von den Eltern und gleichzeitig mehr Kontakte zu Peers setzt die Jugendlichen der potenziellen Gefahr von Mobbing und negativen Gruppenerfahrungen aus. • Peers ermöglichen die Identität zu gestalten, können jedoch auch Anlass für suizidale Handlungen geben, wenn Konflikte innerhalb der Gruppe entstehen oder jemand ausgeschlossen wird.

Tabelle 6: Motive suizidaler Krisen (eigene Darstellung auf der Basis von Eink & Haltenhof, 2017, S.50-51)

Rotthaus (2017) beschreibt, dass homosexuelle Personen sich oftmals zwischen dem 14 bis 17 Lebensjahr outen, was Krisen und Identitätsprobleme auslösen kann. Zudem haben homosexuelle oder bise sexuelle Personen erwiesenermassen ein erhöhtes Suizidrisiko (S.41-42). Die Auswirkungen von Online-Foren, die Suizidalität thematisieren, werden von Fachpersonen widersprüchlich betrachtet. Einerseits wird davon ausgegangen, dass der anonyme Austausch mit Peers über Probleme sehr hilfreich sein kann. Andererseits wird befürchtet, dass diese Art des Erfahrungsaustauschs anspornend wirkt und damit Personen in deren suizidalen Vorhaben bekräftigt (Eink & Haltenhof, 2017, S.52). Wie Sigrid Meurer (2010) schreibt sind die Angebote einer Krisenintervention für Kinder und Jugendliche oft unzureichend. Einerseits sind Fachpersonen ambulanter Angebote oftmals überfordert, eine angemessene Intervention einzuleiten. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche in Krisen nicht zwingend stationär behandelt werden (S.224).

2.6 Schlussfolgerungen und Beantwortung Unterfrage 1

Suizidalität stellt ein breites Spektrum an Emotionen, Aktivitäten, Impulsen und Gedankengängen dar und ist mit unterschiedlichem Handlungsdruck verbunden. Suizidalität wird als die gesamte Entwicklung von Suizidgedanken über suizidale Absichten und Suizidpläne bis hin zu einer suizidalen Handlung definiert. Das Krankheits- und das Krisenmodell ermöglichen unterschiedliche Zugänge zur Erklärung

von Suizidalität. Verschiedene Theorien zeigen unterschiedliche Perspektiven der Suizidalität auf und ermöglichen ein besseres Verständnis. Suizidalität im Jugendalter kann nicht einheitlich beschrieben und muss stets auf das Individuum bezogen betrachtet werden. Das Alter der Adoleszenz ist geprägt von unterschiedlichen Entwicklungsaufgabe. Unterschiedlichste Kompetenzen im Umgang mit dem sozialen Umfeld und der eigenen Identität werden erprobt und gefestigt. Solche Veränderungen bringen Unsicherheit mit sich. Die fortschreitende Autonomieentwicklung erfordert, dass Sicherheit aus dem Umfeld vermittelt und neue Vertrauensbeziehungen gestaltet werden. Aufgrund der ungefestigten Geschlechteridentität sowie der allgemeinen Identitätsentwicklung und der damit verbundenen Unvereinbarkeit von erwünschtem und aktuellem Selbstbild, stellt das Alter der Adoleszenz einen spezifischen Risikofaktor für Suizidalität dar.

3 Rechte, Pflichten und Berufsethik

Neben den gesetzlichen Grundlagen der freiwilligen Jugend- und Familienberatungsstelle der Stadt Luzern werden im Kapitel 3 Rechte und Pflichten der jugendlichen Klientel und deren Eltern definiert und berufsethische Überlegungen angestellt.

Wie Peter Mösch Payot (2013a) schreibt, entstehen aufgrund der Beratung zwischen Institutionen, Sozialarbeitenden und der Klientel Beziehungen, aus welchen sich Rechte sowie Pflichten ableiten lassen. Sozialarbeitende vertreten häufig eine Institution und handeln somit stellvertretend. Dieses Verhältnis wird durch einen Arbeitsvertrag definiert. Ebenfalls entstehen rechtliche Beziehungen zwischen Sozialarbeitenden und Klientel sowie zwischen Institution und Klientel, welche durch Rechte und Pflichten geprägt sind (siehe Abbildung 5).

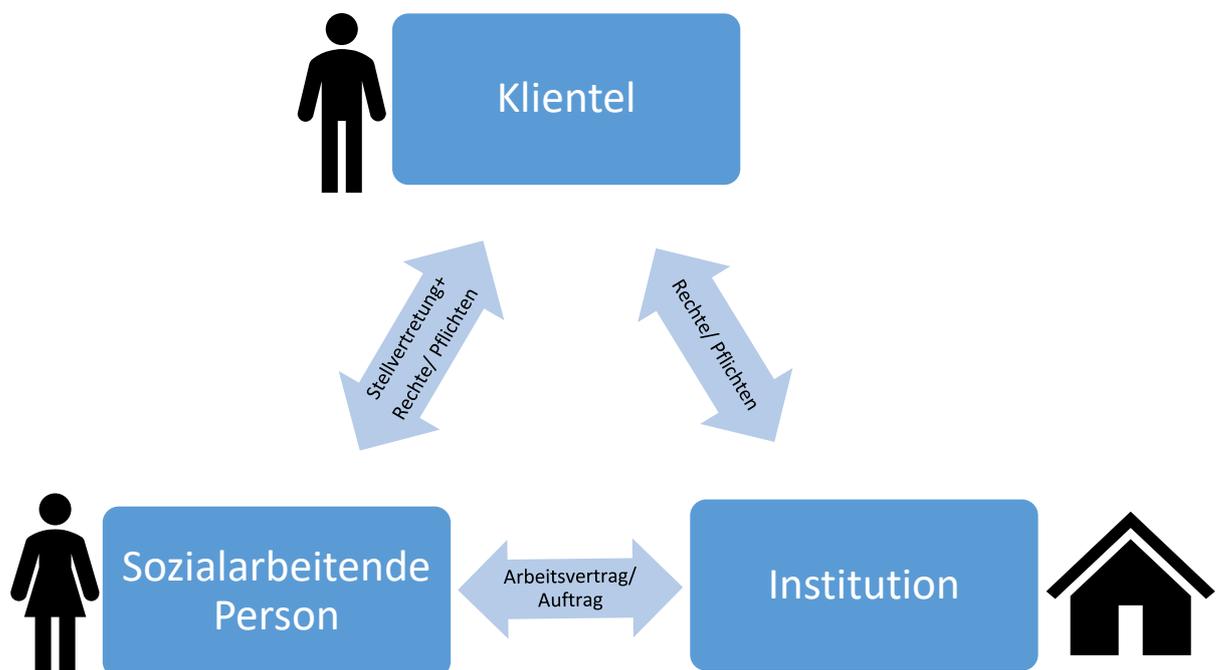


Abbildung 5: Rechtliche Beziehungen zwischen Institution, Klientel und Sozialarbeitenden (eigene Darstellung in Anlehnung an Mösch Payot, 2013a, S.141-145)

Im vorliegenden Fall ist dieses Verhältnis öffentlich-rechtlich geprägt. Die Rechtsbeziehung ist oft nur unvollständig geregelt. Ergänzend wird das Obligationenrecht (OR) beigezogen (S.141-145).

Welche Aufgaben, Rechte und Pflichten die Beteiligten haben, wird nachfolgend dargestellt. Eine abschliessende Aufzählung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Daher werden im Folgenden die für die vorliegende Thematik relevantesten Aufgaben, Rechte und Pflichten erwähnt.

3.1 Auftrag der Institution

Wie vorgängig erwähnt, wird in der vorliegenden Bachelorarbeit der Fokus auf freiwillige Jugendberatungsangebote gelegt. Exemplarisch wird auf die Stadt Luzern eingegangen, wo die Jugend- und Familienberatungsstelle Contact für freiwillige Beratungsangebote zuständig ist (Contact Luzern, ohne Datum). Nachfolgend werden die Institution und deren Auftrag sowie die gesetzlichen Grundlagen erläutert.

3.1.1 Gesetzliche Grundlage freiwilliger Jugendberatung

Die gesetzlichen Grundlagen für ein Angebot freiwilliger Jugendberatung sind auf *Bundesebene* in Art.11, Art.41 und Art.67 der schweizerischen Bundesverfassung (BV), sowie im Kinder- und Jugendförderungsgesetz (KJFG) definiert:

- Art.11 BV verankert den Schutz der Unversehrtheit sowie die Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und hält fest, dass sie ihre Rechte im Rahmen der Urteilsfähigkeit ausüben können.
- In den Sozialzielen (Art.41 BV) wird festgehalten, dass Bund und Kantone sich unter anderem dafür einsetzen, dass
 - Familien geschützt und gefördert werden.
 - Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung zu selbstständigen und sozial verantwortlichen Personen gefördert und in ihrer sozialen, kulturellen und politischen Integration unterstützt werden.
- Art.67 BV überträgt dem Bund und den Kantonen die Aufgabe, den besonderen Förderungs- und Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen.
- In Art.1 klärt das KJFG unter anderem die Finanzierung und die Zusammenarbeit von Bund und Kantonen/Kommunen in der ausserschulischen Arbeit sowie in der Kinder- und Jugendpolitik.

Auf *kantonomer Ebene* wird im Sozialhilfegesetz (SHG) des Kantons Luzern vom 16. März 2015, SRL892 in Art.24ff die persönliche Sozialhilfe erläutert und deren Finanzierung geklärt.

- Art.24 klärt den Anspruch auf persönliche Sozialhilfe im Falle persönlicher Schwierigkeiten.
- Art.25 regelt unter anderem, dass persönliche Sozialhilfe durch Information, Beratung und Betreuung geleistet wird. Persönliche Sozialhilfe umfasst demzufolge auch die Vermittlung an Institutionen der Sozialhilfe, die ein Angebot für Kinder, Jugendliche und Familien bereitstellen.
- Der darauffolgende Art.26 regelt die Kostenübernahme obengenannter Angebote durch die Einwohnergemeinde.

Auf *kommunaler Ebene* wird im Gemeindegesetz von Luzern in Art.47 geregelt, dass Kommunen öffentliche Aufgaben an Private oder an das Gemeinwesen übertragen können.

3.1.2 Leistungen der Jugend- und Familienberatungsstelle Contact

Der Zugang zur Jugend- und Familienberatungsstelle ist für die Klientel kostenfrei und niederschwellig. Grundsätzlich finden die Beratungsgespräche freiwillig statt. In Einzelfällen entstehen diese durch Vereinbarung mit vermittelnden Behörden oder Institutionen, wonach Gespräche für gewisse Personen verpflichtend sein können.

Die Jugend- und Familienberatungsstelle Contact ist für unterschiedliche Zielgruppen zuständig. Legt man den Fokus auf Jugendliche zwischen zwölf und 18 Jahren, werden gemäss dem Fachkonzept folgende Themen am häufigsten behandelt: Ausbildung und Beruf, Budget, Wohnsituation, Suchtthematiken, persönliche Probleme, Beziehungsfragen und Fragen zur Adoleszenz/Entwicklung/Ablösung, Kommunikation und Konflikte, Gefährdungseinschätzungen sowie die Vermittlung von Sachhilfe. Dabei wird das Angebot in drei Leistungsarten differenziert (siehe Tabelle 7).

Leistungsart	Beschrieb
Beratung	Bereits vorhandene Ressourcen und Strategien fördern
Anleitung	Erfahrungen und Wissen zur Verfügung stellen
Begleitung	Umgang mit einer nur schwer veränderbaren Problemlage

Tabelle 7: Leistungsarten (eigene Darstellung auf der Basis von Contact Jugend- und Familienberatung, 2018, S.5)

Contact bietet psychosoziale Beratungen an, wobei auf persönliche und soziale Belastungen eingegangen wird. Dabei orientiert sich das Beratungsteam am systemisch-lösungsorientierte Ansatz. Ausgehend davon, dass der Mensch Experte für sich selbst ist, treten beratende Personen mit der Klientel achtungsvoll in Kontakt und bringen ihr Fachwissen in den Prozess ein. Die Lösungsorientierung wird durch unterschiedliche Strategien (siehe Tabelle 8) umgesetzt.

Strategie	Beschrieb
Lösungen statt Probleme	Herausfinden, wie sich eine Situation gestaltet, wenn es eine Verbesserung gibt, anstatt das Problemverständnis zu erörtern.
Kleine Schritte	Kleinste Veränderungen können markante Auswirkungen auslösen.
Frühere Strategien	Ausfindig machen, welche Strategien in der Vergangenheit hilfreich waren.
Vorhandenes statt Fehlendes	In Erfahrung bringen, was zum jetzigen Zeitpunkt bereits etwas besser ist, auch wenn nur gelegentlich.
Einfache Sprache	Beratungen in einfacher und nachvollziehbarer Sprache führen.

Tabelle 8: Strategien Lösungsorientierung (eigene Darstellung auf der Basis von Contact Jugend- und Familienberatung, 2018, S.7)

Weiterer wichtiger Bestandteil der Beratungen ist die Grundidee der systemischen Beratung. Bedeutend dabei ist die Haltung der Beratungsperson. Diese ist durch die Annahme geprägt, dass sich Menschen gegenseitig beeinflussen und das soziale Umfeld somit wichtiger Bestandteil der angestrebten Lösung ist (Contact Jugend- und Familienberatung, 2018, S.3-8).

3.2 Fachpersonen der Sozialarbeit

Sozialarbeitende verfolgen Ziele, die es der Klientel ermöglichen, grösstmögliche Autonomie zu erlangen und an gesellschaftlichen Prozessen teilhaben zu können. Die Tätigkeit der Sozialarbeitenden basiert auf einer reflektierenden und systematischen Herangehensweise. Damit die Klientel angemessen begleitet werden kann, müssen Sozialarbeitende vielfältige Kompetenzen, wie sie in Abbildung 6 dargestellt sind, mitbringen (AvenirSocial, 2014, S.3-4):



Abbildung 6: Kernkompetenzen Fachpersonen Sozialer Arbeit (eigene Darstellung auf der Basis von AvenirSocial, 2014, S.4)

AvenirSocial (2014) definiert, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit folgendes Menschenbild sowie folgende Grundhaltung und Werte verfolgen sollten:

Für Professionelle der Sozialen Arbeit sind in erster Linie Werte wie Menschenwürde, Gerechtigkeit, Gleichheit, Demokratie und Solidarität zentral. Das zugrunde liegende Menschenbild ist humanistisch und orientiert sich an den Menschenrechten und den entsprechenden berufsethischen Prinzipien. Die Professionellen Sozialer Arbeit handeln im Dienste eines Lebens, in dem die physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen anerkannt und befriedigt werden und die unveräusserliche Würde und der Wert jeder einzelnen Person Anerkennung und Schutz finden. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind solidarisch gegenüber den gesellschaftlich Ausgeschlossenen. Durch ihren Einsatz tragen sie dazu bei, Not zu lindern und die Entfaltung von Einzelnen und Gruppen zu fördern. (S.7)

3.2.1 Berufsethische Aspekte Sozialer Arbeit

Die Soziale Arbeit verpflichtet sich neben dem genannten Menschenbild auch dem Tripelmandat³ (siehe Abbildung 7). Das dritte Mandat ist als Antwort auf die Spannungsverhältnisse zu sehen, welche sich aus dem ersten Mandat und dem zweiten Mandat ergeben. Das dritte Mandat fordert auf Grundlage einer wissenschaftlichen Basis die Berücksichtigung berufsethischer Aspekte, des professionellen Wertewissens und der Moral (Beat Schmocker, 2011, S.47-48).

