



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Mit Beiträgen von
Christine Arwanitakis
Thomas Bronisch
Johanna Gerngroß
Bernhard Geyer
Veronika Gmeiner
Clemens Hausmann
Barbara Juen
Elisabeth Karnholz
Dietmar Kratzer
Kerstin Peer

Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Herausgegeben von
Johanna Gerngroß

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Shutterstock/khak

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40019-9

Auch als E-Book erhältlich

Einleitung

Eine junge Frau, Anfang 20, wird mit der Rettung in die Notaufnahme einer Klinik eingeliefert. Sie hat einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen, die Schachteln der Tabletten wurden bei ihr gefunden. In der Notaufnahme versucht der diensthabende Arzt, die Patientin dazu zu bringen, ein Glas mit einer Flüssigkeit zu trinken, um Erbrechen hervorzurufen. Die Patientin weigert sich jedoch, dies zu tun, da sie ja sterben wolle. Ratlos wendet sich der Arzt an das Pflegepersonal und bittet dieses, mit der Patientin zu sprechen. Diese trauen sich jedoch nicht zu ihr, aus Angst, etwas Falsches zu sagen. Sie informieren die Psychiaterin und warten auf ihr Kommen. Zurück bleibt ein Gefühl der Hilf- und Ratlosigkeit, der Unsicherheit und des Versagens seitens der Pflegekräfte. Wie es der Patientin dabei erging, kann man nur erahnen.

Im Gesundheits- und Sozialbereich tätige Personen sehen sich wiederkehrend mit Menschen in krisenhaften Situationen konfrontiert. Der Umgang mit suizidalen Personen stellt dabei auch die erfahrenste Fachkraft vor große Herausforderungen. Umso wichtiger ist es, entsprechend auf solche Ausnahmesituationen vorbereitet zu sein und das passende methodische Handwerkszeug zu besitzen, um suizidale Krisen zu erkennen und abzuwenden bzw. ihnen im Sinne der Primärprävention möglichst vorzubeugen.

Wie das oben skizzierte Beispiel zeigt, besteht im Umgang mit suizidalen Personen häufig große Unsicherheit. Auch Fachkräfte sind durch ihre Ausbildung oft auf solche Situationen nicht ausreichend vorbereitet. Die Sorge, etwas falsch zu machen, und Mythen über das Thema Suizidalität verhindern ein professionelles Handeln und können dazu führen, dass sich Fachkräfte als zu wenig kompetent und in weiterer Folge schuldig fühlen. Die suizidale Person hingegen erlebt statt persönlicher Zuwendung, einem echten Interesse an ihrem Leben und ihrer schwierigen Situation, dass Verantwortlichkeiten hin und her geschoben werden und keiner etwas mit ihr zu tun haben will.

Das vorliegende Buch richtet sich an Menschen, die in psychosozialen, beratenden, pädagogischen, medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Berufen tätig sind und daher immer wieder mit den Themen Suizidalität und Suizid konfrontiert werden. Es soll für sie Hintergrundwissen und Handwerkszeug im Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen bieten und so der Mythenbildung und Unsicherheiten entgegenwirken.

Wir wollen aber auch Angehörige von Menschen, die sich das Leben genommen haben, ansprechen, für welche die dargestellten Hintergrundinformationen vielleicht hilfreiche Ansätze für das Verstehen bieten können.

Kapitel 1 »Einführung in die Suizidprävention« beschäftigt sich mit der Verortung der Suizidologie. Es gibt einen Überblick über die historische Entwicklung der Suizidprävention und der Krisenintervention sowie über deren Mög-

lichkeiten und soll Anregungen zur allgemeinen Haltung von Helferinnen und Helfern bieten.

In *Kapitel 2* sind »Grundlagen zu Suizidalität und Suizid« zusammengefasst. Mythen über Suizid werden Fakten aus der Suizidforschung gegenübergestellt, Modelle zur Entwicklung von Suizidalität vorgestellt, Motive für Suizidalität diskutiert sowie rechtliche Grundinformationen gegeben. Zudem wird das Thema »Suizidprävention und Medien« behandelt, wobei neuere Entwicklungen wie die Rolle von sozialen Medien berücksichtigt werden.

Kapitel 3 widmet sich der »Hilfe bei akuter Suizidalität« und behandelt Themen wie Einschätzung und Abschätzung von Suizidalität, Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung, die Bedeutung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens bei Suizidalität sowie Interventionen in Krisensituationen und Notfallpläne.

Ausgehend von der Frage nach möglichen Ursachen für Suizidalität werden in *Kapitel 4* »Die klinische Sicht – Ursachen und Behandlung von Suizidalität« die Rolle psychischer Erkrankungen beleuchtet und Möglichkeiten für eine längerfristige Behandlung und Begleitung suizidaler Personen beschrieben. Der Umgang mit Hoffnungslosigkeit sowie Fehler und riskante Interventionen, aber auch pharmakologische Therapie und Fragen zur stationären vs. ambulanten Behandlung suizidaler Patientinnen sind dabei einige wichtige Bausteine.

Ein weiterer Schwerpunkt dieses Buches liegt auf dem Tabuthema »Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen«, das in *Kapitel 5* den der Bedeutung des Themas geschuldeten Raum findet. Darin sollen Fachkräfte, aber auch Eltern über Hintergründe sowie Zusammenhänge informiert werden und Ansätze zum Umgang mit diesem sensiblen Thema finden.

Da die meisten Menschen einen Großteil ihrer Zeit in der Arbeit verbringen, widmet sich *Kapitel 6* dem »Suizid am Arbeitsplatz«. Dabei werden einerseits das Thema »Tod einer Kollegin« und die damit verbundenen Belastungen, aber auch Möglichkeiten des Umgangs besprochen; andererseits widmet sich ein Teil des Kapitels der Frage, wie in Institutionen mit dem Suizid einer Patientin oder Klientin umgegangen werden kann. Im Zuge dessen wird ein Unterstützungssystem nach kritischen Ereignissen vorgestellt.

Besonders alte Menschen haben ein hohes Suizidrisiko, daher nimmt die Suizidalität alter sowie schwer kranker Menschen einen wichtigen Platz im vorliegenden Buch ein und wird in *Kapitel 7* »Besondere Gruppen« thematisiert. Hier werden auch Sterbebegleitung und -hilfe sowie Palliative Care und deren Bedeutung für die Suizidprävention besprochen.

Da Suizide und Suizidalität auch vor Einsatzkräften nicht Halt machen, greift *Kapitel 8* »Suizidalität und Suizidprävention in Einsatzorganisationen am Beispiel Feuerwehr« dieses Thema auf. Es werden Anregungen gegeben, wie Einsatzkräfte mit Suiziden in den eigenen Reihen umgehen können und wie Suizidprävention in Einsatzorganisationen aussehen kann.

In *Kapitel 9* »Suizidalität und Narzissmus« wird das komplexe Phänomen Suizidalität und Persönlichkeitsstörungen vor einem tiefenpsychologischen Hintergrund behandelt. Dabei sollen Ausführungen zum griechischen Mythos von

Narziss zum Verständnis für Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizid beitragen.

Kapitel 10 »Nach dem Suizid: Postvention« ist der Begleitung von Suizidhinterbliebenen gewidmet. Suizidhinterbliebene sind einer großen emotionalen Belastung ausgesetzt. Zur Trauer um die verstorbene Person können Gefühle von Schuld und Scham, Wut und Zorn hinzukommen und möglicherweise sogar zu Suizidalität führen. Eine professionelle psychologische Begleitung von Suizidhinterbliebenen kann somit auch eine wichtige suizidpräventive Maßnahme darstellen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass wir uns dem Thema Suizidalität und Suizid in diesem Buch von vielen verschiedenen Seiten her nähern und versuchen, das Unfassbare etwas fassbarer zu machen. Wir wollen Erklärungsversuche liefern und Ansätze für gezielte Hilfestellungen geben.

»Wenn es eine Hölle gibt, dann befinde ich mich gerade darin!«, so beschreibt eine Frau ihre Situation wenige Tage nach dem Suizid ihres Ehemannes. »Warum?« »Gab es Anzeichen?« »Haben wir etwas übersehen?« – nach einem erfolgten Suizid stellen sich den Hinterbliebenen drängende und schmerzhaft Fragen, auf die sich häufig keine Antwort mehr finden lässt. Zur Trauer über den Verlust kommen quälende Gefühle von Schuld und Verantwortung hinzu, die sie keine Ruhe finden lassen. Für sie beginnt die Hölle nach dem Suizid, während der betroffene Suizident wohl vor der Tat durch diese hindurchgeht. Es ist kaum vorstellbar, wie verzweifelt, hoffnungs- und hilflos jemand sein muss, um sich das Leben zu nehmen.

Dramen wie diese sind leider keine Seltenheit. In Deutschland und Österreich nehmen sich fast dreimal so viele Menschen das Leben wie es Tote durch Verkehrsunfälle gibt. Weltweit ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen. Bei unter 25-jährigen Männern ist Suizid die häufigste Todesursache weltweit. Nicht eingerechnet Suizidversuche und parasuizidales Verhalten, zudem ist wohl mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Betrachtet man diese Zahlen, wird die Bedeutung von Maßnahmen der Suizidprävention, der Enttabuisierung, des darüber Sprechens, der Verbreitung von Wissen über Suizidalität und Suizid deutlich.

Die Autorinnen und Autoren möchten mit diesem Buch der Wichtigkeit dieses Themas Tribut zollen und einen Beitrag zur Aufklärung und Suizidprävention leisten.

Um dem Anspruch des Buches gerecht zu werden, einen praxisbezogenen Schwerpunkt zu haben, sind in den verschiedenen Kapiteln immer wieder Falldarstellungen angeführt. Diese Fallbeispiele erinnern uns an die vielfältigsten uns anvertrauten, hochindividuellen Begebenheiten mit unseren Klientinnen und Patientinnen. Um eine Wiedererkennung möglichst zu vermeiden, wurden die »Fälle« entweder stark verfremdet oder sie stellen fiktive Konstruktionen dar.

Es ist uns ein Anliegen, in diesem Buch Frauen wie Männer gleichermaßen anzusprechen, besonders aber Frauen sichtbar zu machen. Neben der geschlechtsneutralen Form oder dem Nennen der weiblichen und männlichen Form wird daher häufig nur die weibliche Form gewählt.

Die Arbeit an diesem Buch hat mich in vielerlei Hinsicht weitergebracht –

fachlich und persönlich. Es ist ein großes Geschenk, dass sich so viele großartige und erfahrene Kolleginnen und Kollegen bereiterklärt haben, mit mir dieses Buch zu realisieren. Ich möchte jeder und jedem einzelnen für diese Bereitschaft und die gute Zusammenarbeit herzlich danken!

Es ist mir aber auch ein Anliegen, jenen zu danken, die zwar nicht als Autorinnen oder Autoren mitgewirkt haben, ohne die aber dieses Buch nicht denkbar wäre. Es ist schwierig, an dieser Stelle einzelne Personen herauszugreifen. Dennoch möchte ich einige nennen: Frau Professorin Luise Reddemann, die mich so wohlwollend unterstützt, mir Vorbild ist und ganz neue Wege aufzeigt, Universitätsprofessor Giselher Guttmann, der mir bereits seit Studienzeiten Vorbild und Leitfigur ist, Jasmin Bammer und Catherine Pröm, die mich beim Kapitel »Rechtliche Grundinformationen« mit ihrer Fachkompetenz unterstützt haben, Wolfgang Zangerl, der mich durch Dick und Dünn begleitet und mir immer fachlich und persönlich zur Seite steht. Mein Dank gilt natürlich auch dem Verlag, genauer dem Programm Schattauer, wo mir die Möglichkeit zu diesem Buch eröffnet wurde, und dabei ganz besonders dem Verlagsleiter, Herrn Dr. Wulf Bertram, und Frau Dr.in Nadja Urbani, die mich mit Engelsgeduld unterstützt hat und immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hatte. Zu Dank verpflichtet bin ich auch meiner Lektorin, Frau Marion Drachsel, die mit großem Engagement zum Gelingen dieses Buches beitrug. Zudem möchte ich mich bei allen bedanken, die mich mit aufmunternden Worten und Taten bestärkt und mir durch manche Schwierigkeiten geholfen haben. Auch meine Klientinnen und Klienten sollen erwähnt werden, die mir vertrauen und ohne die ich nicht dort wäre, wo ich heute bin!

Wien, im Herbst 2019
Johanna Gerngroß

Die Herausgeberin, Autorinnen und Autoren

Herausgeberin

Mag.a Dr.in Johanna Gerngroß
Sigmund Freud Privatuniversität
Campus Prater
Freudplatz 1
1020 Wien
Österreich
johanna.gerngross@sfu.ac.at
www.dr-gerngross.at

Autorinnen und Autoren

Dr.in phil. H. Christine Arwanitakis
Klinisch-psychologische & psychotherapeutische Praxis
Pichl an der Raab 90
8160 Weiz
Österreich
christine.arwanitakis@gmail.com

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr. 2–10
80804 München
Privat:
Viktoriastr. 2
80803 München
t.bronisch@web.de

Mag.a Dr.in Johanna Gerngroß
Sigmund Freud Privatuniversität
Campus Prater
Freudplatz 1
1020 Wien
Österreich
johanna.gerngross@sfu.ac.at
www.dr-gerngross.at

Mag. Bernhard Geyer

Landes-Feuerwehrverband Tirol
Florianistr. 1
6410 Telfs
Österreich
b.geyer@feuerwehr.tirol
www.beratung-geyer.at

Mag.a Dr.in med. Veronika Gmeiner

Rotes Kreuz Scheibbs
Rutesheimerstr. 3
3270 Scheibbs
Landeskrankenhaus Scheibbs
Eisenwurzstr. 26
3270 Scheibbs
Österreich
veronika.gmeiner@gmx.at

Dr. Clemens Hausmann

Kardinal Schwarzenberg Klinikum
Baderstr. 10
5620 Schwarzach/Pongau
Österreich
info@clemens-hausmann.at
www.clemens-hausmann.at

ao. Univ.-Prof.in Dr.in Barbara Juen

Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52f
6020 Innsbruck
Österreich
barbara.juen@uibk.ac.at

Mag.a Elisabeth Karnholz

NOTRUF NÖ GMBH
AKUTteam NÖ
Niederösterreichring 2
3100 Sankt Pölten
Österreich
elisabeth.karnholz@a1.net

Mag. Dietmar Kratzer

Institut für Psychologie

Universität Innsbruck

Innrain 52f

6020 Innsbruck

Österreich

dietmar.kratzer@uibk.ac.at

Mag.a Kerstin Peer

Landeskrankenhaus Scheibbs

Eisenwurzenstr. 26

3270 Scheibbs

Österreich

kerstinpeer@hotmail.com

Inhalt

1	Einführung in die Suizidprävention	1
	Johanna Gerngroß	
1.1	Verortung der Suizidologie	1
1.2	Historische Entwicklung der Suizidprävention und Krisenintervention	1
1.3	Arten von Suizidprävention	3
1.4	Nationale Programme der Suizidprävention	7
1.5	Das Gatekeeper-Konzept	8
1.6	Einrichtungen der Suizidprävention	10
1.7	Allgemeine Überlegungen zur Haltung von Helferinnen und Helfern	11
	Literatur	13
2	Grundlagen zu Suizidalität und Suizid	14
	Johanna Gerngroß	
2.1	Versuch einer Definition von Suizidalität	14
2.2	Suizidmythen und -fakten	15
2.3	Zahlen, Daten, Fakten	16
	2.3.1 Historische Entwicklung der Suizidzahlen	18
	2.3.2 Aktuelle Zahlen	19
	2.3.3 Suizidzahlen und Dunkelziffer	26
	2.3.4 Suizidmethoden	26
	2.3.5 Suizidversuche	27
	2.3.6 Suizid und Alkohol	27
	2.3.7 Ansätze zur Suizidprävention	27
2.4	Einteilung von Suiziden	28
	2.4.1 Begrifflichkeiten	28
	2.4.2 Suizid und Suizidversuch	29
	2.4.3 Einteilung von Suiziden	30
	2.4.4 Ernsthaftigkeit von suizidalen Verhaltensweisen	31

2.5 Modelle der Suizidentwicklung	32
2.5.1 Die drei Stadien der präsuizidalen Entwicklung nach Walter Pöldinger	32
2.5.2 Das präsuizidale Syndrom nach Erwin Ringel	34
2.5.3 Die suizidale Überwältigungsreaktion	35
2.6 Suizidgefährdung – protektive und Risikofaktoren	36
2.7 »Motive« für suizidales Verhalten	38
2.8 Anzeichen und Warnsignale für Suizidalität	39
2.8.1 Hinweise auf Suizidalität	39
2.8.2 Einschätzung von Suizidalität	40
2.9 Suizidprävention und Medien	42
2.9.1 Der Nachahmungs- oder »Werther«-Effekt	42
2.9.2 Präventive Berichterstattung – der »Papageno-Effekt«	44
2.9.3 Suizid und Social Media	46
2.9.4 Neue Entwicklungen im Umgang von Medien mit dem Thema Suizid	47
2.10 Rechtliche Grundinformationen	47
2.10.1 Historische Entwicklung	47
2.10.2 Rechtliche Situation heute in Österreich	48
2.10.3 Rechtliche Situation heute in Deutschland	52
2.10.4 Rechtliche Situation heute in der Schweiz	56
Literatur	57
3 Hilfe bei akuter Suizidalität	61
Christine Arwanitakis	
3.1 Übertragung und Gegenübertragung	61
3.1.1 Einführung	61
3.1.2 Übertragung (transference) und Gegenübertragung (counter-transference)	62
3.1.3 Korrekturmöglichkeiten einer negativen Gegenübertragung	62
3.1.4 Falldarstellung zu einer negativen Gegenübertragung	63
3.1.5 Die positive Gegenübertragung und ihre Wirksamkeit in der Suizidprävention	64

3.2	Lebensvertrag	66
3.3	Umgang mit akut suizidalen Personen	69
3.3.1	Einleitung	69
3.3.2	Interventionsmodi	69
3.3.3	Interventionsmodi in der Interaktion als Entscheidungshilfe zur Lebensbewältigung und Lebensfreude	70
3.3.4	Falldarstellung einer akut suizidalen Person in der Krisenintervention	71
3.4	Einschätzung und Abklärung von Suizidalität	73
3.4.1	Einleitung	73
3.4.2	Die Einschätzung von Suizidalität anhand des Übertragungsgeschehens	75
3.4.3	Abklärung der Suizidgefahr	78
3.5	Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit akut suizidalen Personen	82
3.5.1	Einführung	82
3.5.2	Emotionale Entwicklung, Kommunikation und Lernerfahrung	82
3.5.3	Beziehung und Objektivierung zur Bewältigung akuter Suizidalität ...	84
3.5.4	Zentrale Merkmale im Beziehungsaufbau und Kommunikation	86
3.5.5	Die kompetente Gesprächsführung	88
3.6	Dokumentation	88
3.6.1	Dokumentationspflicht	88
3.7	Setting in der Krisenintervention	89
3.7.1	Die Situation suizidaler Personen	89
3.8	Hilfreiche Haltung der Helferinnen und Helfer	90
3.8.1	Bewährte Grundhaltungen bei suizidaler Intention	90
3.8.2	Die Vorteile einer dyadischen Interaktion	90
3.8.3	Günstig wirkende Aspekte in der Interaktion von Helfer und suizidal Betroffenen	91
3.8.4	Zusammenfassung der hohen Erwartungen an Helferinnen und Helfer	91
3.8.5	Maßnahmen zum Selbstschutz der Helfenden	92

3.9 Interventionen in Krisensituationen und Notfallpläne	93
3.9.1 Zusammenfassung	93
3.9.2 Notfallpläne zur Rezidivprophylaxe	93
3.9.3 Gesprächsformen in der Rezidivprophylaxe	94
Literatur	98
4 Die klinische Sicht – Ursachen und Behandlung von Suizidalität ..	99
Thomas Bronisch	
4.1 Einleitung	99
4.1.1 Das SORKC-Schema von Kanfer und Phillips	99
4.1.2 Multideterminiertheit suizidalen Verhaltens	100
4.2 Stationäre versus ambulante Behandlung	101
4.3 Suizidalität und psychische Erkrankungen	103
4.3.1 Depression	103
4.3.2 Aggression	104
4.3.3 Andere psychiatrische Störungen	105
4.4 Bearbeitung ungünstiger Annahmen, Überzeugungen und Vorstellungen	112
4.4.1 Grundlegende kognitive Erklärungsmodelle von Verhalten	112
4.4.2 Kognitive Verzerrungen und kognitive Stile	113
4.4.3 Therapeutische Konsequenzen	116
4.5 Hoffnungslosigkeit	117
4.6 Fehler und riskante Interventionen	118
4.7 Chronische Suizidalität	120
4.7.1 Falldarstellung	121
4.7.2 Interpretation der Kasuistik im Lichte von Narzisstischer Persönlichkeitsstörung – Depression – Suizidalität	126
4.8 Rückfallprävention	128
4.8.1 Non-Suizidpakt	128
4.8.2 Wesentliche Elemente	128
4.8.3 Spezifische Interventionen	129
4.9 Einbeziehen von Angehörigen	130