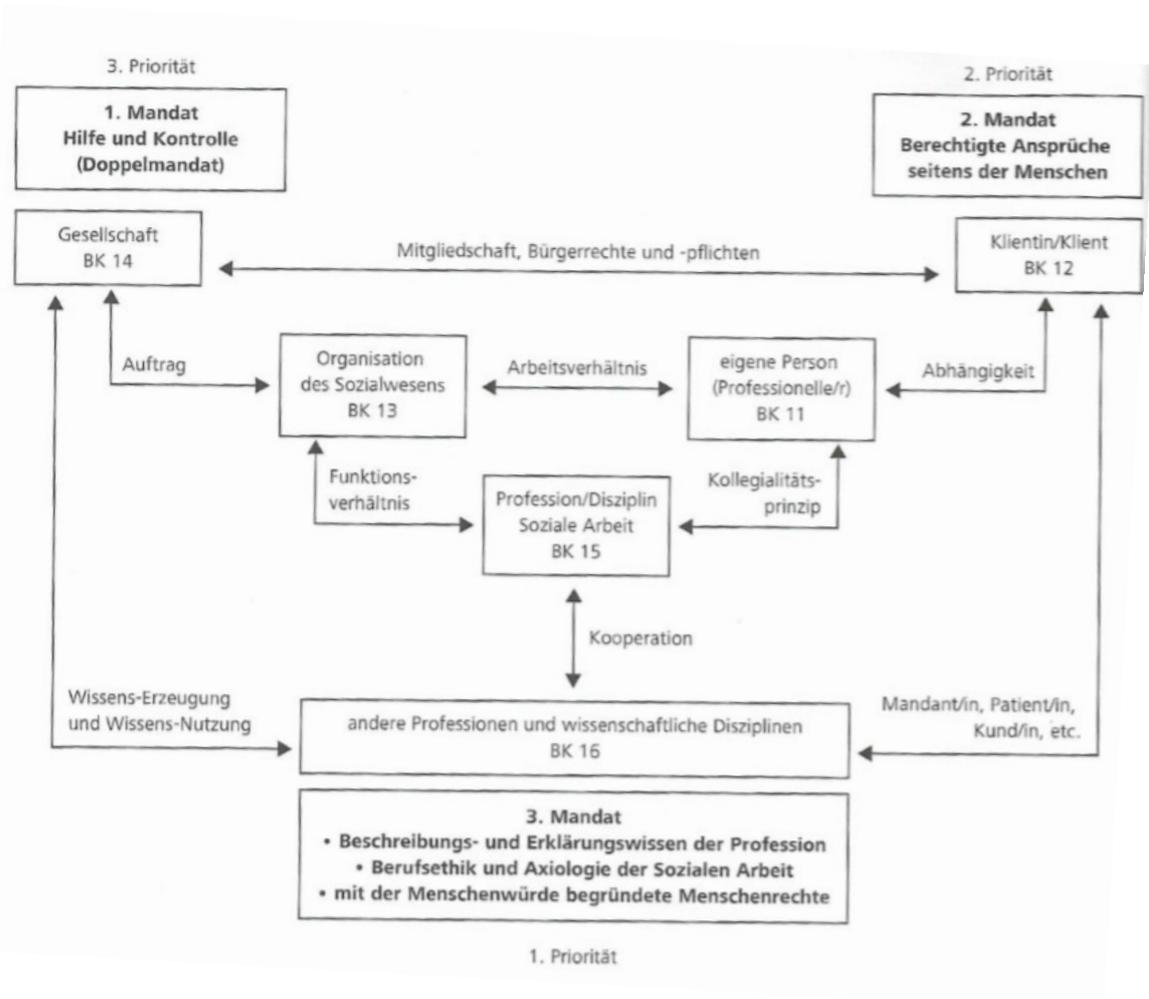


Abbildung 7: Mandate und Verantwortungsbereiche Sozialer Arbeit in ihrer Interdependenz (Schmocker, 2011, S.22)

Der Berufskodex von AvenirSocial (2010) hält Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit fest. Er beinhaltet Merkmale zu unterschiedlichen Handlungsmaximen und zu einer berufsethisch begründeten Praxis. Unter anderem wird gefordert, dass...

- ... Professionelle der Sozialen Arbeit die Zusammenarbeit mit Vertrauen und Wertschätzung gestalten und ihre Arbeitsweise und das methodische Vorgehen gegenüber der Klientel transparent machen.

³Weiterführende Informationen zum Tripelmandat sind zu finden unter der erwähnten Quelle und werden an dieser Stelle nicht ausgeführt.

- ... das eigene Handeln sich nach theoretischen, methodischen und berufsethischen Professionskriterien gestaltet und reflektiert ist.
- ... Professionelle, wenn nötig, für sich selbst Beratung in Anspruch nehmen, beispielsweise in Form von Intervention, Supervision und Weiterbildung.
- ... Professionelle bei der Klientel die Wahrnehmung der eigenen Rechte und Pflichten einfordern (S.10-12).

3.2.2 Rechte und Pflichten von Sozialarbeitenden

Neben den genannten Aspekten bezüglich der Kompetenzen und der Berufsethik gilt es in der sozialarbeiterischen Praxis auch Rechte und Pflichten zu berücksichtigen.

Durch diverse Erlasse wird die Geheim- und Privatsphäre der Klientel geschützt. Ziel ist es, Personen und die über sie erhobenen Daten und Informationen zu schützen sowie reibungslose Verwaltungsabläufe zu ermöglichen. Zusätzlich greift das Strafrecht beim Schutz besonders relevanter Rechtsgüter, in dem gewisse Arten von Verletzungen der Geheimnisse bestraft werden können. In öffentlichen Verwaltungen gilt es bei der Geheimhaltung von Personendaten zwei Bereiche zu differenzieren. Neben dem Datenschutz sind Geheimhaltungspflichten einzuhalten (Marianne Schwander, 2015, S.95-96). Des Weiteren wird die Tätigkeit von Sozialarbeitenden massgebend durch Melderechte und -pflichten geprägt.

Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht auf alle Rechte, Pflichten und berufsethischen Aspekte eingegangen werden, welche in der sozialarbeiterischen Praxis berücksichtigt werden müssen. Stattdessen wird eine Auswahl aufgezeigt, welche Schnittstellen in der Begleitung suizidaler Jugendlicher aufweist.

❖ **Datenschutz**

Zur täglichen Arbeit von Sozialarbeitenden gehört es, Daten von und Informationen über Klientel zu beschaffen, zu bearbeiten und gegebenenfalls an Dritte weiterzugeben. Dabei sollen nicht mehr Daten erhoben werden, als nötig. Die Beschaffung und Weitergabe der Informationen geschieht optimalerweise nach Zustimmung der betroffenen Person. Ist dies nicht der Fall, muss eine gesetzliche Grundlage gegeben sein oder ein «...überwiegendes öffentliches oder privates Interesse...» bestehen (Peter Mösch Payot, 2013b, S.133-135).

Das Grundrecht des Persönlichkeitsschutzes wird in Art.13 BV geregelt und garantiert den Schutz der Privatsphäre. Behörden sind verpflichtet, die Privatsphäre anzuerkennen und private Auskünfte zu schützen. So können die Achtung des Privatlebens und der Schutz des sozialen Ansehens gewährleistet werden. Die Bearbeitung von Daten muss gemäss Art.36 BV notwendig, zweckgebunden und verhältnismässig sein (Schwander, 2015, S.96-97).

Zur Berücksichtigung der Grundprinzipien des Datenschutzes gehören folgende Punkte:

- Im öffentlich-rechtlichen Bereich ist eine gesetzliche Grundlage für die Beschaffung von Daten gegeben.
- Die Beschaffung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten müssen verhältnismässig sein.
- Die Verwendung und Bearbeitung der Daten sind auf den Zweck der Erhebung beschränkt. Eine weitergehende Bearbeitung ist nur mit Einwilligung oder durch die Gegebenheit einer gesetzlichen Grundlage erlaubt.
- Bearbeitete Daten müssen auf ihre Richtigkeit überprüft und falls nötig angepasst werden.
- Die Daten müssen durch technische und organisatorische Vorkehrungen vor widerrechtlichem Zugriff gesichert werden (Mösch Payot, 2013b, S.129-131).

❖ **Überwiegendes öffentliches oder privates Interesse**

Eine Informationsweitergabe im Sinne des öffentlichen Interesses kann im Rahmen der Amtshilfe gerechtfertigt sein. So kommt es vor, dass ein öffentliches Organ spezifische Informationen anfordert. Informationen werden unter Berücksichtigung folgender Aspekte erteilt: Verhältnismässigkeit, Notwendigkeit, unzumutbare andere Möglichkeiten zur Beschaffung der Daten. Eine Informationsweitergabe im Sinne von überwiegendem privatem Interesse kann gerechtfertigt sein, wenn diese für den Schutz von Personen notwendig ist oder notwendig erscheint (Mösch Payot, 2013b, S.136).

❖ **Besondere Geheimhaltungspflichten**

Im Strafrecht werden zwei relevante Straftatbestände im Zusammenhang mit Geheimhaltungspflichten in der Sozialen Arbeit behandelt: Das Amtsgeheimnis nach Art.320 StGB sowie das Berufsgeheimnis nach Art.321 StGB. Das Berufsgeheimnis nach Art.321 StGB ist für die vorliegende Arbeit nicht ausschlaggebend, weshalb an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet wird. Sind Fachpersonen der Sozialen Arbeit im öffentlichen Dienst tätig, gilt für sie das Amtsgeheimnis nach Art.320 StGB, sowie ein Amtsgeheimnis aus kantonaler/kommunaler Regelung wie beispielsweise die Schweigepflicht aus Personalreglementen. Das strafrechtliche Amtsgeheimnis verbietet den unverhältnismässigen Eingriff in die Privatsphäre der Klientel. Es umfasst alle Geheimnisse, die Behördenmitgliedern oder Angestellten in amtlicher Tätigkeit anvertraut wurden. Eine Verletzung liegt vor, wenn sensible Informationen über die Klientel Dritten zugänglich gemacht werden. Eine Ausnahme besteht, wenn die vorgesetzte Behörde gemäss Art.14 StGB zur Weitergabe einwilligt oder die urteilsfähige Klientel eine Entbindung unterzeichnet. Neben den strafrechtlichen Grundlagen des Amtsgeheimnisses, gelten weiterführende Bestimmungen des Bundes und der Kantone. Im Kanton Luzern ist dies in §52 des Personalgesetzes der Fall, wo die Geheimhaltungspflicht konkretisiert wird. Besondere Gesetze wie Melderecht/-pflicht gemäss Sozialhilfegesetz bleiben dabei bestehen. In der Regel besteht eine kantonale Schweigepflicht, welche eine Berufung auf das Amtsgeheimnis nach Art.320 StGB für Sozialarbeitende nicht nötig

macht. Personen, die im Kanton Luzern das Sozialhilfegesetz vollziehen, fallen nach Personalgesetz unter die Geheimhaltungspflicht nach Art.320 StGB. Die im Sozialhilfegesetz geregelte Schweigepflicht geht nicht über das Amtsgeheimnis hinaus (Schwander, 2015, S.99-105).

❖ **Meldepflicht und Melderecht im Kinderschutz**

Wie Luca Maranta (2018) schreibt, werden ab dem 01. Januar 2019 neue Meldevorschriften im Kinderschutz Gültigkeit erlangen. Damit die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) ein Verfahren im Kinderschutz eröffnen kann, ist sie auf Informationen aus der Gesellschaft angewiesen. Diese Gegebenheit führt zu Spannungen zweier entgegengestellter Interessen: Der Pflicht des Staates, Kinder und Jugendliche gemäss Art.11 BV zu schützen, steht die Meldepflicht gegenüber. Die durch ein Vertrauensverhältnis geprägte Zusammenarbeit zwischen Klientel und beratender Fachperson kann in Schieflage geraten. Bei der Regelung werden die Zusicherung von Intimität, die informationelle Selbstbestimmung (Art.13 Abs.2 BV) und der Persönlichkeitsschutz (Art.28 ZGB) tangiert.

Im revidierten Gesetz wird der Grundsatz des *Melderechts* (nArt.314c ZGB) weiterhin erhalten bleiben⁴. Bei einer scheinbaren Kindeswohlgefährdung hat jede Person die Möglichkeit, eine Meldung bei der KESB zu tätigen. Neu ist die das Kindeswohl betreffende Formulierung, welche aussagt, dass die psychische, körperliche oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet erscheinen muss. Das rechtmässige Handeln ist erfüllt, wenn die meldende Person denkt, eine Kinderschutzmassnahme sei möglicherweise notwendig.

Die Verschärfung der Meldevorschriften wird durch die erweiterte *Meldepflicht* umgesetzt. Meldepflichten im Bundesrecht sind in vielfältigen Bestimmungen zu finden. Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Arbeit ist nArt.314d ZGB:

- 1) Folgende Personen, soweit sie nicht dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch unterstehen, sind zur Meldung verpflichtet, wenn konkrete Hinweise dafür bestehen, dass die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet ist und sie der Gefährdung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit Abhilfe schaffen können:
 - Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Betreuung, Erziehung, Bildung, Sozialberatung, Religion und Sport, die beruflich regelmässig Kontakt zu Kindern haben.
 - Wer in amtlicher Tätigkeit von einem solchen Fall erfährt.
- 2) Die Meldepflicht erfüllt auch, wer die Meldung an die vorgesetzte Person richtet.
- 3) Die Kantone können weitere Meldepflichten vorsehen.

⁴ nArt.314c ZGB vgl. Anhang A

Mit dieser Änderung wird der Kreis der meldepflichtigen Personen um obengenannte Personen erweitert. Dies ist für Sozialarbeitende von grosser Relevanz, sofern sie in regelmässigem, beruflichem Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen. Bemerkenswert ist, dass der Meldepflicht nur nachgekommen werden muss, wenn der Gefährdung «...nicht im Rahmen der eigenen Tätigkeit Abhilfe...» geschaffen werden kann. nArt.314d Abs.2 ZGB impliziert, dass die KESB nicht in jedem Fall Empfängerin der Meldung sein muss (S.232-238).

3.3 Klientel in der Altersgruppe von zwölf bis 18 Jahren

In der vorliegenden Arbeit werden als Indexklientel zwölf bis 18-jährige Personen definiert. Ab dem zwölften Lebensjahr können Jugendliche die Jugendberatung selbständig aufsuchen (Contact Luzern, ohne Datum). Mit dem 18. Geburtstag erreichen sie die Volljährigkeit (vgl. Kapitel 3.3.1).

3.3.1 Definition Minderjährigkeit

Gemäss dem schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) wird jeder Mensch zwischen Geburt und Vollendung des 18. Lebensjahrs als Kind betrachtet (siehe Art. 11,31 i.V.m. Art.14 und 296 Abs.2 ZGB). Die Kindheit ist geprägt von einer andauernden Entwicklung. Diese nimmt ihre Anfänge bei der Geburt, nach welcher das Kind vollkommen auf die Versorgung und Betreuung durch Bezugspersonen angewiesen ist. Die anfängliche Urteilsunfähigkeit und die vollständige Abhängigkeit entwickeln sich fortwährend und das Kind wird kontinuierlich selbständiger. Bei Erreichen der Volljährigkeit wird angenommen, dass eine Person selbständig, handlungsfähig und urteilsfähig ist (Kurt Affolter-Fringeli & Urs Vogel, 2016, S.402). Der Begriff Minderjährigkeit wird dabei vor allem im gesetzlichen Kontext verwendet.

3.3.2 Rechte und Pflichten von Jugendlichen

Die Rechtsfähigkeit ist gemäss Art.11 ZGB jeder Person zuzustehen. Das Kind ist somit ab der Geburt Träger der Grundrechte, welche in der BV verankert sind. Die Hauptverantwortung für das Wohlergehen liegt in erster Linie bei den Eltern. Art. 305b Abs.1 ZGB regelt die Rechtsstellung des Kindes folgendermassen:

- 1) Das urteilsfähige Kind unter elterlicher Sorge kann im Rahmen des Personenrechts durch eigenes Handeln Rechte und Pflichten begründen und höchstpersönliche Rechte ausüben.

❖ **Autonome Handlungsmacht des Kindes und Urteilsfähigkeit**

Art.11 Abs.2 BV hält fest, dass Kinder ihre Rechte im Rahmen ihrer Urteilsfähigkeit ausüben können.

Handlungsfähig ist gemäss Affolter-Fringeli & Vogel (2016), wer volljährig und urteilsfähig ist. Die Urteilsfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit vernunftgemäss handeln zu können. Diese Fähigkeit entwickelt sich mit zunehmendem Alter und der Begriff der Vernunft verändert sich dementsprechend. Handlungen, welche durch urteilsunfähige Jugendliche ausgeführt wurden, entfalten keine rechtliche Wirkung. Jugendliche können aufgrund der fehlenden Volljährigkeit nicht selbständig Rechtsgeschäfte abschliessen und sind auf die gesetzliche Vertretung angewiesen. Bei urteilsfähigen Jugendlichen ist das Ausüben von Rechten oder das Eingehen von Verpflichtungen jedoch unter folgenden Voraussetzungen möglich:

1. Mit Zustimmung der Eltern können Verpflichtungen eingegangen oder Rechte aufgegeben werden.
2. Unentgeltliche Vorteile und belanglose Angelegenheiten des täglichen Lebens können selbständig erledigt werden.
3. Rechte, die der Persönlichkeit willen zustehen, können ausgeübt werden (S.403-407).

Art.16 ZGB definiert die Urteilsfähigkeit als die Fähigkeit, vernunftgemäss handeln zu können. Damit von vernunftgemäßem Handeln ausgegangen werden kann, muss die Person einsichtsfähig und willensfähig sein (siehe Tabelle 9) (Frank Petermann, 2008, S.17-19).