4.10 Therapie	131
4.10.1 Pharmakologische Krisenintervention	131
4.10.2 Pharmakologische Langzeitbehandlung der Suizidalität bei psychotischen und depressiven Erkrankungen	132
4.10.3 Kriterien nach Evidenzbasierter Medizin (EBM)	132
Literatur	133
5 Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen ..	135
Dietmar Kratzer und Barbara Juen	
5.1 Epidemiologie der Suizidalität	135
5.2 Warnsignale, Risiko- und Schutzfaktoren	141
5.3 Besonderheiten jugendlicher Suizidalität: Jugendegozentrismus, Bedeutsamkeit der Gleichaltrigengruppe und Risikoverhalten	147
5.3.1 Die besondere Bedeutsamkeit der Gleichaltrigengruppe	147
5.3.2 Häufigkeit von Suizidgedanken	148
5.3.3 Jugendegozentrismus	148
5.3.4 Erhöhte Tendenz zu Risikoverhalten	150
5.4 Suizidforen und Internetnutzung	151
5.5 Warnsignale und jugendliche Ausdrucksformen von Depression und Suizidalität	152
5.6 Suizidprävention	154
Literatur	158
6 Suizid am Arbeitsplatz	165
Clemens Hausmann	
6.1 Warnzeichen	165
6.2 Suizidale Kolleginnen ansprechen	166
6.2.1 Bei akuter Suizidalität	166
6.2.2 Bei allgemeinen Hinweisen auf Suizidalität	167
6.2.3 Fehler vermeiden	169
6.3 Nach einem Suizidversuch – die Rolle der Vorgesetzten	169
6.4 Organisatorische Aufgaben nach einem Suizid	171

6.5 Betriebsinterne Kommunikation und psychologische Unterstützung	173
6.5.1 Notfallpsychologische Interventionen	173
6.5.2 Coaching von Führungskräften	174
6.5.3 Wiederaufnahme der Arbeit	174
6.6 Crisis Management Briefing	175
6.7 Suizid eines Patienten	177
6.8 Krisenintervention für Mitarbeitende (KIMA)	178
6.8.1 Entlastungsgespräch unter Kollegen	179
6.8.2 Empirische Ergebnisse zu KIMA	180
6.9 Suizidprävention am Arbeitsplatz	181
Literatur	182
7 Besondere Gruppen	184
Veronika Gmeiner und Kerstin Peer	
7.1 Einleitung	184
7.2 Der statistische Blick auf dieses besondere Thema	185
7.3 Die gesellschaftliche und rechtliche Situation	186
7.3.1 Der gesellschaftliche Rahmen	186
7.3.2 Die rechtliche Situation und die Differenzierung zwischen aktiver, passiver, indirekter und assistierter Sterbehilfe	187
7.3.3 Palliative Care als Ansatz zur Suizidprävention?	189
7.4 Suizidalität im Alter	190
7.4.1 Negatives Altersbild als Legitimationsversuch?	190
7.4.2 Körperliche und psychische Erkrankungen als Risikofaktoren	191
7.4.3 Besonderheiten in der Behandlung und Überlegungen zur Suizidprävention im Alter	193
7.5 Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen	194
7.5.1 Die Konfrontation mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung	196
7.5.2 Mögliche Motive für die Auseinandersetzung mit Suizid	196
7.5.3 Hilfreicher Umgang und Kommunikation mit schwer kranken, suizidalen Menschen	198
7.5.4 Die Haltung der Behandlerinnen	199
7.5.5 Die Begegnung mit einem tabuisierten Thema	200

7.6	Chronische Suizidalität	200
7.6.1	Was bedeutet chronisch suizidal?	200
7.6.2	Motive, was könnte dahinterstecken?	201
7.6.3	Gedanken zu Behandlung und Begleitung chronisch suizidaler Menschen	201
7.6.4	Der schmale Grat der Behandlerinnen	204
7.7	Erweiterter Suizid, Homizid-Suizid, Amok	205
7.7.1	Begriffsklärungen	205
7.7.2	Erweiterter Suizid? Erklärungsversuche sehr unterschiedlicher Motive	205
	Literatur	207
8	Suizidalität und Suizidprävention in Einsatzorganisationen am Beispiel Feuerwehr	209
	Bernhard Geyer	
8.1	Einleitung	209
8.2	Mitglied bei der Feuerwehr: Persönlichkeitsmerkmale, die Rolle als Einsatzkraft	209
8.3	Konfrontation mit einem Suizid in den eigenen Reihen	210
8.3.1	Das Versagen der Helferrolle und der Schutzmechanismen	210
8.3.2	Die Örtlichkeit und Art des Suizids als besondere Herausforderung ..	211
8.3.3	Suizid einer Führungskraft	212
8.4	Interventionen und hilfreiche Bewältigungsmechanismen	213
8.4.1	Information an alle Mitglieder	214
8.4.2	Hilfreiche erste Handlungen	214
8.4.3	Der »offizielle« Kontakt zu den Angehörigen	214
8.4.4	Umgang mit den persönlichen Gegenständen des Suizidanten	215
8.4.5	Maßnahmen und Interventionen in der Gruppe	216
8.4.6	Die Kraft der Rituale	219
8.5	Wie geht es weiter?	219
8.5.1	Der Gedenkort in der Feuerwehr	219
8.5.2	Rückkehr zum Feuerwehr-Alltag	220

8.6	Suizidprävention in der Feuerwehr	220
8.6.1	Frühzeitiges Erkennen einer suizidalen Absicht und mögliche erste Interventionen	220
8.6.2	Vom Tabu zur Chance eines achtsameren Umgangs miteinander	221
	Literatur	222
9	Suizidalität und Narzissmus: Eine Abhandlung der Phänomene Narzissmus und Suizidalität im Zusammenhang der beiden Entitäten Selbst und Ich	223
	Christine Arwanitakis	
9.1	Erkenntnistheoretische und praxisbezogene Einführung	223
9.1.1	Selbstdestruktion, Narzissmus und Suizidalität	224
9.1.2	Narzissen als Vorgesetzte	226
9.1.3	Objektverlust, Depression, Aggressionsumkehr, Suizid	228
9.1.4	Die Abhängigkeit des Ich und die Neigung zur Regression	229
9.1.5	Die Frustrations-Aggressions-Hypothese	231
9.1.6	Selbstpsychologie nach Heinz Kohut	233
9.1.7	Objektbeziehungen – Ich-Psychologie	234
9.2	Der Zusammenhang zwischen Soma und Psyche damals und heute ..	235
9.3	Das Selbst und das Ich	237
9.3.1	Der Brief von Freud an Claparède	238
9.3.2	Libido, Objekte und Triebenergien	239
9.4	Mythologie, Philosophie und Tiefenpsychologie	240
9.4.1	Mythen und ihre therapeutische Anwendung	241
9.4.2	Das mythologische Fallbeispiel Narziss und sein Spiegelbild	242
9.4.3	Zusammenfassender Sinngehalt der Versionen	245
9.4.4	Kohärenz zum Suizid von Narziss und seinem Spiegelbild	246
9.5	Symbolik und Prävention	247
9.6	Fazit	249
	Literatur	250

10	Nach dem Suizid: Postvention	251
	Elisabeth Karnholz	
10.1	Postvention = Prävention	251
10.2	Belastungs- und Trauerreaktionen	252
	10.2.1 Nicht-wahrhaben-Wollen	252
	10.2.2 Trauer	252
	10.2.3 Zurückweisung	253
	10.2.4 Wut und Zorn	253
	10.2.5 Erleichterung	254
	10.2.6 Psychische Traumatisierung	254
	10.2.7 Soziale Isolation	254
	10.2.8 Erhöhtes Suizidrisiko	255
10.3	Scham und Schuldgefühle	256
	10.3.1 Scham	256
	10.3.2 Schuldgefühle	256
10.4	Begleitung von Hinterbliebenen	259
	10.4.1 Grundhaltung und Vorbereitung	259
	10.4.2 Überbringen der Todesnachricht, erstes Gespräch	260
	10.4.3 Die Frage nach der Ursache des Suizids	262
	10.4.4 Organisatorische Unterstützung von Suizidhinterbliebenen	263
	10.4.5 Polizeiliche Ermittlungen	263
10.5	Ressourcen	264
	10.5.1 Ressourcen und Ressourcenorientierung	264
	10.5.2 Kohärenzgefühl	265
	Literatur	267
	Sachverzeichnis	269

1 Einführung in die Suizidprävention

Johanna Gerngroß

1.1 Verortung der Suizidologie

Thomas Macho beschreibt in seinem Buch »Das Leben nehmen – Suizid in der Moderne« (2018) die radikale Umbewertung des Suizids als einen »der größten und folgenreichsten Umbrüche des 20. und 21. Jahrhunderts« (Macho 2018, S. 7). Während in der Antike der Suizid noch als etwas Ehrenhaftes angesehen wurde, galt eine derartige Tat »seit Beginn der Herrschaft der christlichen Religion« (Macho 2018, S. 7) als schwere Sünde, als Verbrechen, das bestraft wurde. So wurde seit dem Mittelalter der Leichnam einer Suizidentin oder eines Suizidenten verstümmelt und »gefoltert«, außerhalb der Friedhofsmauern schändlich verscharrt und die Hinterbliebenen bestraft, indem das Vermögen des Verstorbenen beschlagnahmt wurde.

Den Beginn der Umbewertung des Suizids markiert das Jahr 1751, in dem Friedrich II. in Preußen die Suizidstrafen (in Anwesenheit Voltaires) aufhebt (Macho 2018, S. 55). Dieser Prozess der Enttabuisierung schritt seit dem Fin de Siècle und dann nach dem Zweiten Weltkrieg fort. Suizide und Suizidversuche wurden straffrei (in England allerdings erst 1961), Formen der Sterbehilfe und des assistierten Suizids rechtlich ermöglicht. Wie Macho ausführt, war es »der Aufstieg der Medizin, Psychiatrie und Psychologie, die zunehmend zur Rechtfertigung des Suizids beitrugen, freilich um den Preis seiner Pathologisierung« (Macho 2018, S. 80).