Einsichtsfähigkeit	Willensfähigkeit
Fähigkeit intellektueller Einsicht und vernunftgemässer Beurteilung	Gebildeter Wille im Alltag umsetzen können
Fähigkeit zur Bildung des Willens: Durch Situationseinschätzung und durch Reflexion eigenen Willen bilden können	Äussere Gründe, die eine Umsetzung des Willens einschränken oder verunmöglichen wie beispielsweise die Beeinflussung durch Drittpersonen

Tabelle 9: Einsichtsfähigkeit und Willensfähigkeit (eigene Darstellung auf Basis von Petermann, 2008, S.18-19)

Im Schweizer Recht gilt die sogenannte «Relativität der Urteilsfähigkeit». Die Urteilsfähigkeit wäre demnach für jede einzelne Rechtshandlung zu überprüfen und misst sich an der Art der Rechtshandlung. Eine stetige Überprüfung der Urteilsfähigkeit im Alltag ist jedoch nicht praktikabel, weshalb grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass eine Person urteilsfähig ist. Der Beweis des Gegenteils bedarf ein entsprechendes Gutachten (Petermann, 2008, S.32-33).

❖ **Persönlichkeitsrecht und höchstpersönliche Rechte**

Grundsätzlich gilt für Jugendliche der zivilrechtliche Persönlichkeitsschutz gemäss Art.28 ZGB.

Jugendliche sind rechtsfähig und können Träger von Rechten und Pflichten sein. Da sie aber noch nicht mündig sind, sind sie nicht vollständig handlungsfähig. Daher gibt es spezielle Ausführungen, welche

die Rechtsstellung der Jugendlichen und die Vertretung durch die Eltern regeln. Das Persönlichkeitsrecht stärkt im Bereich der höchstpersönlichen Rechte die Handlungsfähigkeit urteilsfähiger Jugendlicher (Margot Michel, 2009, S.71).

Bei den höchstpersönlichen Rechten nach Art.19c ZGB handelt es sich um Befugnisse, die jeder Person, also auch Jugendlichen, zustehen. Ist eine Person urteilsunfähig wird unterschieden in absolut höchstpersönliche Rechte und in relativ höchstpersönliche Rechte. Absolut höchstpersönliche Rechte schliessen eine Stellvertretung in jedem Fall aus. Eine Person kann diese Rechte nur eigenständig ausüben, also nur, wenn sie urteilsfähig ist. Relativ höchstpersönliche Rechte können bei Urteilsunfähigkeit durch eine Stellvertretung ausgeübt werden. Dabei wird das Einverständnis der betroffenen Person vorausgesetzt (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.287-288). Die Konsultation eines freiwilligen Beratungsgesprächs durch eine Jugendliche entspricht keinem höchstpersönlichen Recht.

❖ **freiwilliger Kinderschutz**

Die Jugend- und Familienberatungsstelle Contact ist ein Angebot im freiwilligen Kinderschutz (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.421). Da Jugendliche ein Recht auf die Wahrnehmung von Angeboten im freiwilligen Kinderschutz haben, kann das Angebot von Contact ab zwölf Jahren ohne Kenntnis der Eltern wahrgenommen werden (Fachpoolgespräch vom 15.10.2018).

❖ **Elterliche Sorge**

Jugendliche unterstehen der elterlichen Sorge gemäss Art.296 ZGB (vgl. Kapitel 3.4.2).

3.4 Eltern

Den Eltern kommt eine Vielzahl von Rechten und Pflichten zu, welche es als beratende Person in der freiwilligen Beratung mit Jugendlichen zu berücksichtigen gilt.

3.4.1 Definition Eltern

Der Beginn und die Folgen des Verhältnisses zwischen Kind und Eltern wird rechtlich gemäss Art.252ff ZGB geregelt. Im Regelfall sind die Kindeseltern die biologischen, sozialen und genetischen Eltern. Die soziale Elternschaft ist so lange akzeptiert, bis eine gerichtliche Prüfung des rechtlichen Kindesverhältnisses angefordert wird (Mösch Payot, 2013a, S.194).

Neben der gesetzlichen Definition der Elternschaft stellt die Bindung zwischen Kind und Eltern ein bedeutsamer Faktor dar. Die Bindung stellt sicher, dass Grundbedürfnisse wie Pflege, Ernährung und Schutz gewährleistet sind und ermöglicht die Weitergabe von Wissen und diverser Fertigkeiten. Der

Bindung zwischen Kind und Eltern sollte daher möglichst viel Aufmerksamkeit zukommen (Remo Largo, 2009, S.127).

3.4.2 Rechte und Pflichten von Eltern

❖ **Elterliche Sorge (Art.296 ZGB)**

Art.296 ZGB regelt die elterliche Sorge. Dadurch werden die Eltern legitimiert, Einfluss auf ihre Kinder zu nehmen, sie zu schützen und zu vertreten. Sie ist Recht und Pflicht zur Sorge des Kindes. Das Wohl des Kindes steht dabei im Zentrum (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.5-8). Die elterliche Sorge kann beschränkt werden. In der Regel endet sie mit Erreichen der Volljährigkeit (ebd., S.25).

Die elterliche Sorge wird als Ganzheit der elterlichen Zuständigkeiten zum Wohle des Kindes verstanden. Im ZGB werden diese in Art.301ff sowie Art.318ff genauer definiert und umfassen zusammengefasst folgende Bereiche: Pflege, Erziehung, gesetzliche Vertretung sowie Verwaltung des Vermögens (Linus Cantieni & Brigitta Wyss, 2016, S.308-309). Ziel der elterlichen Sorge ist es, das Kind zu einer autonomen und eigenverantwortlichen Persönlichkeit zu befähigen. Je nach Alter und Entwicklung der Jugendlichen gilt es mehr oder weniger Einfluss zu nehmen und eine altersentsprechende Partizipation zu ermöglichen (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.6-7). Einschränkungen in der elterlichen Sorge ergeben sich aus dem Persönlichkeitsrecht der jugendlichen Person, welches sich auf die körperliche, geistige und psychische Unversehrtheit bezieht (ebd., S.13).

Bestandteil der elterlichen Sorge ist in der Regel auch die elterliche Obhut, welche meistens dem Inhaber und/oder der Inhaberin der elterlichen Sorge zukommt. Diese dürfen über den Aufenthaltsort des Kindes bestimmen. Neben der Wohnsituation werden dadurch auch Ferienaufenthalte und auswärtige Übernachtungen des Kindes geregelt (Mösch-Payot, 2013a, S.199).

❖ **Erziehung (Art.302 ZGB)**

Die Erziehungsaufgaben kommen den Eltern durch die Geburt zu. Die Aufgaben sind grösstenteils von den Eltern zu erfüllen, können aber je nach Gegebenheiten teilweise oder vollumfänglich Dritten anvertraut werden. Die inhaltliche Umsetzung der Erziehung ist vom Staat nicht vorgeschrieben. Ziel ist die Förderung und Aufrechterhaltung des Kindeswohls. Für Eltern heisst dies, dem Kind zur Seite zu stehen, das Kind zu fördern und zu lenken aber auch zu schützen (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.245-247). Neben der körperlichen, geistigen und sittlichen Entfaltung sind die Eltern aufgefordert, sich um die allgemeine und berufliche Ausbildung zu sorgen (ebd., S.250-254).

Gemäss Mösch Payot (2013a) kommt den Eltern ein Informationsrecht in Bezug auf Lebensfragen zu, die die Erziehung des Kindes tangieren. Das Recht auf Information wird insofern beschränkt, als dass Jugendliche ihrer Reife entsprechend die Persönlichkeit betreffende Entscheide selbst treffen können. Die Geheimnissphäre der Jugendlichen muss dabei berücksichtigt werden. Anspruch auf Information

ohne die Einwilligung des Kindes haben die Eltern, wenn das Interesse zum Schutz des Kindes schwerer zu gewichten ist, als das Geheimnisinteresse der Jugendlichen. Eine Interessensabwägung ist sorgfältig vorzunehmen (S.198).

❖ **Vertretungsrecht der Eltern (Art.304 ZGB)**

Die Eltern agieren als gesetzliche Vertreter, sofern ihnen die elterliche Sorge zusteht (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.406). Der Bedarf des elterlichen Vertretungsrechts ist durch die Handlungsunfähigkeit der Jugendlichen gegeben. In Art.304f ZGB lassen sich drei Konstellationen der Vertretung unterscheiden:

- Die gesetzliche Vertretung handelt im Namen der Jugendlichen.
- Jugendliche handeln im Rahmen der beschränkten Handlungsunfähigkeit selbständig.
- Jugendliche handeln unter Vorbehalt der Zustimmung der gesetzlichen Vertretung (ebd., S.279).

Da die volle Handlungsfähigkeit noch nicht gegeben ist, können Rechte und Pflichten in gewissen Bereichen nicht selbständig wahrgenommen werden. Eltern können auch urteilsfähige Jugendliche vertreten, haben deren Meinung jedoch angemessen zu berücksichtigen. Ausgeschlossen von einer Vertretung sind die in Kapitel 3.3.2 beschriebenen höchstpersönlichen Rechte (Mösch-Payot, 2013a, S.196-197).

❖ **Freiwilliger Kindesschutz**

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, vom freiwilligen Kindesschutz Gebrauch zu machen: Schulsozialarbeit, schulpyschologischer Dienst, Angebote zur Früherziehung und viele weitere. Angebote von privaten und staatlichen Stellen können bei Fragen und Herausforderungen durch die Eltern konsultiert werden. Gewisse Angebote können von den Jugendlichen auch selbständig aufgesucht werden. Es besteht keine gesetzliche Pflicht, ein Angebot wahrzunehmen (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.421). Die Eltern haben das Recht, Beratungsangebote und Massnahmen in Anspruch zu nehmen, um ihre eigenen Kompetenzen zu stärken oder ihrem Kind adäquate Unterstützung zukommen zu lassen (Kinderschutz Schweiz, ohne Datum). Die Leistungen der Jugend- und Familienberatungsstelle Contact können dem freiwilligen Kindesschutz zugeordnet werden.

❖ **Zivilrechtlicher Kindesschutz**

In Art.11 BV ist geregelt, dass die Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen «...besonders zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern...» ist. Das Wohl des Kindes richtet sich nach der Kinderrechtskonvention sowie den Sozialzielen der BV und gilt als wichtigster Grundsatz im Kindesrecht.

Falls die Eltern das Kindeswohl nicht mehr selbständig garantieren können, hat der Staat, in Form von Verwaltung oder Gericht, individuell einzugreifen (vgl. Art.307ff ZGB) und das Kindeswohl zu schützen (Affolter-Fringeli & Vogel, 2016, S.460-461).

3.5 Schlussfolgerungen und Beantwortung Unterfrage 2

Es gibt unzählige Rechte und Pflichten, die es als sozialarbeitende Person in Zusammenarbeit mit Jugendlichen und deren Eltern zu berücksichtigen gilt. Viele der Rechte und Pflichten, welche das Verhältnis zwischen Eltern und Kind regeln, werden im ZGB definiert. Den Eltern steht das Auskunfts- und Informationsrecht aufgrund der elterlichen Sorge gemäss Art.304 ZGB zu. Dieses Recht gilt jedoch nicht uneingeschränkt und findet seine Grenzen in den höchstpersönlichen Rechten des Kindes (Art.19c ZGB). Daher kann ein urteilsfähiges Kind, das seine höchstpersönlichen Rechte oder Persönlichkeitsrechte selbständig ausübt, auch Geheimhaltung beanspruchen. Suizid gilt als höchstpersönliches Recht, was in Art.8 EMRK entsprechend festgehalten wird. Demgegenüber steht der Aspekt der elterlichen Sorge, welcher die Eltern zum Schutz und zur Vertretung des Kindes verpflichtet. Durch die Erziehung gemäss Art.302 ZGB kommt den Eltern ein Informationsrecht bezüglich Lebensfragen des Kindes zu.

Die Familienmitglieder haben die Möglichkeit, Angebote des freiwilligen Kindesschutzes in Anspruch zu nehmen. Ist dies nicht ausreichend, kommt der zivilrechtliche Kindesschutz zum Zug. Prinzipiell können Jugendliche ab zwölf Jahren selbständig Beratungsgespräche bei der Jugendberatung in Anspruch nehmen, da von ihrer Urteilsfähigkeit ausgegangen werden darf. Die autonome Handlungsmacht des Kindes ist abhängig von der Urteilsfähigkeit.

Sozialarbeitende sind aufgrund der Meldepflicht im Kindesschutz angehalten, Mitteilung an die vorgesetzte Person oder die KESB zu erstatten, wenn das Kindeswohl gefährdet erscheint. Ist eine jugendliche Person suizidal, darf von einer Gefährdung ausgegangen werden. Da der zivilrechtliche Kindesschutz erst greift, wenn die Eltern der Lage nicht eigenständig Abhilfe schaffen, sind die Eltern in jedem Fall zu informieren und zu involvieren. Legitimation zur Informationsweitergabe an Dritte bietet das überwiegende persönliche Interesse zum Schutz des Kindes. Die rechtliche Lage erfordert eine sorgfältige Einschätzung der Situation und umsichtige Planung der Interventionen.

4 Einschätzung von Suizidalität und Interventionsmöglichkeiten

Beratungspersonen in psychosozialen Institutionen werden regelmässig mit suizidaler Klientel konfrontiert. Grundsätzlich lassen sich drei unterschiedliche Konstellationen bei Beratungsbeginn abgrenzen:

- Die Klientel kommt nach einem Suizidversuch in die Beratung.
- Die Klientel nimmt mit einer psychosozialen Beratungsstelle Kontakt auf, weil ihr die eigene Suizidalität bekannt ist. Entweder ist die Suizidalität Anlass für die Kontaktaufnahme oder das Anliegen offenbart sich im Laufe der Beratung.
- Suizidalität wird während den Beratungsgesprächen aufgrund von verbalen und nonverbalen Äusserungen durch die Beratungsperson vermutet.

In allen Fällen ist es notwendig, die Suizidalität zu beurteilen und darauf basierend eine angemessene Intervention abzuleiten. Eine abschliessende Beurteilung ist dabei nicht möglich. Es besteht nicht in jedem Fall die Möglichkeit, Suizide zu verhindern, womit die Grenzen der Einschätzungs- und Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt werden (Eink & Haltenhof, 2017, S.62-64).

Nachfolgend wird dargelegt, wie eine solche Einschätzung vorgenommen werden kann und welche Interventionsmöglichkeiten bestehen. Wie bereits in Kapitel 2.2.1 beschrieben wurde, ist Suizidalität nicht in jedem Fall mit einem Suizidversuch verbunden. Dementsprechend ist es nicht in jedem Fall nötig, eine Krisenintervention einzuleiten. Eine reguläre Beratung, Anleitung oder Begleitung, wie im Konzept von Contact beschrieben wird, ist dabei in vielen Fällen bereits ausreichend. Um eine angemessene Intervention einleiten zu können, muss vorgängig eine bewusste und fachlich fundierte Einschätzung der Suizidalität getroffen werden.

4.1 Möglichkeiten zur Einschätzung von Suizidalität

Zur Einschätzung von Suizidalität gibt es unzählige Instrumente, Fragebogen und Informationen. Nachfolgend werden zwei Möglichkeiten zur Einschätzung erläutert, welche aus sozialarbeiterischer Sicht sinnvoll erscheinen, ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben⁵. Sie lassen sich in der Praxis leicht umsetzen und entsprechen den Kompetenzen von Sozialarbeitenden.

Die Beurteilung der Suizidalität gibt Aufschluss darüber, wie hoch das Risiko ist, dass jemand in naher Zukunft suizidale Handlungen unternimmt (Eink & Haltenhof, 2017, S.73). Grundsätzlich ist die Einschätzung der Suizidalität zwingend in einem direkten Gespräch mit der betroffenen Person zu klären. Um den Gesprächszugang zu finden, ist die Gestaltung der Beziehung zwischen beratender Person und Klientel zentral. Die Haltung der beratenden Person soll durch eigene psychische Stabilität, Empathie,

⁵ Weitere Einschätzungsmöglichkeiten bieten die SAD PERSONS scale (William Patterson, Henry Dohn, Julian Bird & Gary Patterson, 1983, S.343-345/348-349) sowie das TASR Modell (Chehil & Kutcher, 2013, S.99-103).

Offenheit, Akzeptanz, Verlässlichkeit, Sorgfalt und fachliche Kompetenz geprägt sein. Die alleinige Anwendung der nachfolgend vorgestellten Hilfsmittel ist dafür nicht ausreichend. Allerdings erlauben sie eine Sensibilisierung von beratenden Personen zur Beurteilung relevanter Aspekte der Suizidalität und wirken im Kontakt mit der Klientel unterstützend (Eink & Haltenhof, 2017, S.76-77).

4.1.1 Sieben Schritte zur Einschätzung des Suizidrisikos

Chehil und Kutcher (2013) schreiben, dass mit einer Einschätzung des Suizidrisikos beabsichtigt wird, Risiko- und Schutzfaktoren möglichst exakt zu erfassen und gegeneinander abzuwägen. Erst anschließend sollen Interventionen eingeleitet werden. Die Einschätzung kann anhand von sieben aufeinanderfolgenden Schritten getroffen werden (siehe Abbildung 8).

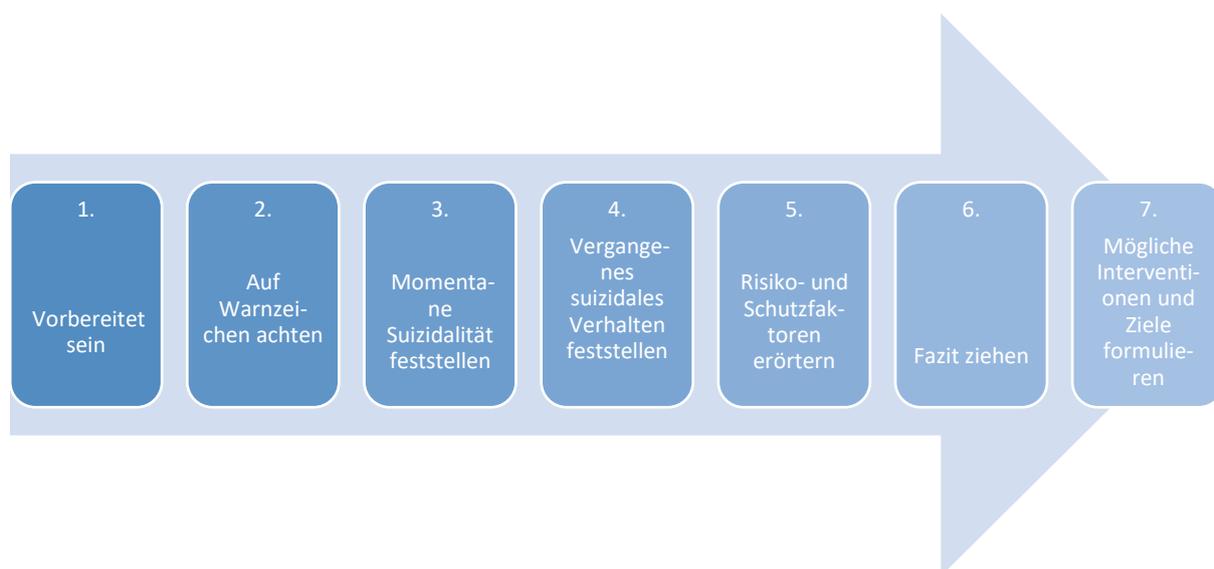


Abbildung 8: Sieben Schritte zur Einschätzung des Suizidrisikos (eigene Darstellung auf Basis von Chehil & Kutcher, 2013, S.69-70)

1. Vorbereitet sein

Fachpersonen müssen vorbereitet sein, akut suizidalen Personen rasche und angemessene Versorgung zukommen zu lassen. Aktives Zuhören, Empathie und der Beziehungsaufbau zur suizidalen Person bilden dabei die Grundlage. Vorbereitet zu sein beinhaltet auch die Auseinandersetzung und der Umgang mit eigenen Gefühlen zum Thema Suizid.

2. Auf Warnzeichen achten

Warnzeichen ermöglichen eine frühzeitige Erkennung der Suizidalität. Dabei wird zwischen direkt erkennbaren und verborgenen Warnzeichen unterschieden (siehe Tabelle 10). Eine erfolgreiche Einschätzung von Warnzeichen setzt voraus, die Anzeichen verborgener sowie früherer Suizidalität zu erkennen aber auch körperliche Hinweise wie Narben von Selbstverletzungen zu berücksichtigen. Akute Risiko-Symptome sind genau zu betrachten.

Warnzeichen	Hinweise
Direkt erkennbare Warnzeichen	Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidversuche, Suizidpläne und selbstverletzendes Verhalten als akute Risikofaktoren
	Ankündigung von Selbstverletzung oder Suizid
	Reden oder Schreiben über Tod und Suizid
	Suche nach Möglichkeiten zur Selbstverletzung oder Suizid
	Vorbereitungen für den Tod treffen: Testament verfassen, Verabschiedung von Bekannten, Besitz verschenken etc.
	Psychosoziale Krisen
	Keinen Ausweg sehen aus momentaner Problemsituation
Verborgene Warnzeichen	Akute Belastungssituationen begleitet von vielfältigen Emotionen wie Scham, Verzweiflung, Isolierung etc.
	Aufsuchen von Hilfspersonen oder -angeboten, aber kein Anliegen mitteilen können; z.B. Notfallaufnahme besuchen, gesundheitlich aber keine Beschwerden haben
	Psychotische oder dissoziative Anzeichen
	Heftige, negative Emotionen
	Personen, die sich nutzlos fühlen und hoffnungslos erscheinen
Auf Fragen nach Suizidalität unbestimmte oder keine Antworten erhalten	
Person zieht sich vor sozialen Kontakten zurück	

Tabelle 10: Direkt erkennbare und verborgene Warnzeichen (eigene Darstellung auf Basis von Chehil & Kutcher, 2013, S.72-73)

3. Momentane Suizidalität feststellen

Folgende Bereiche sollen zum Feststellen der Suizidalität erörtert werden:

- Auslösende(r) Faktor(en) für Suizidalität erörtern, um ein besseres Verständnis der Situation zu erhalten. Mögliche Auslöser können sein: Missbrauch, reale oder potenzielle Verlust Erfahrungen, akute Symptome psychischer Erkrankungen, Hoffnungslosigkeit etc.
- Die Regelmässigkeit und Intensität der Suizidgedanken feststellen. Je ausgeprägter und andauernder die Suizidgedanken, umso höher die Gefährdung.
- Eine Einschätzung der Suizidabsicht vornehmen und wenn jemand Suizidabsichten hat, gezielt nach dem geplanten Vorgehen fragen. Umso stärker die Absicht ist, desto höher ist das Suizidrisiko.
- Fragen zum Suizidplan stellen. Pläne, die sehr detailliert sind und eine harte Methode wählen bergen ein hohes Risiko für einen vollendeten Suizid.
- Eine Einschätzung des Handlungsdruckes vornehmen.
- Viele Personen haben Suizidgedanken, oftmals folgt diesen jedoch keine suizidale Handlung. Es ist wichtig zu erörtern, weshalb Suizidgedanken und/oder -pläne nicht umgesetzt werden und welche Faktoren aus Sicht der Klientel fürs Weiterleben sprechen.

Um die gegenwärtige Suizidalität ganzheitlich erfassen zu können, ist es grundlegend, dass die Klientel sich im Gespräch wohl fühlt. Empathie seitens der beratenden Person und die Erklärung des geplanten Vorgehens sind dazu unerlässlich. Das Gespräch wird zu Beginn mit offenen Fragen gestaltet und erst im Verlauf werden konkrete Fragen zu den Suizidabsichten gestellt. Die Antworten der betroffenen Person sollen dabei nicht dramatisiert werden. Wird die Suizidalität von der Klientel geleugnet, ist es nötig, zusätzliche Informationen aus dem sozialen Umfeld der betroffenen Person einzuholen.

4. Vergangenes suizidales Verhalten feststellen

Früheres suizidales Verhalten gilt als bedeutsamer Risikofaktor. Differenziertes Nachfragen bezüglich Form, Häufigkeit, Auslöser und Schutzfaktoren sind notwendig. Ebenso sind genaue Kenntnisse über die Art, Schwere und Absicht vergangener Suizidversuche relevant. Je schwerer ein vorhergehender Suizidversuch gewesen ist, umso höher ist das Risiko eines künftig vollendeten Suizids.

5. Risiko- und Schutzfaktoren erörtern

Wie bereits in Kapitel 2.3 beschrieben, spielen Risiko- und Schutzfaktoren eine wichtige Rolle bei der Einschätzung von Suizidalität. Erfasst werden müssen folgende Punkte:

- Persönliche Angaben wie Alter, kultureller Hintergrund, Geschlecht
- Aktuelle und vergangene psychische Erkrankungen und deren Verlauf
- Psychische Anzeichen, die mit gesteigertem Suizidrisiko in Verbindung gebracht werden
 - Kognitive Symptome wie Halluzinationen, kognitive Defizite, mangelndes Selbstwertgefühl, fehlende Hoffnung etc.
 - Emotionale Symptome wie Angst, Scham, Einsamkeit etc.
 - Sonstige Symptome wie Schlafstörungen, Aggressionen, Missbrauch von Alkohol und/oder Substanzen, schwache Selbstkontrolle etc.
- Somatische Erkrankungen die chronisch und anhaltend sind und geringe Aussichten auf Besserung haben
- Suizidales Verhalten und psychische Störungen innerhalb der Familie, vor allem bei Verwandten ersten Grades
- Biografie bezogen auf das soziale Umfeld und die dortige Beziehungsqualität, Erfahrungen mit Missbrauch und Gewalt, belastende Faktoren, bisherige Auseinandersetzungen mit suizidalem Verhalten
- Markante Persönlichkeitszüge, persönlicher Umgang mit Belastungen und vorhandene Bewältigungsstrategien

6. Fazit ziehen

Eine angemessene Interventionsplanung setzt ein fundiertes Verständnis des suizidalen Prozesses voraus, der durch die Zeit zwischen Suizidgedanken bis zu suizidalen Handlungen charakterisiert ist. Die beratende Person sucht Antworten auf das suizidale Verhalten. Ziel ist es folgende Frage beantworten zu können: Warum ist jemand suizidal und weshalb tritt suizidales Verhalten genau jetzt auf?

7. Mögliche Interventionen und Ziele formulieren

Bei der Intervention gilt es zu berücksichtigen, dass gewisse Risikofaktoren veränderbar sind (Schmerzen, Verlust Wohnort oder Arbeit etc.) und andere nicht (Alter, kultureller Hintergrund etc.). Der Fokus wird auf die veränderbaren Faktoren gelegt und bereits vorhandene Ressourcen und Schutzfaktoren werden gestärkt (S.67-97).

4.1.2 Sieben Schritte psychiatrischer Kriseninterventionen

Ulrich Schnyder und Jean-Daniel Sauvart (1993) beschreiben in Psychiatrien durchgeführte Kriseninterventionen ebenfalls in sieben Schritten (siehe Abbildung 9) (S.73).



Abbildung 9: Sieben Schritte psychiatrische Krisenintervention (eigene Darstellung auf Basis von Schnyder & Sauvart, 1993, S.57-72)

Für die Einschätzung der Suizidgefährdung sind die Schritte eins bis vier relevant, weshalb nachfolgend nur diese erläutert werden. Obwohl Interventionen in Psychiatrien beschrieben werden, sind die ersten vier Schritte so in einer freiwilligen Beratungsstelle denkbar, da sie vielfältige Parallelen zum sozialarbeiterischen Handeln aufweisen.

1. Kontakt herstellen

Gemäss Schnyder und Sauvart (1993) ist die Klärung des Settings sehr wichtig. Damit ein nutzbringendes Gespräch mit Menschen in einer Krise geführt werden kann, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen ist es nötig, dass die gesprächsführende Person der emotionalen Atmosphäre ruhig und mit grosser Klarheit begegnet. Zum anderen ist eine Begrüssung aller Anwesenden, sowie das Vorstellen der beratenden Person und deren Aufgabe auch in einer Krisensituation unerlässlich. Das Setting wird bezüglich Gesprächsdauer, beteiligter Personen und Ablauf geklärt. In dieser unübersichtlichen Situation mit unzähligen widersprüchlichen Emotionen kann eine solche Klärung beruhigend wirken. Im anschliessenden Gespräch wird zu Beginn nach der momentanen, subjektiven Befind-

lichkeit gefragt. Ziel ist es eine Atmosphäre zu schaffen, in welcher die Klientel Zugang zur momentanen Gefühlslage finden kann. Dieser Schritt ist emotional und gleichzeitig entlastend. Die Beziehung zwischen beratender und suizidaler Person wird dadurch gestärkt.

2. Problemanalyse

Bei der Problemanalyse wird aufgeklärt, welcher Anlass die Krise ausgelöst hat. Oft sind dies Stressfaktoren beispielsweise im Bereich von sozialen Beziehungen, bei drohenden oder erlebten Verlusten, Erkrankungen, Unfällen oder Gewalt, welche zu einer bio-psycho-sozialen Krise führen. Die beratende Person versucht ein möglichst umfassendes Bild der gegenwärtigen Situation zu erhalten. Insbesondere wird dabei abgeklärt, in welcher Lebensphase sich jemand befindet, wo und mit wem die Klientel lebt, welche sozialen Kontakte jemand pflegt, welcher Arbeit und welchen Freizeitbeschäftigungen jemand nachgeht und welche Pläne für die Zukunft jemand hat. Möglicherweise lassen sich mit den erhaltenen Informationen bereits erste Auslöser einer Krise ermitteln. Ebenfalls werden Coping-Strategien der Klientel erörtert. Solche Bewältigungsstrategien werden betrachtet und es wird resümiert, welche Strategien sich in der momentanen Krise als hilfreich erweisen. Neben der beschriebenen Problemanalyse wird also auch eine Analyse der vorhandenen Ressourcen gemacht. Innere und äussere Ressourcen, die zur Bewältigung der Krise beitragen können, werden erschlossen.

3. Problemdefinition

Die beratende Person fasst das im bisherigen Gespräch erworbene Wissen zu Auslöser und Hintergrund der Krise sowie zu Coping-Strategien zusammen. Es folgt eine Einschätzung, ob es sich um eine akute Krise oder ein chronisches Problem handelt. Obwohl die Einschätzung herausfordernd ist, ist sie für den weiteren Verlauf von grösster Wichtigkeit. Darauf aufbauend werden unterschiedliche Interventionen eingeleitet. Als erstes gilt es zu entscheiden, ob eine Krise ambulant oder stationär behandelt werden kann. Dazu werden verschiedene Aspekte beurteilt, beispielsweise ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und welche Ressourcen im sozialen Umfeld vorhanden sind. Zeigt sich, dass eine ambulante Intervention ratsam ist, muss evaluiert werden, welche Fachperson die richtige Ansprechperson dafür ist.

4. Zieldefinition

Für die Zieldefinition wird geklärt, wie das weitere Vorgehen gestaltet werden soll. Auf Basis der Problemdefinition werden erreichbare Ziele gemeinsam definiert und eine Perspektive wird aufgezeigt.

Die beschriebenen vier Schritte müssen immer im Erstgespräch geklärt werden. Eine eindeutige Problemanalyse kann dazu führen, dass die Klientel entweder nach Hause entlassen werden kann, oder

eine Überweisung in ein stationäres Angebot stattfindet. Es ist immer möglich, dass die beratende Person bei der Analyse etwas übersehen hat oder weitere, belastende Ereignisse nach dem Erstgespräch hinzukommen, welche das suizidale Verhalten verstärken (S.57-65).

4.2 Interventionsmöglichkeiten

Wissenschaftliche Erkenntnisse müssen in der Praxis angewendet werden können, was bedeutet, dass wissenschaftliches Wissen für die Praxis nutzbar gemacht werden muss. Dies kann gelingen, indem eine Theorie-Praxis-Transformation vorgenommen wird und kognitive Aufgaben im Problemlösungsprozess dargestellt und systematisch gelöst werden. Eine Möglichkeit, die Transformation zu vollziehen bietet das handlungstheoretische normative Modell professionellen Handelns (Beat Schmocker, ohne Datum, S.2-4). Das in den Kapiteln 2 bis 4.1 zusammengefasste Wissen muss entsprechend transferiert werden, um angemessen intervenieren zu können. Nachfolgend wird das handlungstheoretische normative Modell exemplarisch aufgezeigt. Erarbeitete, theoretische Grundlagen dieser Arbeit werden innerhalb des Modells eingeordnet.

4.2.1 Das handlungstheoretische normative Modell professionellen Handelns

Wie Schmocker (ohne Datum) beschreibt, besteht das handlungstheoretische normative Modell aus den Ebenen a, b und c. Ebene a behandelt das Alltagswissen. Das wissenschaftliche Wissen wird in Ebene b bearbeitet. Zwischen den beiden Ebenen wird Ebene c sichtbar, welche Alltagswissen und wissenschaftliches Wissen verknüpft und somit eine Theorie-Praxis-Transformation ermöglicht (siehe Abbildung 10). Die kognitiven Operationen ermöglichen das Lösen vielfältiger Denkaufgaben (S.14-18).