Nach Macho (2018, S. 11 f.) sei es problematisch, die Suizidologie als reine Präventions- und Interventionswissenschaft zu verorten, weil dadurch implizit die traditionelle Bewertung des Suizids fortgesetzt würde: Suizide müssten verhindert werden, weil sie den Hinterbliebenen, der Suizidentin, die überlebt, und der Gesellschaft schaden würden. Er fordert eine neutralere Betrachtung des Suizids, eine Enttabuisierung, eine weitere Vertiefung der bereits stattgefundenen »Entheroisierung, Entkriminalisierung und Entmoralisierung des Suizids durch seine Entpathologisierung« (Macho 2018, S. 12).

1.2 Historische Entwicklung der Suizidprävention und Krisenintervention

Die historische Entwicklung der Suizidprävention ist eng verbunden mit Institutionen der Krisenintervention. Ab 1906 wurde in verschiedenen Großstädten der USA die »National Safe-A-Life League« eingerichtet, welche helfen sollte, die Suizidraten zu reduzieren (Hausmann 2016, S. 36). Diese von Harry Marsh Warren gegründete und von ihm bis zu seinem Tod 1940 geleitete Organisation war die

erste dieser Art in den USA – und vielleicht der Welt (Miller & Gould 2013). Bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts blieb die »National Safe-A-Life League« die einzige Suizidpräventionsorganisation in den USA und ebnete den Weg für spätere Einrichtungen der Suizidprävention und Krisenintervention wie beispielsweise die Samariter.

In Wien gründete 1948 der bekannte Psychiater und Individualpsychologe Erwin Ringel die »Lebensmüdenfürsorge« der Caritas, weltweit eines der ersten Zentren zur Suizidprävention, das es sich zur Aufgabe machte, Menschen nach Suizidversuchen und Suizidhinterbliebene zu betreuen. Wie Macho (2018) darstellt, hatte diese Einrichtung eine Vorläuferin: die »Lebensmüdenstelle« der »Ethischen Gemeinde Wien«. Diese wurde 1928 von Wilhelm Börner gegründet und bis 1939 von zahlreichen, heute prominenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie August Aichhorn, Charlotte Bühler, Rudolf Dreikurs und Viktor Frankl geführt (Macho 2018, S. 10).

Ringels »Lebensmüdenfürsorge« wurde Vorbild für ähnliche Einrichtungen der Suizidprävention in Ungarn, Deutschland und der Tschechischen Republik (Hausmann 2016, S. 36). So wurde 1969 die »Zentrale für Selbstmordverhütung und Lebenshilfe« in München gegründet, die erste ambulante Beratungsstelle für Suizidgefährdete in der Bundesrepublik, heute bekannt unter dem Namen »Die Arche«. 1960 gründete Erwin Ringel gemeinsam mit Norman Farberow die »International Association for Suicide Prevention« (IASP), welche bis heute besteht, und wurde deren erster Vorsitzender. Der österreichische Psychiater und Suizidologe Gernot Sonneck führte die Suizidforschung in Österreich weiter und gründete mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 2007 die »Wiener Werkstätte für Suizidforschung«.

Wie Erwin Ringel im deutschsprachigen Raum, nahm der klinische Psychologe Edwin S. Shneidman in den USA eine führende Rolle ein. Er war Mitbegründer des »Los Angeles Suicide Prevention Center« und erster Professor für Thanatologie an der University of California in Los Angeles. Er förderte die Etablierung der Suizidologie als eigene Wissenschaft nachhaltig. In seinen späteren Arbeiten beschäftigte sich Shneidman stärker mit dem suizidalen Bewusstsein, eine Ausrichtung, die auch David Lester, heute emeritierter Professor für Psychologie an der Stockton University in New Jersey und ehemaliger IASP-Präsident, verfolgte. Lester gab den Anstoß zu einem »cultural turn« der Suizidologie, indem er weniger klinische Fallgeschichten und Statistiken in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellte als ein wirkliches Zuhören, was suizidale Menschen erzählen und berichten (Macho 2018, S. 10 f.).

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde eine »Regelversorgung« (Hausmann 2016, S. 36) für Menschen in psychischen Krisen etabliert. So wurde 1975 Ringels »Lebensmüdenfürsorge« in ein zeitgemäßes und kirchenunabhängiges Kriseninterventionszentrum umgewandelt, das bis heute in Wien besteht. Vorstandsvorsitzende waren Erwin Ringel bis zu seinem Tod am 28. Juli 1994, Walter Pödlinger von 1994 bis 1998 und Gernot Sonneck von 1999 bis Mai 2012.

2003 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den 10. September zum Welt-Suizidpräventions-Tag. Die WHO begründet die Ausrufung des Welt-

tages der Suizidprävention damit, dass Suizid eines der größten Gesundheitsprobleme der Welt darstelle: Jährlich nehmen sich rund eine Million Menschen das Leben, das ist eine Person alle 40 Sekunden (WHO 2018).

1.3 Arten von Suizidprävention

Laut WHO sind Suizide verhinderbar. Suizidprävention sei jedoch nicht nur für Individuen und Familien wichtig, sondern auch für Gemeinden, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt (WHO 2018).

Wie in Abbildung 1-1 dargestellt, setzt sich *effektive Suizidprävention* aus den folgenden drei Aspekten zusammen: Vorbeugen, Erkennen und Helfen.

In der Suizidprävention kann man zwischen *genereller, direkter und indirekter Prävention* unterscheiden. So fallen unter die generelle Suizidprävention die Beschäftigung mit dem Thema wie auch das aktive Arbeiten an Hilfsangeboten (was ebenso eine Art der indirekten Prävention darstellt), während das offen auf Betroffene Zugehen und das Anbieten von Hilfe der direkten Suizidprävention zugeordnet sind.

Ein anderer Zugang ist die Unterscheidung zwischen universeller (allgemeiner), selektiver und indizierter Prävention sowie der Postvention, wobei man unter Letzterer die Nachsorge für Personen, die mit einem Suizid unmittelbar oder mittelbar konfrontiert sind, versteht (Bronisch 2014, S. 100 ff.). Genaueres zur Postvention findet sich im gleichnamigen Kapitel 10.

Die *universelle (allgemeine) Prävention* zielt auf die gesamte Population ab und umfasst Maßnahmen wie die Verbesserung der psychologisch-psychiatrischen Versorgung, die Änderung von Grundeinstellungen wie beispielsweise der Einstellung zu »unehelichen« Schwangerschaften, Leistungsversagen (Schülerin-

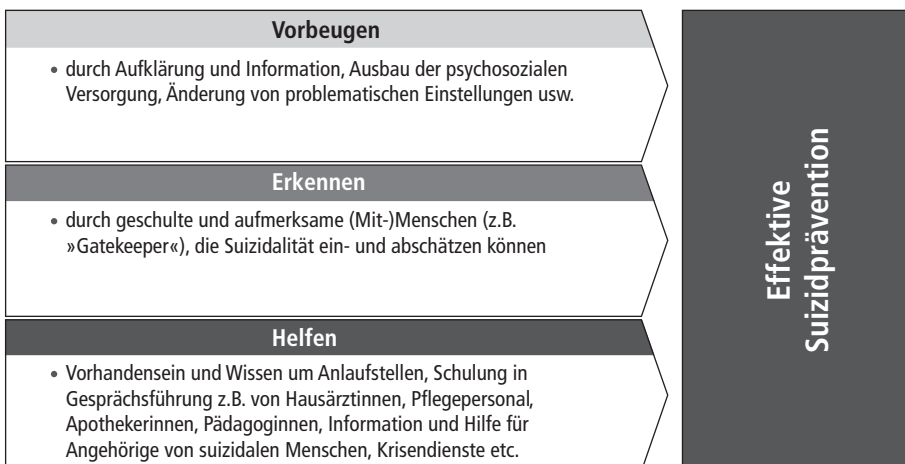


Abb. 1-1 Die drei Aspekte effektiver Suizidprävention (eigene Darstellung)

nen-/Schülersuizid) oder Fremdenhass. Zudem fallen unter die universelle Prävention Maßnahmen wie »closing the exits«, d. h. die Erschwerung/Verunmöglichung von bestimmten Suizidmethoden (z. B. durch strengere Waffengesetze, Entgiftung von Pestiziden und Erschwerung des Zugriffs auf dieselben) (s. dazu Kap. 2), die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung über Hintergründe von Suizidalität und Hilfsmöglichkeiten (Anlaufstellen etc.) oder die Ausbildung von »Gatekeepers« (► Abschn. 1.5) der Suizidprävention sowie die Aufklärung von Fachleuten wie Hausärztinnen, Pädagoginnen etc.

Unter *selektiver Prävention* sind präventive Maßnahmen bei Subpopulationen mit erhöhter Suizidgefährdung (also definierte Risikogruppen) zu verstehen, beispielsweise für alte Menschen, Männer, psychisch kranke Personen oder Migrantinnen. Als konkrete Maßnahmen können die Einrichtungen der Krisenintervention, Telefondienste (Telefonseelsorge, Kummernummer, Rat auf Draht) u. Ä. genannt werden.

Maßnahmen der *indizierten Prävention* zielen auf die Verhinderung von suicidalen Verhaltensweisen bei Personen ab, die Anzeichen oder Symptome suicidalen Verhaltens zeigen, sowie die Begleitung dieser Menschen, wie es z. B. die »Samaritans« in Großbritannien nach dem therapeutischen Prinzip des »Befrieding« (► Abschn. 1.7) anbieten (Bronisch 2014).

Eine weitere Einteilung von Suizidprävention ist jene in *primäre, sekundäre und tertiäre Prävention*: Während Maßnahmen der Primärprävention eher allgemeiner Natur sind, zielen Sekundär- und Tertiärprävention direkt auf suicidalen Verhalten ab (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 105 ff.). An die Prävention müssen sich somit Behandlung und Langzeitbehandlung anschließen (Mrazek & Haggerty 1994; s. auch Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011).

In Tabelle 1-1 werden Ziele und Maßnahmen von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention beispielhaft dargestellt.