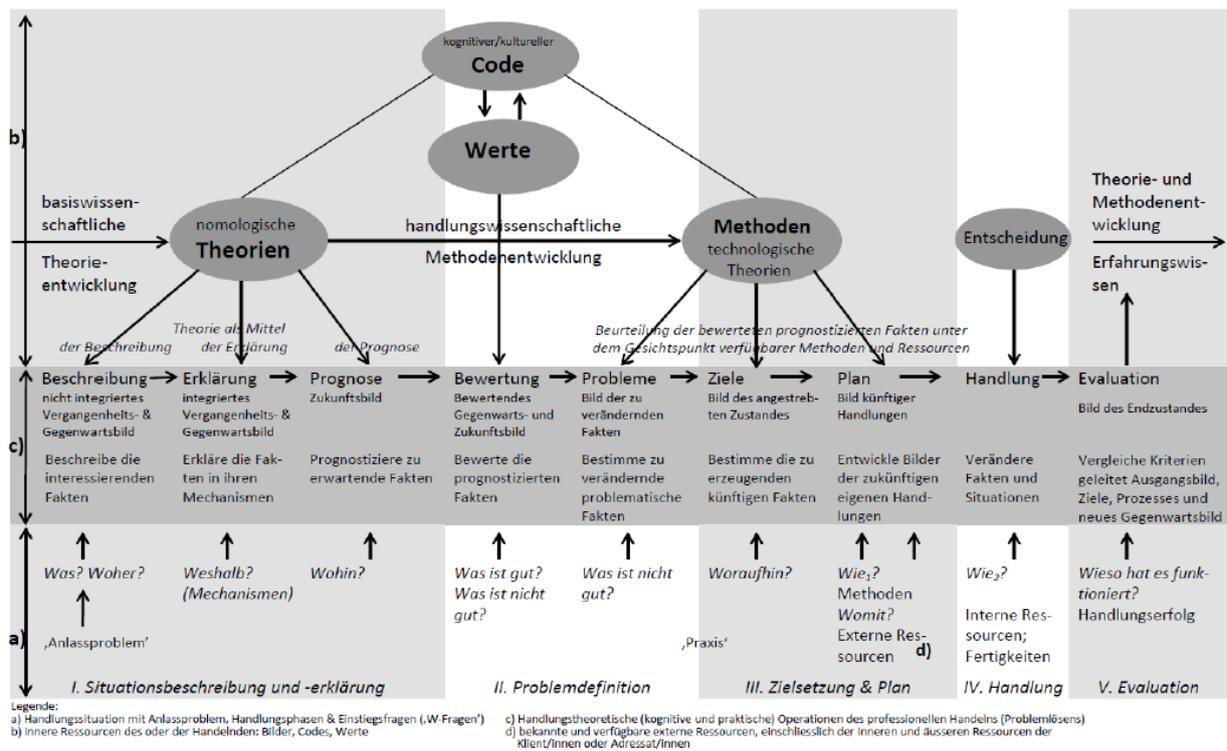


Abbildung 10: Das handlungstheoretische (normative) Modell professionellen Handelns (Beat Schmocker, 2017, S.3)

Im Imperativ *Beschreibung* wird die Ausgangssituation mit Beschreibungswissen dargestellt. Relevante Akteure und involvierte soziale Systeme werden identifiziert (Schmocker, ohne Datum, S.28-32). Wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben ist es wichtig, den Kontakt zu Gesprächsbeginn herzustellen und die Begrüssung und Rollenklärung angemessen einfließen zu lassen. Die Klärung von Setting und institutionellem Auftrag sind fester Bestandteil davon. Eine Situationsschilderung der anwesenden Personen wird aufgenommen.

Der Imperativ *Erklärung* identifiziert Wirkungszusammenhänge und Abläufe im Beziehungsgefüge. Es wird erklärt, welche Bedingungen, und Prozesse zur momentanen Situation geführt haben könnten (Schmocker, ohne Datum, S.32-35). Relevant für die Erklärung sind das Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren, die unterschiedlichen Erklärungsmodelle und -theorien von Suizidalität, Wissen zum Jugendalter und zu Entwicklungsaufgaben sowie über die Autonomieentwicklung und die damit einhergehende Wichtigkeit von Bezugspersonen und Peers.

Die *Prognosen* können Zukunftsbilder sowie Hypothesen oder Prognosewissen beinhalten. Es wird überlegt, wie sich die Situation mit und ohne Intervention entwickeln könnte. Damit wird die Wichtigkeit und Dringlichkeit einer Intervention beurteilt (Schmocker, ohne Datum, S.35-38). Wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben, werden gemeinsam mit der Klientel bereits angewandte Coping-Strategien besprochen und auf ihre momentane Nützlichkeit überprüft. Die Vor- und Nachteile eines Einbezugs der Eltern, anderer Fachstellen oder der KESB müssen abgeschätzt werden.

Bei der *Bewertung* werden aktuelle und künftige Zustände vor dem Hintergrund der primären (menschliche Bedürfnisse) und der sekundären Werte (soziale und kulturelle Bedürfnisse) eingeschätzt. Problematisch beurteilte Situationen werden bestimmt und begründet. Dies gelingt unter anderem, indem der Berufskodex, das Verfassungsrecht und die Menschen- und Sozialrechte beigezogen werden (Schmocker, ohne Datum, S.38-42). Es wird eingeschätzt, ob das Kindeswohl, wie in Kapitel 3.4.2 beschrieben, gefährdet ist oder nicht. Eine in diesem Zusammenhang nicht zu vernachlässigende Frage ist die der Urteilsfähigkeit oder Urteilsunfähigkeit. Die Unterstützung und der Einbezug der Eltern und des sozialen Umfelds müssen dabei bewertet werden.

Beim Imperativ *Probleme* werden Aufgaben nach Wichtigkeit und Dringlichkeit priorisiert. Die vorgenommene Bewertung der Probleme dient als Grundlage für den zu entwickelnden Handlungsplan (Schmocker, ohne Datum, S.42-44). In der Zwischenbilanz soll, mittels der vorangegangenen Schritte, eine Einschätzung der momentanen Suizidalität, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, getroffen werden. Der Beurteilung des suizidalen Prozesses kommt dabei besondere Bedeutung zu.

Der Imperativ *Ziele* orientiert sich am Wertewissen der Profession. Realistische Ziele werden formuliert und nach Dringlichkeit und Wichtigkeit priorisiert (Schmocker, ohne Datum, S.45-46). Besonders zu beachten ist in diesem Schritt der Auftrag der Institution. Es muss berücksichtigt werden, ob die Institution für die Zielerreichung überhaupt einen Auftrag hat oder ob eine Triage nötig ist. Ziele der Klientel sind angemessen zu berücksichtigen.

Die nächste kognitive Operation setzt sich mit dem *Plan* auseinander und wird in zwei Teile unterteilt. Beim «Planen 1» wird gefragt, wie und mit welchen Handlungstheorien und Methoden eine schrittweise Veränderung vollzogen werden soll. Beim «Planen 2» wird erörtert, «womit» die Veränderung herbeigeführt werden soll und welche Ressourcen dazu genutzt werden können. Diese kognitive Operation wird als «Theorie-Praxis-Transformation» bezeichnet (Schmocker, ohne Datum, S.47-51). Dabei wird auf Risiko- und Schutzfaktoren sowie entwicklungspsychologische und systemische Aspekte Bezug genommen. Spezifische Interventionsmöglichkeiten in einer suizidalen Krise werden in Kapitel 4.2.2 genauer umschrieben.

Der Imperativ *Handlung* befasst sich mit der Realisierung und Handlungsentscheidungen. Die erreichten Zustände und Prozesse werden in der *Evaluation* mit den definierten Zielen nach Effektivität, Wünschbarkeit und Effizienz verglichen. Die Evaluation beurteilt den Prozess abschliessend (Schmocker, ohne Datum, S.52-53).

4.2.2 Interventionsmöglichkeiten

Der Imperativ *Plan*, wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben, verlangt, dass in einer Krise therapeutisches Handeln im weiteren Sinne umgehend veranlasst wird, um bleibende Schädigungen abzuwenden (Gernot Sonneck, Nestor Kapusta, Gerald Tomandl & Martin Voracek, 2016, S.65). Eine Intervention während

einer Krise wird pragmatisch und direktiv gestaltet und hat zum Ziel, die betroffene Person zu entlasten und ihr Hilfe zukommen zu lassen (Thomas Hülshoff, 2017, S.139). In keinem Fall ist es zielführend, der betroffenen Person die Suizidgedanken ausreden zu wollen. Gerade in der jugendlichen Ambivalenz wird damit eher das Gegenteil erreicht. Umso wichtiger ist es, die vorhandenen Ressourcen zu stärken (Meuer, 2010, S.233). Eink und Haltenhof (2017) unterteilen eine Intervention von Sozialarbeitenden im Umgang mit suizidaler Klientel in zwei Szenarien: Entweder wird einer suizidalen Handlung vorgebeugt oder die Klientel wird nach einem Suizidversuch betreut und ein erneuter Versuch soll verhindert werden (S.86). Als Voraussetzung für eine gelingende Intervention ist in beiden Szenarien eingehend abzuschätzen, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist, oder eine psychosoziale Begleitung ausreicht (Meurer, 2010, S.224). In diesem Zusammenhang ist die Suizidalität, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, einzuschätzen. Ausgehend von der Entscheidung für oder gegen eine stationäre Behandlung werden nachfolgend mögliche Interventionen vorgestellt (siehe Abbildung 11).

Meurer (2010) hält fest, dass bei Interventionen mit Jugendlichen spezielle Vorgehensweisen angezeigt sind, obgleich sie sich nicht grundsätzlich von denen der Erwachsenen unterscheiden. Dies, weil die Klientel weniger differenziert in Worte fassen kann, weshalb eine Krise ausgelöst wurde. Eine dem Alter entsprechende Wahl von Materialien und Methoden wird empfohlen (S.224).

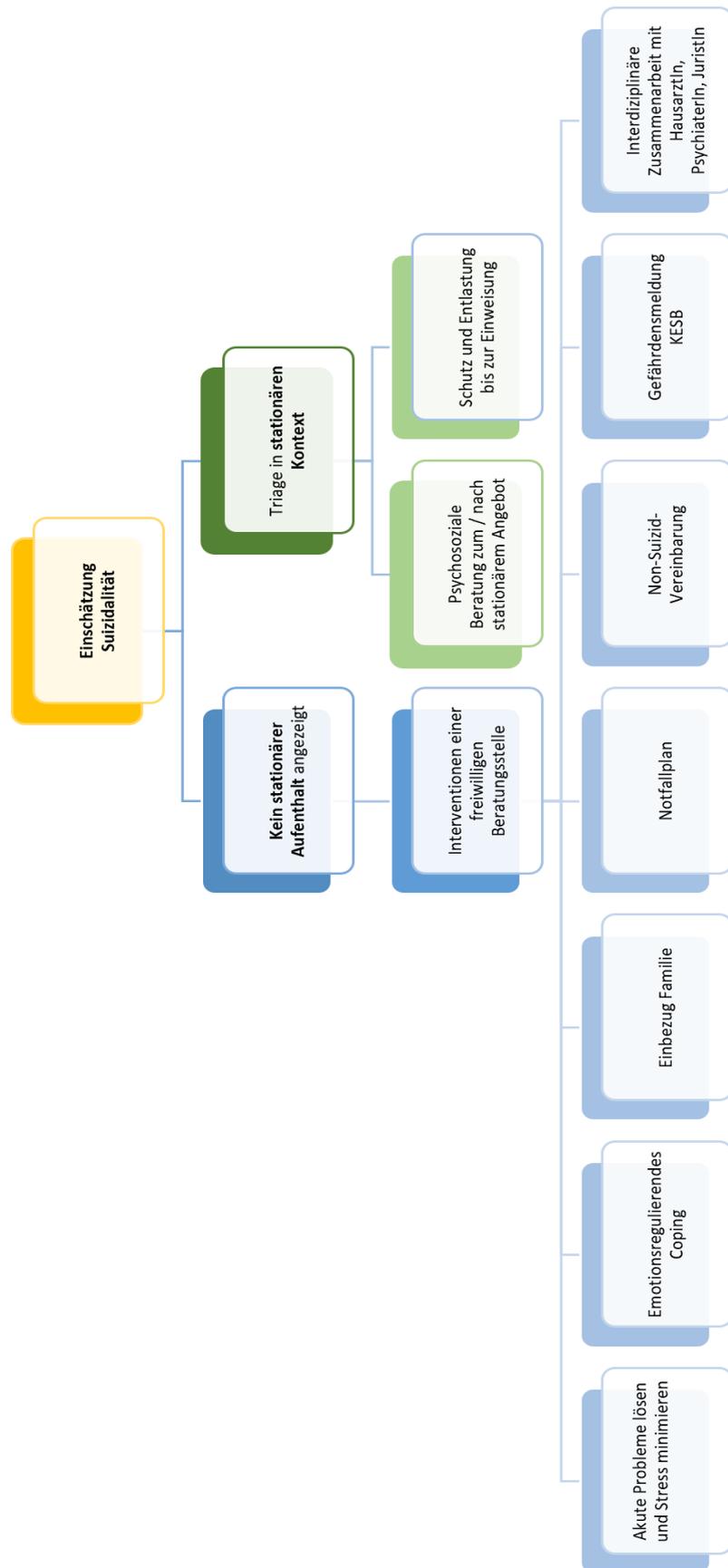


Abbildung 11: Interventionsmöglichkeiten suizidaler Krisen (eigene Darstellung)

❖ **Intervention mit Triage in den stationären Kontext**

Eine Einweisung in den stationären Kontext ist nötig, wenn die Klientel eine ernsthafte und akute Gefährdung aufzeigt und eine Begleitung durch Familienangehörige oder eine ambulante Stelle nicht mehr ausreichend ist (Hülshoff, 2017, S.140). Ist eine Einweisung zu veranlassen, muss die Begleitung zu einer medizinischen Fachperson oder in eine Klinik sichergestellt werden. Es liegt im Auftrag der sozialarbeitenden Person, solche Massnahmen einzuleiten. Ihre Zuständigkeit endet erst, nachdem der Erstkontakt mit einer ärztlichen Fachperson stattgefunden hat (Eink & Haltenhof, 2017, S.109). Es ist möglich, dass die beratende Person die Begleitung der suizidalen Klientel nicht sicherstellen kann. In diesem Fall empfiehlt der Sozialarbeiter Hansueli Windlin, dass der ärztliche Notfalldienst oder die Begleitung durch die Polizei oder den Rettungsdienst als alternative Vorgehensweise in Betracht zu ziehen sind (Fachpoolgespräch vom 15.10.2018).

Kommt die beratende Person zum Schluss, dass ein stationärer Aufenthalt notwendig ist, soll nach Möglichkeit das Einverständnis der Klientel eingeholt werden. Ist dies nicht umsetzbar, ist eine Einweisung gegen den Willen der Klientel unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen angezeigt (Chehil & Kutcher, 2013, S.130-131). Eine Intervention bei akuter Gefährdung richtet sich nach den Aspekten Schutz und Entlastung. Zum Schützen gehört es gemäss den Autoren, einen möglichen Suizidversuch zu verhindern. Einzuleitende Schutzmassnahmen hängen vom Handlungsdruck der suizidalen Person ab. So kann es nötig sein, die Person dauernd zu beobachten, sei dies durch die beratende Person selbst oder durch nahestehende Vertrauenspersonen. Ist eine Überwachung der Körperfunktionen aufgrund eines vermuteten Suizidversuchs nötig, beispielsweise bei Verdacht auf Einnahme von Medikamenten oder Selbstverletzungen, ist eine umgehende ärztliche Abklärung angezeigt (Eink & Haltenhof, 2017, S.96-98). Suizidale Menschen sind emotional und gedanklich eingengt und die Bewältigung alltäglicher Anforderungen gelingt häufig nicht mehr. Daher kommt dem Aspekt Entlastung grosse Wichtigkeit zu. Mit konkreten Massnahmen wird versucht, die Person aus dem konflikthaften Umfeld herauszunehmen und sie dadurch zu entlasten. Der Kontakt zu Personen, welche in konflikthaften Beziehungen mit der suizidalen Person stehen, wird unterbrochen. Die Klientel wird unterstützt, die aktuellen Gefühle auszudrücken. Zentral bei einer Intervention mit Einweisung ist, dass die helfende Person eine von Respekt und Verständnis geprägte Beziehung zur Klientel pflegt (ebd., S.101-102).

Damit nach dem stationären Aufenthalt eine weitere Zusammenarbeit mit der Klientel erfolgsversprechend ist, soll die beratende Person bei der stationären Aufnahme dabei sein oder bei längerem Aufenthalt einen Besuch abstatten (Rotthaus, 2017, S.133).

❖ **Intervention ohne Triage in den stationären Kontext**

Kommt die beratende Person zum Schluss, dass kein stationärer Aufenthalt nötig ist, sind unterschiedliche Interventionen möglich (Meuer, 2010, S.233). Nach dem Erstkontakt, in welchem die Suizidalität eingeschätzt wurde, werden zunächst Termine in kurzen Zeitabständen von ein bis zwei Tagen vereinbart. Erscheint jemand nicht zu einem vereinbarten Termin, muss umgehend Kontakt mit der Klientel oder deren Umfeld aufgenommen werden (Eink & Haltenhof, 2017, S.108). Im Folgenden werden mögliche Interventionen erläutert, wie sie in der Begleitung von suizidalen Jugendlichen eingesetzt werden können:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Verlauf der Beratungen ist zu klären, ob eine parallele psychiatrische, therapeutische oder (haus-)ärztliche Begleitung angezeigt ist. Es ist möglich, dass die beratende Person während des Beratungsverlaufs zum Schluss kommt, dass sie aufgrund ihrer Kompetenzen oder ihres Auftrages nicht weiter in der Lage ist, die suizidale Person zu begleiten. Dann ist es wichtig, eine zuverlässige Anschlusslösung zu vermitteln und bereits erarbeitete Informationen zu übergeben (Eink & Haltenhof, 2017, S.109). Eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit suizidalen Jugendlichen ist unter anderem mit folgenden Institutionen und Personen denkbar: KESB, ambulante und psychiatrische Einrichtungen, juristische Fachpersonen, Ärzteschaft, Polizei, Lehrpersonen oder Schulleitung.