Besonders vielversprechend dürften dabei »*Mehr-Ebenen-Ansätze*« sein, wie sie Ulrich Hegerl im Rahmen des »Nürnberger Bündnisses gegen Depression« umsetzte. Durch eine Kooperation mit Hausärzten, Multiplikatoren wie Lehrern, Pfarrern, Altenpflegekräften und Medien, eine intensive Öffentlichkeitsarbeit sowie durch Unterstützung der Selbsthilfe konnte eine deutliche Reduktion suicidalen Handlungen erreicht werden (Hegerl 2005). In seinem Mehr-Ebenen-Ansatz erfolgten Interventionen auf den folgenden vier Ebenen:

1. Kooperation mit Hausärztinnen
2. Öffentlichkeitsarbeit
3. Angebote für Betroffene, Risikogruppen und Angehörige
4. Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen

Beispielhaft sind der Mehr-Ebenen-Ansatz und Möglichkeiten zu Interventionen in Abbildung 1-2 grafisch dargestellt.

Tab. 1-1 Arten der Prävention und mögliche Maßnahmen (eigene Darstellung; s. dazu auch Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 110)

Art der Prävention	Maßnahmen
Primärprävention (Vorbeugen)	<p>Die Primärprävention zielt darauf ab, Risikofaktoren zu schwächen und Schutzfaktoren zu stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit • Verbesserung von Aus- und Fortbildung im medizinischen und psychosozialen Bereich • Verbesserung der psychosozialen Versorgung • Aufklärung • Medienrichtlinien • politische Maßnahmen wie Einschränkung von Suizidmethoden • Förderung des Selbstvertrauens, des Selbstwertgefühls, der sozialen Fertigkeiten, der Problemlösefähigkeiten, des Hilfe-suchverhaltens • Aufklärung über psychische Störungen sowie über Behandlungsmöglichkeiten
Sekundärprävention (Früherkennung und Frühintervention)	<p>Maßnahmen, damit gefährdete Personen möglichst rasch erkannt werden und Hilfe erhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulungen für Angehörige, Lehrpersonen, Berufsbildnerinnen, Führungskräfte, Pflegepersonal, Hausärztinnen sowie für die allgemeine Bevölkerung zu Warnsignalen • Einrichtung von Fachstellen und Möglichkeiten, suizidale Personen anzusprechen • Programme zur Früherkennung und Frühinterventionen in Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, Gefängnissen, Pflegeheimen etc.
Tertiärprävention (Therapie)	<p>Verhinderung des erneuten Auftretens von suizidalen Krisen im Sinne der Wiedererkrankungsprophylaxe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation des Problemhintergrunds bei suizidalen Personen • bei Vorliegen einer psychischen Störung muss diese diagnostiziert und behandelt werden • Zugang zu Psychotherapie sollte ermöglicht werden, gegebenenfalls medikamentöse Therapie

Suizidprävention im engeren Sinn bedeutet »die Verhütung der Umsetzung von Suizidgedanken in suizidale Handlungen« (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 104). Damit sind vor allem Krisenintervention und das Verhindern einer akuten Suizidhandlung gemeint; das sind somit Maßnahmen der Sekundärprävention bzw. der indizierten Prävention (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 108).

Wie oben bereits angeführt, ist Suizidprävention laut WHO (2018) jedoch nicht nur für Individuen und Familien wichtig, sondern auch für Gemeinden, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Exemplarisch soll hier ein *Suizidpräven-*

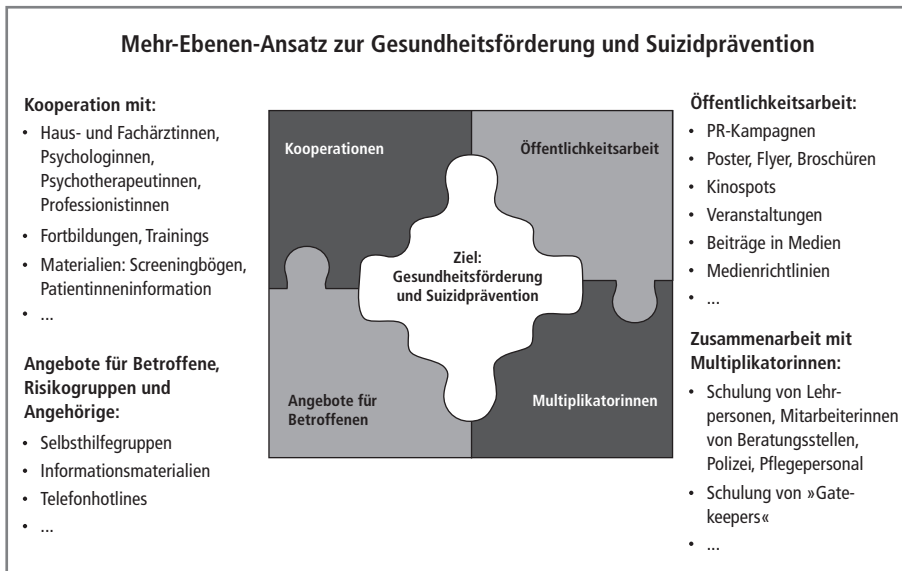


Abb. 1-2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Suizidprävention, beispielhaft (eigene Darstellung nach Hegerl 2005)

tionsprogramm speziell für Gemeinden skizziert werden, wie es von der WHO präsentiert wurde: »A community engagement toolkit« (WHO 2018).

In diesem Programm wird detailliert eine mögliche Vorgehensweise samt internationalen »Best Practise«-Beispielen beschrieben. Die Darstellung hier erfolgt nur auszugsweise, die interessierte Leserin sei für das gesamte Programm auf die Seite der WHO (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>) verwiesen.

Als Maßnahmen für den vorgeschlagenen »Action Plan« werden angeführt:

- Bewusstseinsbildung und Bereitstellung von Informationen
- Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln – vor allem zu Pestiziden und Waffen
- verantwortungsvolle Medienberichterstattung und Erhöhung der öffentlichen Wahrnehmung
- Suizidpräventionsprogramme an Schulen
- Maßnahmen der Alkohol- und Drogenprävention
- frühe Erkennung, Behandlung und Verlaufskontrolle von Suizidalität; hier werden vor allem das Training von Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystem empfohlen, um Suizidalität zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu setzen, sowie die Durchführung von Gatekeeper-Programmen (► Abschn. 1.5)
- Nachbetreuung und Unterstützung durch die Gemeinde; darunter fallen die Einrichtung von Selbsthilfegruppen und Unterstützungsprogramme für trauernde Angehörige und gefährdete Personen
- Programme, die speziell auf ältere und alte Menschen abzielen, wie beispielsweise Aktivitäten, die sinnstiftend sind, die Resilienz fördern und in Seniorenresidenzen und Pflegeheimen implementiert werden sollten

- Programme am Arbeitsplatz und in Unternehmen – auch hier wird die Implementierung von Gatekeepern empfohlen

1.4 Nationale Programme der Suizidprävention

In *Österreich* wurde im Jahr 2000 erstmals ein österreichischer Suizidpräventionsplan (SPA) vorgestellt. 2012 wurde schließlich die »Suizidprävention Austria« (SUPRA) entwickelt und eingeführt. Die SUPRA dient als Basis für die Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie mit dem Ziel, eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention zu verankern. Zudem wurde eine Kontaktstelle für Suizidprävention an der »Gesundheit Österreich GmbH« (GÖG) eingerichtet, die eng mit einem Expertinnengremium kooperiert (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2012).

Die SUPRA besteht aus sechs Säulen (Grabenhofer-Eggerth et al. 2016, S. 18 ff.):

1. *Koordination und Organisation.* Suizidprävention soll in eine bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder eingebettet werden
2. *Unterstützung und Behandlung.* Suizidgefährdete Menschen und Risikogruppen sollen bedarfsgerecht unterstützt bzw. behandelt werden. In diesen Bereich fällt die Empfehlung der Schulung von »Gatekeepern«, aber auch der flächendeckende Ausbau von Krisendiensten, Kriseninterventionszentren, Krisennotrufnummern für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie der Ausbau von Behandlungsangeboten für besonders gefährdete Zielgruppen sowie Angebote der Nachsorge nach Suizidversuch und für Angehörige.
3. *Restriktion der Suizidmittel.* Dieser Punkt bezieht sich auf Normen zur Waffensicherheit, bauliche Maßnahmen, Erschwerung von Zugang zu Medikamenten und anderen Substanzen, die für Suizide bzw. Suizidversuche verwendet werden können.
4. *Bewusstsein und Wissen.* Bewusstsein und Wissen über Suizidalität und über die Bewältigung von psychosozialen Krisen sollen in der Bevölkerung verbreitet werden.
5. *Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung.* Das Thema Suizid soll in bestehende Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie der Sucht- und Gewaltprävention integriert werden.
6. *Qualitätssicherung und Expertise.* Diese Säule soll sicherstellen, dass die Suizidprävention qualitätsgesichert auf Basis wissenschaftlicher Expertise erfolgt.

Jährlich wird ein Bericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich herausgegeben, worin Informationen zu Suiziden in Österreich gegeben werden, aber auch zu Maßnahmen aus der SUPRA, die empfohlen werden, gerade in Arbeit sind oder die bereits umgesetzt wurden.

In *Deutschland* wurde 2002 mit der »Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention« (DGS) eine Initiative für ein nationales Suizidpräventionsprogramm gestartet. Das »Nationale Suizidpräventionsprogramm« (NaSPRO) ist ein Netzwerk aus

mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden. Ziel ist die gesamtgesellschaftliche Aktivierung auf dem Gebiet der Suizidprävention (NaSPRo 2019). Der Homepage (www.suizidpraevention-deutschland.de) ist zu entnehmen, dass die Arbeit von einem internationalen wissenschaftlichen Beirat und der Weltgesundheitsorganisation WHO begleitet wird.

Es gibt verschiedene Arbeitsgruppen, die sich mit unterschiedlichen Problemfeldern beschäftigen: Primärprävention, Umwelt, Arbeitsplatz, Medien und Öffentlichkeitsarbeit, Awareness psychiatrischer Erkrankungen, Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Angehörige, spezifische Risikogruppen, spezifische psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, Akutversorgung, niedrigschwellige Angebote, Vernetzung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Recht und geschlechtsspezifische Fragen (NaSPRo 2019).

1.5 Das Gatekeeper-Konzept

Im Zusammenhang mit Suizidprävention verweist der Begriff »Gatekeeper« (dt. so viel wie »Pfortner«, »Türwächter«, »Türhüter«) auf Personen in einer Gemeinde, die dort eine Schlüsselfunktion einnehmen und in Kontakt mit vielen Mitgliedern der Gemeinde stehen. Diese können zu »Gatekeepern« der Suizidprävention ausgebildet werden, um gefährdete Personen erkennen zu können und an professionelle Hilfe weiterzuvermitteln. Die »Gatekeeper« können Personen sein wie z. B. Pflegepersonal, Altenbetreuerinnen, Medizinerinnen (im Besonderen: Hausärztinnen), Sozialarbeiterinnen, Lehr- und Schulpersonal, Angehörige von Einsatzkräften bei Polizei, Rettungsdiensten, Feuerwehr, Mitarbeitende bei Militär und der Justizwache, aber auch Mitarbeiterinnen in Unternehmen oder der Gemeinde.

In den USA wird das System, nach dem die »Gatekeeper« geschult werden, auch »QPR« genannt. Diese Abkürzung steht für »*Question – Persuade – Refer*« (Fragen – Überzeugen – Vermitteln). Die »Gatekeeper« sollen geschult werden, um gefährdete Personen zu erkennen und auf die vermutete Suizidalität anzusprechen, sie zu überzeugen, sich nicht das Leben zu nehmen, sondern Hilfe anzunehmen, und sie dieser Hilfe dann zuzuführen. Das »QPR«-Prinzip ist dabei angelehnt an das Prinzip der »Cardiopulmonale Reanimation« (CPR) (Wiederbelebung nach Herz-Kreislauf-Stillstand) aus der Notfallmedizin und soll daran erinnern, dass »QPR« Leben retten kann. Dabei wird »QPR« deutlich abgegrenzt von Beratung oder Behandlung. Die angebotenen Trainingsprogramme unterscheiden sich dabei in Dauer und Methode und werden sogar als Onlinetrainings angeboten.

Die »International Association for Suicide Prevention« (IASP) führt seit 2013 »Gatekeeper-Trainings« auf der ganzen Welt durch. Bereits durchgeführt wurden Programme in Kenia, Namibia, Slowenien, Malaysia, Südkorea und Japan (IASP 2019).

Auch in der bereits vorgestellten »Suizidprävention Austria« (SUPRA) wird die Schulung von »Gatekeepern« als ein wichtiges Ziel genannt: »[...] ist es beson-

ders wichtig, dass »Gatekeeper« – das sind Personen- und Berufsgruppen, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen (z. B. AMS-Mitarbeiter/-innen, Lehrpersonal, Polizei, Ärztinnen/Ärzte, ehrenamtlichen [sic!] Helfer/-innen) – im Umgang mit gefährdeten Menschen entsprechend geschult werden, um Suizidalität erkennen und helfen bzw. effektiv weitervermitteln zu können« (BMASGK 2012, S. 32).

Bei »Gatekeepern« handelt es sich somit um *psychologische Laien*, die eine Schulung bekommen, um mit akut suizidalen Menschen in Kontakt zu treten und sie entsprechender Hilfe zuzuführen. Sie können ihre Aufgabe daher nur soweit erfüllen, wie es ihre fachliche Grundausbildung und Erfahrung zulassen und sie können auch nur in diesem Rahmen Verantwortung für Maßnahmen und Interventionen übernehmen.

Zusammenfassend sollen noch einmal die Ziele, aber auch die Nicht-Ziele der »Gatekeeper«-Schulungen und -Tätigkeit festgehalten werden:

- Die geschulten Personen ...
 - verfügen über grundlegendes Wissen zum Thema Suizidalität, Suizid und Suizidprävention sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene.
 - können Betroffenen Informationen geben, sie über Zusammenhänge aufklären und Motivationsarbeit hinsichtlich der Annahme von Unterstützung leisten.
 - verfügen über Praxiswissen zu Akuthilfe und Krisenintervention und können Erstgespräche mit Personen in akuten (suizidalen) Krisen führen.
 - können eine basale Abschätzung der Suizidalität durchführen.
 - verfügen über Wissen hinsichtlich Anlaufstellen, um im Anlassfall weitervermitteln bzw. Hilfe organisieren zu können.
 - wissen um interne Vorgehensweisen in der jeweiligen Institution im Anlassfall.
 - halten das Thema Suizidprävention in ihrer Institution präsent und initiieren gegebenenfalls Projekte, Fortbildungen, Tagungen usw. in ihrer Institution und helfen so mit, der Stigmatisierung und Tabuisierung des Themas »Suizid« entgegen zu wirken.
- Nicht-Ziele:
 - Die »Gatekeeper« fungieren nicht als »Peers« im Sinne der kollegialen Betreuung von Kolleginnen nach Suiziden/Suizidversuchen in Institutionen oder als Anlaufstelle bei Problemen der Kolleginnen im beruflichen oder privaten Kontext.
 - »Gatekeeper« führen keine Beratung oder Behandlung von suizidalen Personen durch.
 - Im Vordergrund steht die Prävention von Suiziden, nicht die Bewältigung von erfolgten Suiziden/Suizidversuchen bzw. Maßnahmen der Postvention.

1.6 Einrichtungen der Suizidprävention

In Deutschland, der Schweiz, Holland und den skandinavischen Ländern finden sich Kriseninterventionsstationen in Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken, die sich vor allem der Krisenintervention bei Suizidpatientinnen und -patienten widmen (Bronisch 2014, S. 120). In München wurde dies beispielsweise mit der Kriseninterventionsstation an der Psychiatrischen Klinik des Max-Planck-Instituts umgesetzt.

Spezifische suizidpräventive Kriseninterventionseinrichtungen in *Deutschland* sind neben der bereits erwähnten »Arche« in München »neuhland« in Berlin oder das »Therapiezentrum für Suizidgefährdete« (TZS) in Hamburg, weiterhin der »Suizidentendienst« der Psychiatrischen Uni-Klinik Heidelberg, der »Arbeitskreis Leben Stuttgart e. V. (AKL) – Hilfe bei Selbsttötungsgefahr und Lebenskrisen« in Baden-Württemberg, der »Krisendienst Horizont – Hilfe bei Suizidgefahr« in Regensburg, die »Krisenberatung – Hilfe für Selbstmordgefährdete« in Bielefeld, die »Krisenhilfe Münster, Verein zur Suizidprophylaxe und Krisenbegleitung Münster e. V.« und andere mehr.

In *Österreich* sind das bereits erwähnte, mittlerweile seit 40 Jahren bestehende »Kriseninterventionszentrum« in Wien, die »Psychiatrische Soforthilfe«, die verbunden ist mit dem »Sozialpsychiatrischen Notdienst« der Psychosozialen Dienste (PSD) Wien mit Schwerpunkt auf psychiatrische Notfälle, oder die »Krisenhilfe Oberösterreich« zu nennen. Die Versorgung der Bevölkerung mit niederschweligen Angeboten zur Krisenintervention ist jedoch je nach Bundesland recht unterschiedlich. So fehlen in Kärnten und Tirol derartige Einrichtungen, während in Wien oder Oberösterreich ein breites Angebot zur Verfügung steht. Weitere Bemühungen, Anlaufstellen für suizidale Menschen und deren Angehörige zu schaffen, sind wünschenswert.

Zusätzlich zu den erwähnten und vielen anderen Einrichtungen gibt es auch eine Vielzahl von Telefonhotlines, wie beispielsweise »Rat auf Draht« oder die »Telefonseelsorge«, um nur zwei Beispiele zu nennen, die z. T. rund um die Uhr für Hilfesuchende da sind. Auch Angebote der Onlineberatung sind in den letzten Jahren vermehrt entstanden.

Auffallend bei der Internetrecherche ist, dass es oft gar nicht so leicht ist, ein spezifisches Angebot in der Nähe zu finden, Links häufig nicht funktionieren oder Webseiten nicht mehr verfügbar oder aktuell sind. Einerseits gibt es eine Vielzahl an Angeboten der psychosozialen Versorgung und es kostet – auch für eine Fachperson – einiges an Mühe, sich da durchzuarbeiten und das Passende zu finden; andererseits sind einige Regionen deutlich unterversorgt und spezifische Angebote zur Suizidprävention fehlen gänzlich. Für Betroffene in akuten Ausnahmesituationen und deren Angehörige oder für Menschen mit nicht deutscher Muttersprache sicher keine kleine Herausforderung.

Hinsichtlich der Einteilung der verschiedenen Hilfsangebote für Einrichtungen der Suizidprävention führen Wolfersdorf & Etzersdorfer (2011, S. 112) eine Übersicht von Wedler (1992) an:

1. Krisenhilfe bei räumlicher Trennung des Hilfesuchenden und des Hilfeanbieters über das Telefon (bzw. online per Mail oder Chat)
2. Hilfe, die am Ort der Helfenden angeboten wird, also ambulante Versorgung in ärztlichen, psychotherapeutischen oder psychologischen Praxen, Beratungsstellen u. Ä.
3. aufsuchende Hilfe für den suizidalen Menschen durch Helferinnen, z. B. in Form von mobilen Krisenteams, psychosozialen oder sozialpsychiatrischen Notdiensten oder ärztlichen Hausbesuchen
4. Herausnahme der suizidalen Person aus dem Umfeld durch eine stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus oder einer Kriseninterventionseinrichtung, die auch stationäre Betten führt

1.7 Allgemeine Überlegungen zur Haltung von Helferinnen und Helfern

Die bekannte Trauma-Therapeutin und Bestsellerautorin Prof.in Dr.in med. Luise Reddemann betont in ihren Büchern (z. B. Reddemann 2011) die Bedeutung von »beantwortende[r] Haltung, Selbstbestimmung, Würde und Resilienz« (Reddemann 2011, S. 74) für die Therapie. Ihre Anregungen dazu sind für mich eine wichtige Inspiration geworden, besonders im Umgang mit suizidalen Menschen. Auch wenn sie in ihren Büchern vorwiegend über den Umgang und die Behandlung von traumatisierten Personen schreibt, lässt sich diese Haltung gut auf suizidale Menschen umlegen, zumal ja nicht auszuschließen ist, dass diese nicht auch Traumatisierungen erleben mussten.

Auf jeden Fall stehen bei Suizidalität häufig das Thema der Beziehung bzw. der Beziehungsabbrüche und die damit verbundenen Kränkungen im Vordergrund, weshalb die von Luise Reddemann postulierte »freundlich zugewandte, beantwortende und wertschätzende Haltung« (Reddemann 2011, S. 74) eine korrektive Erfahrung für die gefährdete Person sein kann. Neben dem Prinzip der »partizipativen Entscheidungsfindung« (Reddemann 2011, S. 74) beschreibt sie die Bedeutung der Anerkennung des Leids der betroffenen (traumatisierten) Person: »Man weiß heute, dass die Anerkennung von Leid und Leiden resilienzfördernd ist.« (Reddemann 2011, S. 74)

Sie betont die Wirksamkeit der Beziehung – gegenüber einer Behandlungstechnik – und die Bedeutung des Mitgefühls: »Daher ist es bedeutsam, dass wir uns als mitfühlende Andere zur Verfügung stellen und nicht sofort als Professionelle, die besser zu wissen glauben, was getan werden sollte.« (Reddemann 2011, S. 247)

Diese Haltung steht im Gegensatz zu einem – überholten – Verständnis von Professionalität, das von der Überzeugung getragen ist, Distanz und Abgrenzung seien notwendig für eine professionelle Unterstützung von Betroffenen und die eigene Psychohygiene. Eine solche professionelle Distanz kann in der Arbeit mit suizidalen (und traumatisierten) Personen fatale Konsequenzen haben.