Einbezug der Familie

Der Einbezug der Familie und des engsten sozialen Umfelds kann vielfältige Unterstützung bieten und stellt ein relevanter Schutzfaktor dar (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S.46). Damit diese Ressource genutzt werden kann, ist der Einbezug der Eltern unumgänglich. Wie die folgenden Interventionsmöglichkeiten aufzeigen, sind die Eltern vielerorts Bestandteil einer Intervention. Der Zeitpunkt des Einbezugs der Eltern ist dabei von Fall zu Fall unterschiedlich.

Gefährdungsmeldung

Kommt die beratende Person zum Schluss, dass das Kindeswohl gefährdet ist und der Krise nicht selbständig Abhilfe geschaffen werden kann, muss gemäss nArt.314d ZGB eine Gefährdungsmeldung vorgenommen werden (Maranta, 2018, S.235-236). Das Ziel ist es, eine Gefährdung frühzeitig zu erkennen und nötigenfalls eine qualitativ gute Meldung zu machen. Eine Gefährdungsmeldung ist mit Fokus auf die Interessensabwägung zwischen Kinderschutz und der Geheimhaltung gewisser Informationen vorzunehmen (siehe Abbildung 12).

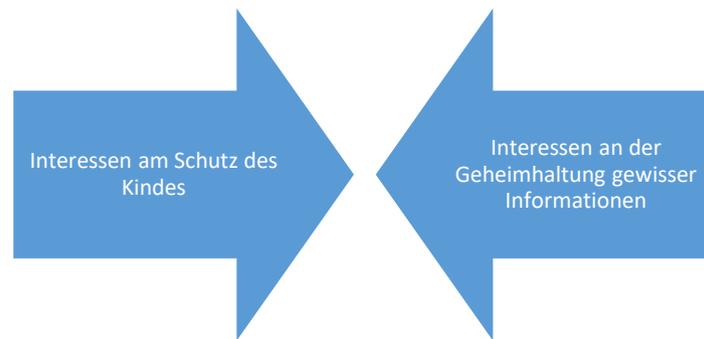


Abbildung 12: Interessenabwägung (eigene Darstellung auf der Basis von Maranta, 2018, S.231-245)

Notfallplan

Liegt eine hohe Suizidalität vor, ist gemeinsam mit der jugendlichen Person ein Notfallplan zu erarbeiten. Die betroffene Person soll befähigt werden, verstärkte Suizidalität und steigenden Handlungsdruck zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Es ist zu überlegen, welche Strategien (Sport, Gespräche mit Eltern, telefonischer Kontakt mit Beratungsstelle etc.) hilfreich sind und für Ablenkung sorgen. Diese Strategien sind konkret im Notfallplan festzuhalten. Die Eltern werden in der Regel über die Inbetriebnahmen des Notfallplans informiert und darin involviert. So werden die Eltern in einem ersten Schritt aufgefordert, mögliche Giftstoffe oder andere Hilfsmittel zum Suizid zu entfernen oder wegzuschliessen. Die Eltern verpflichten sich, ihr Kind in angemessenem Mass zu unterstützen und dieses gegebenenfalls zu überwachen. Ebenfalls wird im Plan vermerkt, was die Jugendlichen tun sollen, wenn die erarbeiteten Strategien keine Wirkung zeigen. Telefonnummern von Bezugs- und Beratungspersonen aber auch Notfallnummern wie die eines Notarztes sind festzuhalten (Rotthaus, 2017, S.117-119).

Non-Suizid-Vereinbarung

Im Laufe des Gesprächs kann mit der Klientel eine schriftliche Non-Suizid-Vereinbarung vereinbart werden. Darin verpflichtet sich die Klientel, sich nichts anzutun und zum nächsten Gespräch zu erscheinen. Eine solche Vereinbarung wird unter Fachpersonen kontrovers diskutiert. Einige gehen davon aus, dass dadurch zusätzliche Belastung und Druck erzeugt wird. Die Befürworter hingegen argumentieren, dass eine Klärung hilfreich sein kann und die Klientel verpflichtet, sich Hilfe zu suchen, wenn der Handlungsdruck sich erhöht (Hülshoff, 2017, S.139-140).

Emotionsregulierende Coping-Strategien

Emotionsregulierende Coping-Strategien können helfen mit Stress umzugehen. Der Beurteilung der Stressoren kommt dabei zentrale Bedeutung zu und führt zu individuellen Bewertungen einer Stresssituation. Steht fest, dass eine Situation stressauslösend ist, ist ein Umgang damit zu finden. Beim problemorientierten Coping wird der Stressor in direktem Umgang verringert. Dabei liegt der Fokus auf dem zu bewältigenden Problem oder dem Akteur, der Stress auslöst. Die Bedrohung wird direkt entfernt oder verringert. Die emotionsregulierende Coping-Strategie hingegen verfolgt den Ansatz, die eigenen Emotionen und Gedanken zu steuern, falls eine Situation nicht mittels problemorientierten Coping gelöst werden kann. Eine vielfältige Auswahl an Coping-Strategien hilft eine geeignete Strategie für ein auftretendes Stressereignis verfügbar zu haben. Lediglich das Wissen um mögliche Coping-Strategien kann die Stresssituation bereits vermindern. Dabei kommt der Unterstützung aus dem Umfeld grosse Wichtigkeit zu. Soziale Unterstützung führt dazu, dass Stress besser bewältigt werden kann (Philip Zimbardo & Richard Gerrig, 2004, S.576-579). Wie in Kapitel 2 beschrieben, gelten fehlende Bewältigungsstrategien als Risikofaktor für Suizid.

4.3 Grenzen in der sozialarbeiterischen Praxis

Der freiwilligen Beratung und Begleitung von Jugendlichen und den dazugehörigen Interventionen werden in vielfältiger Weise Grenzen gesetzt. Diese können rechtlicher oder berufsethischer Natur sein oder aus dem Auftrag entstehen.

Grenzen rechtlicher Natur werden durch die europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) sowie die BV gesetzt. Wie Art.8 der EMRK zu entnehmen ist, wird ein Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens gewährt. Art.8 Abs.1 EMRK bezieht sich unter anderem auf die Achtung des Privatlebens und gesteht jeder Person das Recht zu, selbst über den Zeitpunkt ihres Todes zu bestimmen (Arthur Haefliger & Frank Schürmann, 2014, S.33). Grundsätzlich darf der Staat also nicht in das Recht des Privatlebens eingreifen, ausser es liegt eine Ausnahme gemäss Art.8 Abs.2 EMRK vor. Somit entstehen «...positive Schutz- und Gewährleistungspflichten des Staates...» welche festlegen, dass ein Staat Massnahmen zu ergreifen hat, damit die Beachtung des Privatlebens garantiert werden kann (Jens Meyer-Ladewig & Martin Nettesheim, 2017, S.318-319).

Auf nationaler Ebene regelt Art.10 Abs.2 BV das Recht auf Leben und persönliche Freiheit. Der Gesetzesartikel hebt die grundsätzliche Selbstbestimmung bezüglich des Todeszeitpunktes gemäss EMRK hervor. Ergänzend wird festgehalten, dass niemand über das Leben von jemand Fremden entscheiden kann. Einzige Ausnahme bildet eine spezielle (Schutz-)Pflicht, welche staatliche Organe wie Angestellte der Polizei oder Pflegepersonal verpflichtet, einen Suizid zu verhindern. Allerdings gilt diese Pflicht nur dann, wenn bei der betroffenen Person ein seelischer Ausnahmezustand vermutet wird (Rainer Schweizer, 2014, S.293). Gemäss dem Juristen Luca Maranta (Fachpoolgespräch vom 28.09.2018) ist

der Suizid ein höchstpersönliches Recht, welches die betroffene Person bei Urteilsfähigkeit durchsetzen kann, ohne daran gehindert zu werden. Gegen den Willen einer urteilsfähigen Person zu handeln ist verboten (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2005, S.2-3).

Grenzen berufsethischer Natur werden unter anderem durch den Berufskodex der Sozialen Arbeit definiert. Gemäss dem Berufskodex ist die Soziale Arbeit verpflichtet, unterschiedlichste Spannungsfelder auszuhalten. Als Beispiel dafür wird das Dilemma genannt, welches zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Klientel und einem momentanen oder dauernden Unvermögen zur Selbstbestimmung entstehen kann (AvenirSocial, 2010, S.7). Wie Sonja Hug (2015) schreibt, entsteht bei der Begleitung suizidaler Klientel ein Dilemma zwischen dem Recht auf Autonomie der Klientel und der Übernahme von Fürsorge durch Sozialarbeitende. Suizid ist nicht nur Akt der Selbstbestimmung bezüglich des Todeszeitpunktes, wie dies in der EMRK definiert wird, sondern auch Zeugnis psychischer und sozialer Not. Das Spannungsfeld zwischen Autonomie der Klientel und Fürsorge durch Sozialarbeitende bedarf einer berufsethischen Reflexion. Dabei müssen unterschiedliche Faktoren berücksichtigt werden, auf welche in der vorliegenden Arbeit vertieft eingegangen wurde:

- Aspekte des Einzelfalls
- Differenzierte Einschätzung der Suizidalität
- Urteilsfähigkeit
- Innere und äussere Ressourcen
- Gegenüberstellung tangierter Werte

Es gilt Verantwortung für das eigene, sozialarbeiterische Handeln und die damit verbundenen Interventionen zu übernehmen. Von grosser Bedeutung für Sozialarbeitende ist die Abgrenzung, dass sie nicht für das Leben der Klientel verantwortlich sind (S.15-17).

Ein Dilemma ist auch denkbar, wenn die Klientel suizidal erscheint und einen hohen Handlungsdruck äussert. Wie lange und in welchem Umfang dieser Zustand ausgehalten wird, ist unter anderem abhängig von der beratenden Person. Die Handlungsmaximen halten fest, dass Professionelle der Sozialen Arbeit den Wert und die Würde der eigenen Person zu respektieren haben (ebd., S.11). Demnach sind die eigenen Grenzen zu berücksichtigen.

Weitere *Grenzen* in der sozialarbeiterischen Praxis liegen *im Auftrag* und in der Gegebenheit der niederschweligen Beratung. Einerseits ist die jugendliche Klientel in den meisten Fällen nicht verpflichtet, die Beratungsgespräche wahrzunehmen (Contact Jugend- und Familienberatung, 2018, S.3). Dementsprechend kann es vorkommen, dass nach einem Gespräch ein Kontaktabbruch erfolgt und dieser nicht wiederhergestellt werden kann. Andererseits bietet die Niederschwelligkeit, gerade bei suizidalen Absichten mit hohem Handlungsdruck, nicht in jedem Fall ausreichend nahe Begleitung und Überwachung. Sozialarbeitende können nicht sämtliche Problemstellungen begleiten und sind dennoch oft

erste Anlaufstelle für suizidale Jugendliche. Schnittstellen zu psychiatrischen und psychologischen Angeboten sind durch Sozialarbeitende zu erschliessen.

Weitere Grenzen werden durch fehlendes Fachwissen gesetzt. Wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, hat eine Person das Recht, einen Suizid umzusetzen, solange sie urteilsfähig ist. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit einer Person stellt eine grosse Herausforderung dar und ist abschliessend schwierig zu beurteilen, besonders wenn die Zusammenarbeit noch nicht lange andauert. Das Handeln in der sozialarbeiterischen Praxis wird also auch durch unzureichendes Wissen bezüglich der Urteilsfähigkeit begrenzt und muss durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von einer medizinischen Fachperson abschliessend geklärt werden.

4.4 Schlussfolgerungen und Beantwortung Unterfrage 3

Einschätzungen der Suizidalität basieren massgeblich auf dem Wissen der Risikofaktoren. Folglich ist es für beratende Personen unumgänglich mit solchem Wissen vertraut zu sein. Es gibt vielfältige Möglichkeiten Suizidalität einzuschätzen, welche oftmals in medizinischen und psychiatrischen Institutionen eingesetzt werden. Grundlegende Züge der Einschätzungsmöglichkeiten können in die Sozialarbeit übernommen werden. Der Transfer des erarbeiteten Fachwissens in eine sozialarbeiterische Handlungstheorie kann mit dem handlungstheoretischen normativen Modell professionellen Handelns verdeutlicht werden. Daraus lassen sich unterschiedliche Interventionen ableiten, die in zwei Szenarien eingeordnet werden: Entweder wird einer suizidalen Handlung vorgesorgt oder die Klientel wird nach einem Suizidversuch betreut, um eine Wiederholung abzuwenden. In beiden Szenarien gilt es einzuschätzen, ob ein stationärer Aufenthalt notwendig ist oder eine ambulante Begleitung ausreicht. Es stellt sich demnach die Frage, ob die freiwillige Jugendberatung die angemessene Stelle für eine Begleitung ist, oder ob eine Triage oder gar eine umgehende Begleitung in eine medizinische oder psychiatrische Institution nötig ist.

Der Einschätzung von Suizidalität kommt enorme Wichtigkeit zu, da aufgrund dieser die weiteren Interventionen eingeleitet werden. Interventionen, welche im Rahmen der freiwilligen Jugendberatung angeboten werden sind: Emotionsregulierende Coping-Strategien, erarbeiten von Notfallplänen und Non-Suizid-Vereinbarungen, Einbezug der Familie, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Gefährdungsmeldung.

Grenzen ergeben sich aus der rechtlichen und berufsethischen Situation aber auch durch die Kompetenzen und den Auftrag von Sozialarbeitenden. Besonders das Dilemma zwischen der Übernahme von Fürsorge durch Sozialarbeitende und der Selbstbestimmung der Klientel ist zentral und wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt.

5 Umsetzbarkeit der Interventionen

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die in Kapitel 4.2 genannten Interventionsmöglichkeiten mit Jugendlichen adäquat umgesetzt werden können. Unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen und der aufgezeigten Grenzen werden sich ergebende Spannungsfelder aufgrund mehrdimensionaler Problemstellungen und mögliche Lösungswege für die Umsetzung in der Praxis benannt. Im fünften Kapitel wird die Hauptfrage beantwortet.

5.1 Intervention mit Triage in den stationären Kontext

Interventionen, die eine Einweisung in den stationären Kontext erfordern, gründen auf einer differenzierten Einschätzung des Suizidrisikos, bei welcher die Gefahr eines Suizids als akut eingeschätzt wird. Sieht die suizidale Person ein, dass ein stationärer Aufenthalt notwendig ist, wird das weitere Vorgehen vorgestellt und eingeleitet. Die sozialarbeitende Person hat dann eine enge Begleitung zu leisten, wie sie in Kapitel 4.2.2 beschrieben wird. Ist eine suizidale Person nicht einverstanden mit der Triage, ergeben sich diverse Fragen, wie das weitere Vorgehen professionell begründet und gestaltet werden kann.

❖ Spannungsfelder

Wie in Kapitel 4.2.2 beschrieben wurde, kann die Aufnahme in ein stationäres Angebot durch die suizidale Person abgelehnt werden. Dies führt zu einem Spannungsfeld in der Begleitung. Es entsteht das bereits genannte Dilemma zwischen der Übernahme von der Fürsorge durch Sozialarbeitende und der Autonomie der Klientel, welches auch im Berufskodex ausgeführt wird (AvenirSocial, 2010, S.7).

❖ Umsetzung in der Praxis

Aufgrund der Maxime Schützen und Entlasten sind in einer solchen Situation direkte Interventionen angebracht (Hülshoff, 2017, S.139).

Lehnt die jugendliche Klientel eine Einweisung ab, ist diese entweder im gesetzlichen Rahmen und gegen den Willen der Person einzuleiten oder die Eltern sind für die Entscheidung einzubeziehen. Unter Berücksichtigung eines respekt- und verständnisvollen Umgangs mit der Klientel gilt es, diese beiden Alternativen gegeneinander abzuwägen. Ist eine Abwägung aufgrund der akuten Situation nicht möglich, hat der Schutz der Klientel höchste Priorität. Im Zweifelsfall kann eine Einschätzung im Vieraugenprinzip, durch das Mitwirken eines Teammitglieds, vorgenommen werden.