Die Betonung des Mitgefühls und der Empathie als wirksames Element von

Therapie, wie Luise Reddemann es beschreibt, wird durch die Forschung bekräftigt und belegt. Wampold et al. (2018) stellen in ihrem Buch »Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht« das »kontextuelle Metamodell« vor, das drei allgemeine Wirkmechanismen postuliert, um Veränderungen in einer Psychotherapie zu erklären: echte Beziehung, Erwartungen und Behandlungsdurchführung (Wampold et al. 2018, S.96). Die genauere Darstellung des kontextuellen Metamodells und der drei Wirkfaktoren würde den Rahmen hier sprengen, daher soll nur kurz auf die »echte Beziehung« eingegangen werden. Die Autoren stellen die Frage, ob eine echte Beziehung therapeutisch sei. Sie streichen heraus, dass es empirische Befunde gibt, die belegen, dass menschliche Verbundenheit »notwendig ist für ein gesundes psychosoziales Funktionsniveau« (Wampold et al. 2018, S.90), und betonen, dass empfundene Einsamkeit ein robuster Faktor für Mortalität ist (Wampold et al. 2018, S.90). Besonders wird die Rolle der Empathie betont – die Autoren schreiben: »Bewertungen des Einfühlungsvermögens von Therapeuten gehören zu den derzeit beständigsten Prädiktoren für Psychotherapieergebnissen (sic!).« (Wampold et al. 2018, S.91)

Die Bedeutung der sozialen Verbundenheit haben auch die bereits kurz erwähnten »Samaritans« erkannt, eine gemeinnützige britische Organisation, die sich der Suizidprävention verschrieben hat und als »therapeutisches« Prinzip jenes des »Befriending« einsetzt. Geschulte Freiwillige bieten sich als vorurteilslose Zuhörerinnen für Menschen in psychischen Ausnahmesituationen an. Das Angebot ist dabei anonym und vertraulich.

»Befriending«-Angebote gibt es mittlerweile auch für ältere Menschen – ein Service, der in Großbritannien beispielsweise in »Live at home«-Gemeinden für ältere Menschen angeboten wird. Ältere Menschen sollen dabei unterstützt werden, noch eigenständig wohnen zu können, ohne jedoch isoliert zu sein und zu vereinsamen.

Eine weitere Konsequenz dieser Überlegungen ist die Frage der Anwendung von diagnostischen Instrumenten bei suizidalen Personen. Die Verwendung von Selbstbeurteilungsbögen im Fall von Suizidgefährdung »muss taktvoll gehandhabt werden« (Dross 2001, S. 59) und sollte nur im Gespräch erfolgen. Solche Instrumente sind jedenfalls nur nach entsprechendem Beziehungsaufbau und im Beisein einer Psychologin vorzugeben.

CAVE

Ein Einsatz von Screening-Instrumenten als erste Maßnahme, ohne den nötigen Beziehungsaufbau, ist abzulehnen und kann die Suizidgefährdung sogar erhöhen, da unter Umständen genau die Themen wieder getriggert werden, welche die Suizidalität hervorrufen haben, wie Kränkungen, Ablehnung, Traumatisierung, Konflikte.

Literatur

- Bronisch, T. (2014). *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*. 6. überarb. Aufl. München: Beck.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2012). SUPRA – neues Programm zur Suizidprävention. www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2012/supra (letzter Zugriff: 05.07.2019).
- Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Grabenhofer-Eggerth, A., Nowotny, M., Tanios, A. & Kapusta, N. (2016). *Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016*.
- Hausmann, C. (2016). *Interventionen der Notfallpsychologie. Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert*. Wien: facultas.
- Hegerl, U. (2005). Depression und Suizidalität. *Verhaltensther* 15: 6–11. doi: 10.1159/000083697.
- International Association for Suicide Prevention (IASP) (2019). *Gatekeeper Training by IASP*. www.iasp.info/gatekeepers/ (letzter Zugriff: 06.07.2019).
- Macho, T. (2018). *Das Leben nehmen – Suizid in der Moderne*. 2. Aufl. Berlin: Suhrkamp.
- Miller, D. N. & Gould, K. (2013). Forgotten founder: Harry Marsh Warren and the history and legacy of the Save-A-Life League. *Suicidology Online* 4: 12–15.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) (2019). www.suizidpraevention-deutschland.de/ueber-uns.html (letzter Zugriff: 05.07.2019).
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. 6. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & FLückinger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Wedler, H. (1992). *Behandlung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus*. In: Wedler, H., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (Hrsg). *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch*. Regensburg: Roderer; 293–304.
- WHO (2018). *Preventing suicide. A community engagement toolkit*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860> (letzter Zugriff: 06.07.2019).
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.

2 Grundlagen zu Suizidalität und Suizid

Johanna Gerngroß

2.1 Versuch einer Definition von Suizidalität

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen, das ein breites Spektrum menschlicher Gedanken, menschlichen Erlebens und Handelns umfasst – vom Suizidgedanken als »Entlastung« über die akute Überwältigungsreaktion nach einem traumatischen Erlebnis (Andreatta & Beck 2006) bis hin zur konkret geplanten und vorbereiteten suizidalen Handlung – und wofür es letztlich keine einheitliche Definition gibt (s. Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 24).

Zugleich geben die Autoren eine heute übliche Definition an, welche vor klinisch-psychiatrischem Hintergrund zu sehen ist:

Suizidalität als »Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebnisweisen von Menschen [...], die in Gedanken, durch aktives Handeln oder durch passives Unterlassen eines lebenserhaltenden Verhaltens (z. B. Non-Compliance bezüglich lebensnotwendiger Medikation) den Tod anstreben« (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 26).

Wolfersdorf & Etzersdorfer (2011) führen das »medizinisch-psychosoziale Paradigma« an, das Suizidalität als ein mögliches Verhalten von Menschen (ob es Suizide im Tierreich gibt, ist noch nicht geklärt; s. dazu Macho 2018, S. 28) beschreibt, das vor allem bei psychischen Erkrankungen und im Rahmen von psychozialen Krisen auftritt. Die Autoren sind überzeugt, dass Suizidalität fast nie »Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit« (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 27) sei und der Begriff des »Freitodes« daher irreführend und »schlichtweg falsch« (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 27) (► Kap. 7.1). Suizidalität sei meist Ausdruck von großer objektiver und/oder subjektiver Not, von als unerträglich erlebter Lebensumstände, die zu ändern die betroffene Person keinen anderen Ausweg sieht, als sich das Leben zu nehmen.

Im »medizinisch-psychozialen Paradigma« nicht abgebildet sind Phänomene wie der Opfertod von Märtyrerinnen und Märtyrern (sog. Terroristensuizide), Suizide aus politischen oder religiösen Motiven (z. B. die Selbstverbrennung von Tarek al-Tayeb Mohamed Bouazizi in Tunesien im Jahr 2010, welche die Revolution auslöste und den Arabischen Frühling einleitete) oder auch Suizide im Rahmen von kriegerischen Handlungen wie die japanischen »Kamikazepiloten«, die während der letzten Kriegsjahre im Zweiten Weltkrieg Selbstmordangriffe gegen amerikanische, britische und australische Schiffe flogen.

2.2 Suizidmythen und -fakten

Wichtige Maßnahmen zur Suizidprävention sind die Aufklärung über Suizidalität und deren Hintergründe sowie das Ausräumen von Missverständnissen bzw. die Richtigstellung von Mythen, die sich um das Thema Suizidalität und Suizid ranken. Falsche Annahmen über Suizid sind weitverbreitet und z. T. als psychologische Abwehr dieses nach wie vor tabuisierten Themas zu sehen. Um die Suizidgefahr richtig einschätzen zu können und um vor allem die richtigen präventiven Maßnahmen zu ergreifen, ist es wichtig, über fundierte Informationen zu verfügen und wissenschaftlich belegte Fakten zum Thema zu kennen.

Im Folgenden werden die hartnäckigsten Mythen zum Thema Suizidalität und Suizid den Fakten aus der Suizidforschung gegenübergestellt (► Kap. 5.6):

Mythos 1: Menschen, die über Suizid sprechen, tun es nicht. Fakt: 80 % der Menschen, die einen Suizid unternehmen, kündigen diesen vorher an (Lasogga & Gasch 2011, S. 447; Sonneck et al. 2016, S. 256)! Suizidankündigungen sind eine Möglichkeit für die Umwelt, diesen Menschen zu helfen. Ankündigungen und Suizidhinweise müssen daher immer ernst genommen werden (auch bei wiederholter Ankündigung).

Mythos 2: Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten! Fakt: Die meisten Suizide werden im Rahmen von Krisen durchgeführt; durch professionelle Hilfe kann der Suizid verhindert werden (Illes et al. 2015, S. 149; Sonneck et al. 2016, S. 256). Für viele Menschen steht zudem nicht der Wunsch, tot zu sein, im Vordergrund, sondern der Wunsch nach Pause, Ruhe vor den Problemen und Anforderungen, die im Moment als unlösbar erscheinen. Zudem sind die meisten Menschen bis zum Ende ambivalent ihren »Todeswünschen« gegenüber und für Hilfsangebote erreichbar.

Mythos 3: Spricht man jemanden auf seine suizidale Absicht an, bringt man ihn erst auf die Idee. Fakt: Die Möglichkeit, Suizidgedanken mit jemandem besprechen zu können, bringt für die Betroffenen meist eine erhebliche Entlastung und lockert die suizidale Einengung. Das Fragen nach Suizidalität macht niemanden suizidal, sondern zeigt Interesse an dieser Person und ihren Problemen.

Mythos 4: Wenn ein Mensch einmal einen Suizidversuch gemacht hat, bleibt er sein ganzes Leben lang gefährdet. Fakt: Rund 80 % aller Suizidversuche sind einmalige Ereignisse im Leben der Betroffenen (Sonneck et al. 2016, S. 256). Das höchste Risiko, wieder einen Suizid(-versuch) zu unternehmen, besteht im ersten halben Jahr nach einem Suizidversuch (Sonneck et al. 2016, S. 170).