Aufgrund der einschneidenden Massnahme der vorläufigen stationären Unterbringung sind die Eltern im Rahmen der elterlichen Sorge nach Art.296 ZGB über den Aufenthalt ihres Kindes zu informieren, sofern sie nicht bereits involviert und informiert sind.

Weil der Beziehungsarbeit grosse Wichtigkeit zugeschrieben wird, ist es aus professioneller Sicht sinnvoll, die Klientel in der Phase des Eintritts zu begleiten und während des stationären Aufenthalts den Kontakt aufrechtzuerhalten.

5.2 Intervention ohne Triage in den stationären Kontext

Der Entscheid für eine Beratung oder Begleitung durch die psychosoziale Beratungsstelle und gegen den Aufenthalt in einer stationären Einrichtung basiert ebenfalls auf der Einschätzung der Suizidalität. Suizidalität stellt nicht in jedem Fall ein akutes Risiko dar und kann für eine Person kontrollierbar sein (Bründel, 2015, S.15). Die Gefährdung ist in dem Fall nicht akut und eine Begleitung durch Familienangehörige und/oder ambulante Stellen erscheint ausreichend. Es stehen, wie in Kapitel 4.2.2 festgehalten, unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung.

5.2.1 Feststellen der Urteilsunfähigkeit

Das Feststellen der Urteilsunfähigkeit kann nicht als eigentliche Intervention betrachtet werden. Da die Urteilsfähigkeit zentrales Merkmal der Rechtsstellung von Jugendlichen ist, ist sie bei jeder Intervention zu berücksichtigen.

❖ Spannungsfelder

Die Jugend- und Familienberatungsstelle Contact hält in ihrem Konzept fest, dass Jugendliche ab zwölf Jahren Beratungsgespräche selbständig, und somit ohne Kenntnis der Eltern, besuchen können. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Klientel urteilsfähig ist. Gemäss dem Juristen Luca Maranta ist die Entscheidung und Durchführung von Suizid als absolut höchstpersönliches Recht einzustufen, solange die Person dabei urteilsfähig ist (Fachpoolgespräch vom 28.09.2018). Petermann (2008) nennt in dem Zusammenhang die «Relativität der Urteilsfähigkeit». Gehen Sozialarbeitende davon aus, dass Jugendliche urteilsunfähig sind, muss dies belegt werden (S.32-33). Eine abschliessende Einschätzung der Urteilsfähigkeit kann durch Sozialarbeitende nicht eigenständig vorgenommen werden. Schliesslich hat die Feststellung der Urteilsunfähigkeit weitreichende Konsequenzen auf die Rechtsstellung der Jugendlichen.

❖ Umsetzung in der Praxis

In der Praxis ist es nötig, dass bei Verdacht auf Urteilsunfähigkeit eine medizinische Einschätzung erfolgt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit muss in diesem Fall durch Sozialarbeitende eingeleitet werden. Die sozialarbeitende Person hat einen entsprechenden Kontakt herzustellen und die Klientel dorthin zu begleiten, mindestens aber die Begleitung durch die Eltern einzuleiten.

5.2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

❖ Spannungsfelder

Das Arbeitsbündnis zwischen Sozialarbeitenden und Klientel ist durch eine vertrauensvolle Beziehung gekennzeichnet. Diese wird unter anderem durch den Datenschutz und vielseitige Schweigepflichten definiert, welche nur unter gewissen Umständen gebrochen werden können (Daniel Rosch, 2013, S.7-28).

Die Sozialarbeit in einer freiwilligen Beratungsstelle für Jugendliche kann eine Schnittstelle zu therapeutischen Angeboten darstellen, vor allem in der Begleitung im Umgang mit einer nur schwer veränderbaren Problemlage. Ob und wie lange eine sozialarbeitende Person als Alleinwissende/r für die Klientel zuständig ist, muss im Einzelfall entschieden werden und ist unter anderem abhängig von der Aus- und Weiterbildung sowie der Erfahrung der beratenden Person.

❖ Umsetzung in der Praxis

Im Berufskodex wird festgehalten, dass Soziale Arbeit Veränderungen und die Unabhängigkeit der Klientel fördern soll (AvenirSocial, 2010, S.6). In manchen Situationen sind die Kompetenzen der Sozialarbeitenden nicht ausreichend und der Einbezug anderer Fachpersonen wird nötig (ebd., S.11). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Begleitung suizidaler Jugendlicher kann sich unter anderem mit folgenden Institutionen und Personen ergeben: KESB, ambulante und psychiatrische Einrichtungen, juristischen Fachpersonen, Ärzteschaft, Polizei. Fallspezifisch ist der Einbezug weiterer Personen und Institutionen denkbar. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit muss angemessen eingeleitet werden, damit sie seitens der Klientel nicht als Vertrauensbruch erachtet wird. Ist die Klientel bereits in einer therapeutischen oder ärztlichen Behandlung, muss zwischen den Fachpersonen ein Kontakt hergestellt werden. Eine Informationsweitergabe an Dritte ist im Sinne eines überwiegend privaten Interesses gerechtfertigt, wenn sie für den Schutz einer Person notwendig ist oder notwendig erscheint. Ist dies nicht der Fall, soll die Klientel aufgefordert werden, eine Entbindung der Schweigepflicht zu unterzeichnen.

Es ist empfehlenswert, die Frage einer Triage mittels Intervision oder kollegialer Beratung zu klären. Ein früher, allenfalls anonymisierter Austausch mit Personen aus interdisziplinären Angeboten kann Fachwissen aus anderen Disziplinen erschliessen und Sicherheit für eine anstehende Intervention vermitteln (AvenirSocial, 2010, S.11).

5.2.3 Einbezug der Familie

❖ Spannungsfelder

Urteilsfähige Jugendliche verfügen eigenständig über ihre Intims- und Privatsphäre, solange, bis die elterliche Sorgspflicht greift. Dies bedarf einer Einschätzung im Einzelfall (Rosch, 2013, S.50). Mit zunehmender Entwicklung der Autonomie und der damit verbundenen Ablösung von den Eltern, wird der Intims- und Privatsphäre von Jugendlichen immer mehr Gewicht zugeschrieben. Für die sozialarbeitende Person entsteht damit Handlungsspielraum, der den Zeitpunkt des Einbezugs der Familie nicht genau definiert. Dieser gestaltet sich entsprechend der Einschätzung der Suizidalität unterschiedlich.

❖ Umsetzung in der Praxis

Die Jugend- und Familienberatungsstelle hält in ihrem Fachkonzept fest, dass das Angebot systemische Beratung beinhaltet (Contact Jugend- und Familienberatung, 2018, S.3-8). Aus systemischer Sichtweise ist es unumgänglich, die Eltern in die Beratung suizidaler Jugendlicher miteinzubeziehen. Schliesslich steht Eltern im Rahmen der elterlichen Sorge gemäss Art.296 ZGB das Recht zu, altersentsprechend Einfluss auf ihr Kind zu nehmen und dieses zu schützen und zu vertreten. Der Zeitpunkt des Einbezugs der Eltern in die Beratung ist jedoch durchaus unterschiedlich. Unter Umständen kann es vorkommen, dass die beratende Person die Eltern nicht sofort benachrichtigt und sie nicht umgehend in den Beratungsprozess involviert werden. Dies ist dann der Fall, wenn die Klientel genügend stabil erscheint und die Einschätzung der Suizidalität ergeben hat, dass er oder sie sich in den nächsten Tagen voraussichtlich nichts antun wird. Die Abwägung, wann der «richtige» Zeitpunkt für den Einbezug der Eltern ist, kann folgendermassen begründet werden: Die Erziehung (Art.302 ZGB) beinhaltet den Schutz des Kindes sowie das Informationsrecht der Eltern bezüglich der Lebensfragen ihres Kindes. Das Informationsrecht steht dem Schutz der Privatsphäre der Jugendlichen gegenüber. Es gilt daher eine Abwägung zwischen Informationsrecht der Eltern und der Privatsphäre der Klientel zu treffen. Dabei spielen auch berufsethische Überlegungen eine wichtige Rolle. Gemäss Berufskodex (2010) wird die Zusammenarbeit mit der Klientel durch Sozialarbeitende auf der Basis von Vertrauen und Wertschätzung gestaltet (S.10).

Die bewusste Gestaltung des Gesprächssettings kann eine entlastende Funktion haben. Gespräche müssen nicht als Familiengespräche geführt werden. Sie können mit einzelnen Beteiligten oder mit ausgewählten Familienmitgliedern stattfinden um die Hemmschwelle des elterlichen Einbezugs für die Jugendlichen zu senken (Rotthaus, 2017, S.154-155).

Der Einbezug der Eltern ist aus einem weiteren Grund wichtig. Falls innerhalb der Familie nicht ausreichend für das Kindeswohl gesorgt wird, kommt der zivilrechtliche Kinderschutz zum tragen (Affolter-

Fringeli & Vogel, 2016, S.460-461). Es ist daher relevant, die Eltern einzubeziehen und ihnen aufzuzeigen, welche Konsequenzen folgen, wenn das Wohl des Kindes nicht sichergestellt wird.

5.2.4 Gefährdungsmeldung

❖ Spannungsfelder

Eine Gefährdungsmeldung soll nach Möglichkeit gemeinsam mit den Eltern gemacht werden. Auf diese Weise kann ein erfolgsversprechendes Arbeitsbündnis gestaltet werden. Stimmen die Eltern einer Gefährdungsmeldung nicht zu, ist eine solche jedoch unumgänglich, muss die sozialarbeitende Person aufgrund der Meldepflicht (nArt.314d ZGB) die Meldung eigenständig einreichen. Ein Spannungsfeld entsteht, weil Sozialarbeitende aufgefordert sind, verantwortungsbewusst mit Machtgefällen umzugehen (AvenirSocial, 2010, S.11).

❖ Umsetzung in der Praxis

Eine Meldung an die KESB ist angezeigt, wenn das Kindeswohl gefährdet ist und die beratende Person nicht über ausreichend Kompetenzen verfügt die Begleitung zu gewährleisten, die Beratung nicht erfolgsversprechend ist oder abgebrochen wird. Die KESB soll nur dann intervenieren, wenn die Eltern der Gefährdung nicht selbst Abhilfe schaffen können oder wollen. Kommt die beratende Person zum Schluss, dass die Eltern der Gefährdung nicht Abhilfe schaffen und hat sie selbst unzureichende Kompetenzen, ist eine Gefährdungsmeldung an die KESB zu tätigen. Die Interessen des Kindes stehen dabei stets im Mittelpunkt. Eine Geheimhaltung erscheint nur dann sinnvoll, wenn die Gefahr der Kindeswohlgefährdung durch eine Meldung an die KESB grösser werden würde als ohne Meldung. Die KESB muss nicht in jedem Fall Empfängerin der Gefährdungsmeldung sein. Die Meldepflicht gilt gemäss nArt.314d ZGB als erfüllt, wenn eine vorgesetzte Person über die Gefährdung des Kindeswohls informiert wird. Diese Gegebenheit birgt den Vorteil, dass das Vertrauensverhältnis zwischen beratender Person und Klientel nicht unmittelbar gefährdet ist (Maranta, 2018, S.231-245).

Wird eine Meldung gegen den Willen der Eltern getätigt, gilt es das entstandene Machtgefälle methodisch angemessen zu berücksichtigen und durch Transparenz Einblick in nächste Schritte zu gewähren. Um ein gemeinsames Arbeitsbündnis zu erstellen, muss den Eltern und der zu begleitenden jugendlichen Person das weitere Vorgehen erklärt werden und sie sind soweit als möglich miteinzubeziehen. Eine anonymisierte Fallbesprechung mit der KESB oder mit dem Team kann unterstützend sein, die Meldung zum richtigen Zeitpunkt vorzunehmen.

5.2.5 Notfallplan

❖ Spannungsfelder

Voraussetzung für die Erstellung eines Notfallplans ist, dass die Klientel erkennen und eingestehen kann, wenn der Handlungsdruck zunimmt und die Suizidalität akut zu werden scheint. In einem ersten Schritt muss von Sozialarbeitenden festgestellt werden, ob eine Person überhaupt in der Lage ist, solche Veränderungen wahrzunehmen, zu kommunizieren und Hilfe zu organisieren. Weitere Herausforderungen einer freiwilligen Beratungsstelle ergeben sich durch die zeitlich beschränkte Erreichbarkeit.

❖ Umsetzung in der Praxis

Die Erstellung eines Notfallplans entspricht dem lösungsorientierten Ansatz, wie ihn die Jugend- und Familienberatungsstelle verfolgt (Contact Jugend- und Familienberatung, 2018, S.7). Ein Notfallplan eignet sich insbesondere dann, wenn die Klientel dem Einbezug der Eltern zustimmt. Sind die Eltern nicht involviert, ist dies im Notfallplan entsprechend zu berücksichtigen. Der Notfallplan soll gemeinsam mit der Klientel erstellt werden, um die Chancen einer erfolgreichen Umsetzung zu erhöhen. Dieser scheint besonders dann hilfreich zu sein, wenn die Klientel bereits über Strategien verfügt, welche in Krisensituationen angewandt werden können. Solche Strategien können den Einbezug von Vertrauenspersonen beinhalten. Sind Vertrauenspersonen auf dem Notfallplan festgehalten, müssen sie über die Suizidalität der betroffenen Person sowie das Vorgehen im Notfall informiert werden. Dabei gilt es, neben dem Datenschutz und der Schweigepflicht, den Willen der suizidalen Person zu berücksichtigen. Notfalltelefonnummern, die nicht durchgehend besetzt sind, sind zwingend mit Alternativen zu ergänzen. Empfehlenswert ist eine Liste von Telefonnummern, die entsprechend ihrer Priorität aufgeführt werden. Falls nötig werden die wichtigsten Telefonnummern gemeinsam mit der Klientel auf deren Mobiltelefon abgespeichert.

5.2.6 Non-Suizid-Vereinbarung

❖ Spannungsfelder

Wie bereits in Kapitel 4.2.2 festgehalten, werden Non-Suizid-Vereinbarungen gegensätzlich diskutiert. Setzt man das Recht auf Autonomie der Klientel ins Zentrum, scheint eine solche Vereinbarung nicht zielführend zu sein, da dadurch die Selbstbestimmung eingeschränkt wird. Mit dem Fokus zur Übernahme der Fürsorge durch Sozialarbeitende, sowie unter dem Aspekt der Hilfe zur Selbsthilfe, kann eine solche Klärung wichtiger Bestandteil der Beratung bilden.

Weitere Widersprüche ergeben sich, da sich das Menschenbild der Sozialen Arbeit an den Menschenrechten orientiert (AvenirSocial, 2010, S.7). Gemäss Haefliger und Schürmann (2014) kann gemäss Art.8 Abs.1 EMRK jede Person selbst über den eigenen Todeszeitpunkt bestimmen (S.33). Ferner beschreibt Jurist Luca Maranta (Fachpoolgespräch vom 28.09.2018) Suizid als höchstpersönliches Recht.

Als Konklusion dieser Gegebenheiten könnte angenommen werden, dass Sozialarbeitende Suizide unbeschränkt zu tolerieren haben.

❖ **Umsetzung in der Praxis**

Grundlegend muss geklärt werden, wie sich das Verhältnis zwischen dem obengenannten Aspekt des Menschenbildes der Sozialen Arbeit und Art.8 Abs.1 EMRK verhält. Hug (2015) hält fest, dass Suizid neben dem in der EMRK festgehaltenen Akt der Selbstbestimmung auch Zeugnis psychischer und sozialer Not ist (S.15). Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, solchen Notlagen entgegenzuwirken (AvenirSocial, 2010, S.6). Zusätzlich hält Art.128 StGB fest, dass die Unterlassung von Nothilfe zu Freiheits- oder Geldstrafe führt.

Eink und Haltenhof (2017) nennen im Umgang mit diesem Dilemma die Ohnmachts- und die Allmachtsfalle. Während die Ohnmachtsfalle helfende Personen beschreibt, welche der Suizidalität der Klientel machtlos gegenüberstehen, beschreibt die Allmachtsfalle die Haltung, mittels geeigneter Interventionen alle Suizide verhindern zu können. Um diese Fallen zu umgehen, müssen Sozialarbeitende einen adäquaten Umgang mit der suizidalen Klientel finden und ihre begrenzte Verantwortung akzeptieren (S.20-21).

Einen Vorteil von Non-Suizid-Vereinbarungen besteht in der Befähigung der Klientel neue Strategien zu finden, die bei Erhöhung des Handlungsdrucks hilfreich sind. Ebenfalls für Non-Suizid-Vereinbarungen spricht die Tatsache, dass suizidale Personen direkte Anleitung als entlastend empfinden. Aus sozialarbeiterischer Sicht scheint es sinnvoll, Non-Suizid-Vereinbarung mit Jugendlichen unter Einbezug der Eltern zu definieren und zusätzlich stets einen Notfallplan zu vereinbaren. Mögliche Anleitungen, wie in einer suizidalen Krise agiert oder reagiert werden kann, sind unerlässlicher Bestandteil einer solchen Abmachung.

5.2.7 Emotionsregulierende Coping-Strategien

❖ **Spannungsfelder**

In der Begleitung von Klientel mit suizidalen Absichten müssen akute Probleme gelöst und stressauslösende Faktoren minimiert werden (Hülshoff, 2017, S.142). Ist die Lösung akuter Probleme nicht mittels problemorientiertem Coping möglich, eröffnet eine Auswahl vielfältiger emotionsregulierender Coping-Strategien neuen Handlungsspielraum. Die Einsicht der Klientel, dass eine für sie gesundheitsgefährdende Situation vorliegt, wird für die Anwendung von emotionsregulierenden Coping-Strategien vorausgesetzt. Suizidale Personen nehmen die Gefährdung der eigenen Gesundheit bewusst in Kauf. Neben der bereits thematisierten Abwägung zwischen der Übernahme von Fürsorge durch Sozialarbeitende und der Autonomie der Klientel kommt der Befriedigung bio-psycho-sozialer Bedürfnisse grosse Bedeutung zu.

❖ Umsetzung in der Praxis

Ist keine Einsicht in die Gefährdung der Gesundheit gegeben, sind die in Kapitel 3.2. beschriebenen Kernkompetenzen von Sozialarbeitenden, besonders die Erschliessung externer Ressourcen sowie die Steuerung von Problemlösungs- und Veränderungsprozessen, von zentraler Bedeutung. Der Einbezug des sozialen Umfeldes ist dabei, gestützt auf die beschriebene Wichtigkeit der sozialen Unterstützung in Kapitel 4.2.2, unumgänglich. Dies spricht für den Einbezug der Eltern oder anderer unterstützender Personen. Hülshoff (2017) schreibt, dass bei psychischen Erkrankungen empfohlen wird, zusätzlich eine psychotherapeutische Begleitung zu installieren (S.142).

5.3 Schlussfolgerungen und Beantwortung Hauptfrage

Interventionen mit suizidalen Jugendlichen können vielfältig gestaltet werden. Es gibt unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten, die in Frage kommen. Herausfordernd ist die Gestaltung der Interventionen unter Berücksichtigung von Rechten, Pflichten und berufsethischen Aspekten. Es entstehen unterschiedliche Spannungsfelder, welche in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt wurden. Diese Spannungsfelder angemessen zu berücksichtigen und entsprechende Interventionen einleiten zu können, erfordert fundiertes Wissen über entwicklungspsychologische Aufgaben der Jugendlichen sowie über Suizidalität und besonders über deren Einschätzung. Die Minderjährigkeit der Klientel verursacht zusätzlich komplexe Situationen: Die jugendliche Klientel gilt es einerseits unter Berücksichtigung ihrer eigenen Rechte andererseits unter Berücksichtigung der Rechte und Pflichten der Eltern zu begleiten. Dieses Wissen muss mit Bezug auf berufsethische Rahmenbedingungen fallspezifisch angewendet werden. Wesentlicher Einfluss auf Interventionsmöglichkeiten und deren Umsetzung haben neben berufsethischen Aspekten diverse Artikel aus dem ZGB sowie aus der BV aber auch dem Strafgesetzbuch. Sozialarbeitende sind in der Regel keine juristische Fachpersonen und verfügen lediglich über Basiswissen rechtlicher Normen. Die korrekte Auslegung der geltenden Gesetze ist eine zeitaufwändige Arbeit, welche in Krisensituationen nicht innert nützlicher Frist bewerkstelligt werden kann. Daher ist der interdisziplinäre Austausch und die Vernetzung mit anderen Institutionen und Fachrichtungen eine zentrale Aufgabe von Sozialarbeitenden. Ein solches Netzwerk gilt es zu pflegen und gegebenenfalls zu aktivieren.

Der Einbezug der Eltern ist bei der Begleitung von suizidalen Jugendlichen unumgänglich. Der Zeitpunkt des Einbezugs bietet ausreichend Platz für berufsethische Überlegungen. Einerseits ist der Einbezug der Eltern aus systemtheoretischer Sicht von grosser Relevanz, andererseits auch mit Hinblick auf zivilrechtliche Kinderschutzmassnahmen, welche es im Laufe der Begleitung möglicherweise einzuleiten gilt. Die Begleitung suizidaler Jugendlicher gilt es unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen zu gestalten. Dabei spielen die Kernkompetenzen von Sozialarbeitenden eine wichtige Rolle.

Eine einheitliche Lösung für eine angemessene Intervention gibt es nicht. Sonja Hug (2008) hält treffend fest, dass die Aufgabe der Sozialarbeitenden darin besteht, der Klientel ein Leben unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse zu ermöglichen und nicht primär einen Suizid zu verhindern (S.46).

6 Schlussteil

Die Unterfragen wurden jeweils am Ende der Kapitel 2,3 und 4 beantwortet und Kapitel 5 widmet sich der Beantwortung der Hauptfrage. Die Beantwortung der Hauptfrage wird daher im Schlussteil nur noch zusammenfassend dargestellt. Ebenfalls zieht die Autorin ein persönliches Fazit über die Auseinandersetzung und die Berufsrelevanz der vorliegenden Bachelorarbeit. Im Ausblick wird aufgezeigt, welche Themen in weiteren Bachelorarbeiten bearbeitet werden könnten.

6.1 Zusammenfassung

Abschliessend lässt sich festhalten, dass Suizidalität Jugendlicher stets differenziert und auf ein Individuum bezogen betrachtet werden muss. Dabei kommen dem noch nicht vollständig definierten Selbstbild der Jugendlichen, ihrer Entwicklung und den persönlichen Risiko- und Schutzfaktoren zentrale Bedeutung zu. Der unterschiedlich hohe Handlungsdruck suizidaler Jugendlicher wird mit der Einschätzung der Suizidalität erörtert. Auf der Basis dieser Einschätzung lassen sich anschliessend Interventionen ableiten, die entweder eine Triage in den stationären Kontext erfordern oder eine ambulante Begleitung anzeigen. In der Praxis führen alle Interventionsmöglichkeiten zu Spannungsfeldern, welche durch eine Abwägung gesetzlicher Rahmenbedingungen und berufsethischer Aspekte gelöst werden können. Das Erkennen der Spannungsfelder und die bewusste Auseinandersetzung mit den berufsethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sind für Sozialarbeitende zentraler Bestandteil in der Beratung suizidaler Jugendlicher. Dabei kommt den Kernkompetenzen von Sozialarbeitenden grosse Bedeutung zu.

6.2 Diskussion und persönliches Fazit

Der Autorin wurde in der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik vor Augen geführt, dass Sozialarbeit wesentliche Schnittstellen mit anderen Berufsfeldern aufzeigt. Unzureichendes Fachwissen von Sozialarbeitenden im juristischen und medizinischen Bereich erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Eine Herausforderung ergibt sich aus Sicht der Autorin in der Pflege der Interdisziplinarität. In der Praxis scheint der Interdisziplinarität häufig wenig Aufmerksamkeit geschenkt zu werden. Es ist wichtig, dass die Soziale Arbeit, und als Teil davon die Sozialarbeit, selbstbewusst gegenüber anderen Disziplinen auftritt und ihre professionelle Sicht vertritt.

Weiter hat sich das Dilemma zwischen Übernahme von Fürsorge durch Sozialarbeitende und der Autonomie der Klientel als wichtiger Bestandteil der Arbeit gezeigt. Insbesondere bei suizidalen, minderjährigen Jugendlichen sind aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen die Eltern einzubeziehen. Die Fürsorge durch Sozialarbeitende wird demnach höher gewichtet als die Autonomie der jugendlichen Klientel.

Die Auseinandersetzung mit der Thematik der Suizidalität von Jugendlichen hat der Autorin aufgezeigt, dass das Verhindern von Suiziden nicht in der Verantwortlichkeit von Sozialarbeitenden liegt. Stattdessen soll die Klientel dazu befähigt und darin unterstützt werden ein Leben führen zu können, in welchem die Möglichkeit zur Befriedigung der bio-psycho-sozialen Bedürfnisse besteht.

6.3 Ausblick

Im Laufe der Bearbeitung der Fragestellung hat die Autorin festgestellt, dass einige grundlegende Aspekte der Beratung suizidaler Jugendlicher nur oberflächlich behandelt werden konnten. Folgenden weiterführenden Fragestellungen könnte im Rahmen weiterer Bachelorarbeiten nachgegangen werden:

- Die differenzierte, methodische Gestaltung der genannten Interventionen mittels des jugendalters angemessener Materialien und Methoden.
- Die Positionierung der Sozialen Arbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit medizinischen und juristischen Fachpersonen.
- Die Sicht der Eltern von suizidalen Jugendlichen, welche in ein Beratungssetting involviert werden.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Affolter-Fringeli, Kurt & Vogel, Urs (2016). *Berner Kommentar. Kommentar zum schweizerischen Privatrecht*. Bern: Stämpfli Verlag AG.

AvenirSocial (2006). *International Federation of Social Workers (IFSW). Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien*. Bern: Autor.

AvenirSocial (2010). *Berufskodex der Professionellen Sozialer Arbeit. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.

AvenirSocial (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: Autor.

Bründel, Heidrun (2004). *Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Bründel, Heidrun (2015). *Notfall Schülersuizid. Risikofaktoren – Prävention – Intervention*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Bundesamt für Gesundheit (2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/aktionsplan-suizidpraevention.html>

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).

Bundesgesetz über die Förderung der ausserschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vom 30. September 2011 (Stand am 01. Januar 2017).

Cantieni, Linus & Wyss, Brigitta (2016). Elterliche Sorge. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik* (S.308-321). Bern: Haupt Verlag.

Chehil, Sonia & Kutcher, Stan (2013). *Das Suizidrisiko. Abschätzung der Suizidgefahr und Umgang mit Suizidalität*. Bern: Verlag Hans Huber.

Contact Jugend- und Familienberatung (2018). *Fachkonzept Jugend- und Familienberatung CONTACT. Bereich Kinder-, Jugend- und Familienberatung*. Unveröffentlichtes Fachkonzept. Contact Jugend- und Familienberatung.

Contact Luzern (ohne Datum). *Jugendberatung*. Gefunden unter www.contactluzern.ch

Durkheim, Émile (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied und Berlin: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.

Eink, Michael & Haltenhof, Horst (2017). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Europäische Menschenrechtskonvention vom 04. November 1950 (SR 0.101).

Flammer, August (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Flammer, August & Alsaker, Françoise (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern: Verlag Hans Huber.

Gemeindegesezt des Kantons Luzern vom 04. Mai 2004 (Nr.150).

Haefliger, Arthur & Schürmann, Frank (2014). *Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz*. Bern: Stämpfli Verlag AG.

Hülshoff, Thomas (2017). *Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hug, Sonja (2008). Ethische Richtlinien für die Soziale Praxis. *SozialAktuell*, 40 (6), 45-47.

Hug, Sonja (2015). Suizid als Akt der Freiheit oder Ausdruck einer Notlage? *SozialAktuell*, 47 (5), 15-17.

Kinderschutz Schweiz (ohne Datum). *Das System des Kindesschutzes in der Schweiz*. Gefunden unter: <https://www.kinderschutz.ch/de/das-system-des-kindesschutzes-in-der-schweiz.html>

Largo, Remo (2009). *Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung*. München: Piper Verlag GmbH.

Maranta, Luca (2018). Im «Irrgarten» zwischen Meldepflichten, Melderechten und Berufsgeheimnissen-die Revision der Meldevorschriften im Kinderschutz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 73 (4), 231-254.

Meurer, Sigrid (2010). «Wenn ich das machen würde...wäre ich ja wirklich tot.» –Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In Wolf Ortiz-Müller, Ulrike Scheuermann & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S.223-236). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Meyer-Ladewig, Jens & Nettesheim, Martin (2017). Artikel 8 Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens. In Jens Meyer-Ladewig, Martin Nettesheim & Stefan von Raumer (Hrsg.), *EMRK Europäische Menschenrechtskonvention. Handkommentar* (S.317-366). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Michel, Margot (2009). *Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen*. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.

Mösch Payot, Peter (2013a). Die Person in Interaktion. In Peter Mösch Payot, Johannes Schliecher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (S.137-216). Bern: Haupt Verlag.

Mösch Payot, Peter (2013b). Die Person in Staat und Recht. In Peter Mösch Payot, Johannes Schliecher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (S.75-136). Bern: Haupt Verlag.

Oerter, Rolf & Dreher Eva (2008). Jugendalter. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S.271-332). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Patterson, William, Dohn, Henry, Bird, Julian & Patterson, Gary (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 24 (4), 343-345, 348-349.

Petermann, Frank (2008). *Urteilsfähigkeit. Generelle Aspekte, Urteilsfähigkeit als Ehevoraussetzung, zum Testieren, zum willentlichen Sterben sowie Screening-Tools*. St. Gallen: Dike Verlag AG.

Pöldinger, Walter (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und eine medizinisch-soziologische Studie*. Bern und Stuttgart: Hans Huber Verlag.

Pöldinger, Walter (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In Christian Reimer (Hrsg.), *Suizid. Ergebnisse und Therapie* (S.13-23). Berlin: Springer Verlag.

Refubium (ohne Datum). *Suizidtheorien*. Gefunden unter https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/3881/04_kap3.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Ringel, Erwin (1974). *Selbstmord – Appell an die anderen*. München: Kaiser Verlag.

Rosch, Daniel (2013). *Datenschutzrechtliche Analyse der Rechtslage und Anpassungsbedarf in Bezug auf die Sozialberatung im Kanton St. Gallen*. Gefunden unter http://danielrosch.ch/wp-content/uploads/2018/04/Rosch_2013_Gutachten_Datenaustausch.pdf

Rotthaus, Wilhelm (2017). *Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Verlag GmbH.

Rutz, Marianne (2002). *Utopia Blues. Manie, Depression und Suizid im Jugendalter*. Zürich: Verlag pro juventute.

Schmocker, Beat (ohne Datum). «Drehbuch» zum Lehrvideo «Allgemein Normative Handlungstheorie». *Unveröffentlichtes Unterrichtsskript*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Schmocker, Beat (2011). *Soziale Arbeit und ihre Berufsethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.

Schmocker, Beat (2017). *Zur Einführung in die allgemeine normative Handlungstheorie. Eine transformative Denkmethode nach dem allgemeinen normativen Modell menschlichen Handelns*. *Unveröffentlichtes Unterrichtsskript*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Schnyder, Ulrich & Sauvant Jean-Daniel (1993). *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern: Huber Verlag.

Schwalm, Patrick (2005). *Suizidalität von Jugendlichen. Perspektiven sozialpädagogischen Handelns*. Marburg: Tectum Verlag.

Schwander, Marianne (2015). Geheimhaltungspflichten und Datenaustausch in der Sozialen Arbeit. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 70 (2), 95-117.

Schweizer, Rainer (2014). Art.10 Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit. In Bernhard Ehrenzeller, Benjamin Schindler, Rainer Schweizer & Klaus Vallender (Hrsg.), *Die schweizerische Bundesverfassung. St. Galler Kommentar* (S.278-308). Zürich / St. Gallen: Dike Verlag AG.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005). *Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-berufsethische Grundsätze der SAMW*. Gefunden unter <https://www.samw.ch/de/Ethik/Frueher-gueltige-Richtlinien.html>

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0).

Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).

Skinner, Burrhus Frederic (1973). *Wissenschaft und menschliches Verhalten*. München: Kindler Verlag GmbH.

Sonneck, Gernot; Kapusta, Nestor; Tomandl, Gerald & Voracek, Martin (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Sozialhilfegesetz des Kantons Luzern vom 16. März 2015 (SRL 892).

Steinberg, Laurence (2005). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe, (2016). *Suizidprävention: eine globale Herausforderung*. Gefunden unter: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf;jsessionid=911CE29A74DD40ED2EE1DAB8D2E56D12?sequence=14>

Wang, Jen; Dey, Michelle, Soldati, Lorenzo, Weiss, Mitchell, Gmel, Gerhard & Mohler-Kuo, Meichun (2014): Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry* 29 (8), S.514–522.

Wolfersdorf, Manfred (2004). Suizidalität. In Mathias Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S.1022-1038). München: Urban & Fischer.

Zimbardo, Philip & Gerrig, Richard (2004). Emotionen, Stress und Gesundheit. In Ralf Graf (Hrsg.), *Psychologie* (S.547-601). München: Pearson.

8 Anhänge

8.1 Anhang A (nArt.314c ZGB)

Jede Person kann der Kindesschutzbehörde Meldung erstatten, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet erscheint.

- 1) Liegt eine Meldung im Interesse des Kindes, so sind auch Personen meldeberechtigt, die dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch unterstehen. Diese Bestimmung gilt nicht für die nach dem Strafgesetzbuch an das Berufsgeheimnis gebundenen Hilfspersonen.