Mythos 5: Suizidgedanken zu haben ist nicht normal. Fakt: Die meisten Menschen haben schon einmal an Suizid gedacht. Sich Gedanken um Leben und Tod zu machen ist normal (Illes et al. 2015, S. 149).

Mythos 6: Ein Suizidversuch ist nur Erpressung. Fakt: Ein Suizidversuch löst bei der Umwelt häufig großen Druck aus. Er ist jedoch vor allem ein Zeichen, wie groß das Anliegen der betroffenen Person ist, ihre Not der Umwelt mitzuteilen.

Mythos 7: In den dunklen Wintermonaten nehmen sich mehr Menschen das Leben als in den übrigen Monaten. Fakt: Dieser Trend ist nicht feststellbar. Es gibt einen signifikanten Gipfel im Frühjahr und einen kleinen im Spätherbst. Nach Feiertagen gibt es eine Häufung von sozialen Krisen (Sonneck et al. 2016, S. 257).

Mythos 8: Nur wer es »ernsthaft« versucht hat, ist weiterhin suizidgefährdet. Fakt: Aus der gewählten Methode lässt sich kein Rückschluss auf Ernsthaftigkeit und weitere suizidale Handlungen schließen. So schreiben Sonneck et al., dass »der Grad der objektiven vitalen Lebensbedrohung kein Maß für die weitere Suizidgefährdung ist« (Sonneck et al. 2016, S. 170).

2.3 Zahlen, Daten, Fakten

Da das Thema Suizid und Suizidversuche in den Medien häufig nicht thematisiert wird (► Abschn. 2.9), könnte der Eindruck entstehen, dass Suizid ein »Randphänomen« in unserer Gesellschaft darstellt. Dem dürfen einige Zahlen gegenübergestellt werden:

Wie schon in Kapitel 1 erwähnt, sind laut Weltgesundheitsorganisation (WHO 2018a) weltweit pro Jahr ca. 800 000 Suizide zu verzeichnen (und wesentlich mehr Suizidversuche), d. h., dass sich weltweit alle 40 Sekunden eine Person das Leben nimmt. Zudem war laut WHO Suizid die zweithäufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen weltweit im Jahr 2012.

Häufig wird angenommen, dass Suizid ein Problem ist, das vor allem in den »hochentwickelten« Industrieländern auftritt. Dies lässt sich mit Zahlen widerlegen: 75 % aller Suizide treten in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen auf. Und 30 % aller weltweiten Suizide geschehen durch Vergiftung mit Pestiziden, wie sie in ländlichen, bäuerlichen Gebieten von Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen eingesetzt werden (WHO 2018a).

Steven Pinker (2018) stellt in seinem Buch »Aufklärung jetzt« die Frage, ob Suizidzahlen als Gradmesser für das Elend oder Glück in einer Gesellschaft gesehen werden können, so wie Mord ein Gradmesser für Konflikte in einer Gesellschaft darstellt (Pinker 2018, S. 353). Er kommt jedoch zu dem Schluss, dass Suizidraten häufig vor allem davon abhängen, wie leicht ein Suizid durchgeführt werden kann. Das heißt, wenn effektive und bequeme Tötungsmethoden leicht zur Verfügung stehen, wie z. B. das Kohlegas in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in England, das Stadtgas in Deutschland oder Schusswaffen in den Vereinigten Staaten, nehmen die Suizide zu. Er führt an, dass in Konjunkturlauten oder politisch unruhigen Zeiten Suizide zunehmen, aber das Wetter und das Tageslicht

ebenfalls wichtige Faktoren seien. Bronisch (2014) ergänzt noch die Rolle der Religionszugehörigkeit, die Stadt-Land-Zugehörigkeit sowie die Klimazone – diese Faktoren würden das Nord-Süd-Gefälle der Suizidraten zumindest teilweise erklären. Dazu kommen natürlich auch mediale Berichte, die Suizide heroisieren oder romantisieren.

Es scheint also so zu sein, dass wir alle im Laufe unseres Lebens ab und zu suizidal sind. Und wenn wir dann Zugang zu einem effektiven Suizidmittel haben, nehmen wir uns eher das Leben. Hinzu kommt, dass suizidale Zuspitzungen von impulsiver und drängender Art sein können und es von Bedeutung ist, ob ein Suizidmittel unmittelbar »zur Hand« ist. In diesem Lichte können auch die – häufig zitierten – hohen Suizidzahlen bei Ärztinnen und Ärzten gesehen werden, wobei jene besonders gefährdet zu sein scheinen, die leichten Zugang zu Suizidmitteln haben, wie Anästhesistinnen oder Psychiaterinnen (Reimer et al. 2005). Zur leichten Verfügbarkeit von Suizidmitteln kommen natürlich noch das Wissen um Pharmakologie und Toxikologie sowie Faktoren wie Arbeitsbelastung u. Ä.

Clarke & Lester (1989; s. auch Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 139) sprechen im Zusammenhang mit der Rolle der Verfügbarkeit von Suizidmitteln für die Suizidprävention von »closing the exits«, d. h., dass der Zugang zu bestimmten Suizidmethoden erschwert oder verunmöglicht wird (► Kap. 1.3). Wichtige Meilensteine waren in diesem Zusammenhang die Entgiftung des Hausgases ab den 1960er-Jahren, die Verschärfung der Waffengesetze oder die Richtlinien zur medialen Berichterstattung über Suizide (► Abschn. 2.9). In Österreich konnte ein Rückgang der Suizide mit Schusswaffen beobachtet werden, als 1997 eine Änderung des Waffengesetzes in Kraft getreten war, und zwar *ohne* dass es zu einer Verschiebung von Suiziden auf andere Mittel kam (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 141). Es kam sogar zu einem Rückgang der Gesamtsuizidrate (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, S. 141)!

Obwohl Suizid eine der häufigsten Todesursachen ist, will Steven Pinker (2018) bewusst machen, dass Suizide seit den Hochständen um die Wende des 20. Jahrhunderts abnehmen würden. So sei die Suizidrate – trotz alternder Bevölkerung und Weltwirtschaftskrise – in den USA um ein Drittel niedriger als bei früheren Hochständen (Pinker 2018, S. 356). Er stellt sich so gegen die Überzeugung, die modernen Zeiten würden die Menschen dazu treiben, sich das Leben zu nehmen. Auch in Deutschland ist die Suizidrate seit den 1980er-Jahren deutlich gefallen (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011) und liegt dennoch um ein Drittel höher als die Kfz-Mortalität.

Das bedeutet: Auch wenn die Suizidraten insgesamt abnehmen, ist festzuhalten, dass Suizid in Deutschland – dies gilt ebenso für Österreich und die Schweiz – zu den häufigsten Todesursachen zählt und in der Altersgruppe der unter 25-jährigen männlichen Personen die zweithäufigste Todesursache ist (nach Verkehrsunfällen).

Handlungsbedarf ist somit jedenfalls gegeben.

2.3.1 Historische Entwicklung der Suizidzahlen

Sonneck et al. (2016, S.279) führen an, dass die Suizidstatistik der österreichischen Monarchie im 19. Jahrhundert zu den besonders gut geführten ihrer Zeit zählt – sie reiche für Wien bis ins Jahr 1829 zurück und für das Gebiet des heutigen Österreich bis 1819 (ÖSTAT 1961; s. auch Sonneck et al. 2016, S.279). Daraus lassen sich einige interessante Entwicklungen ablesen (s. Sonneck et al. 2016, S.279 ff.).

Bis etwa 1870 stiegen die Suizidzahlen nur geringfügig an und blieben im Wesentlichen auf dem niedrigen Niveau der vorindustriellen Zeit, mit jährlichen Suizidraten zwischen vier und neun pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Binnen zwei Jahrzehnten stiegen die Zahlen auf das Niveau der modernen Industriegesellschaften an. Im späten 19. Jahrhundert wurde der Suizid dann sogar in allen entwickelten europäischen Staaten zu einem modernen Massenphänomen. So erschien auch im Jahr 1897 der Band »Über den Suizid« des französischen Soziologen und Ethnologen Émile Durkheim (s. Durkheim 1983).

Während vor dem Ersten Weltkrieg – genauer 1913 – ein tragischer Höhepunkt der Suizide zu verzeichnen war (767 Suizide in Wien, 1898 in Österreich), nahmen die Suizidzahlen in beiden Weltkriegen ab, aber es kam zu einer Zunahme der Frauensuizide. In der Zwischenkriegszeit kam es zu einem steilen, historisch einmaligen Anstieg der Suizidzahlen, dessen traurige Höhepunkte 1932 im Jahr der Wirtschaftskrise und im »Anschlussjahr« 1938 zu verzeichnen waren.

Bereits in den Jahren vor 1938 war vor allem die Wiener Suizidrate drastisch gestiegen. Damals wurden 40 % der österreichischen Suizide in Wien begangen. In den Jahren des Zweiten Weltkriegs, besonders 1941–1945, kam es zum historisch einzigartigen Phänomen, dass die Suizidrate der Frauen jene der Männer überstieg. Im Jahr 1945 wurde der höchste Suizidwert erreicht. Insgesamt nahmen sich 4678 Menschen in Österreich das Leben, davon 1979 in Wien. Das entspricht einer Suizidrate von 66 auf 100 000 Einwohner. Bereits 1946, also im ersten Friedensjahr, kam es zu einem schlagartigen Rückgang der Suizidzahlen – ganz anders als in der Nachkriegszeit nach dem Ersten Weltkrieg –, zudem blieb die Suizidrate unter dem Niveau der Kriegsjahre und Vorkriegszeit. Bis in die Mitte der 1970er-Jahre blieb die Suizidrate relativ konstant und stieg dann 1986 auf den höchsten Wert seit dem Krieg – mit 2186 Suiziden österreichweit und einer Suizidrate von 28 auf 100 000 Einwohner. Seither gehen die Suizidzahlen zurück. Wie auch in Deutschland ist zu beobachten, dass die Suizidzahlen bei den jüngeren Altersgruppen zurückgehen, während die Alterssuizide in den letzten Jahren zugenommen haben (► Kap. 7.2).

2.3.2 Aktuelle Zahlen

Suizidgeschehen weltweit

Laut WHO (2018a) nehmen sich im Jahr mehr als 800 000 Menschen weltweit das Leben, noch mehr begehen Suizidversuche. Suizid macht 1,4% aller Toten weltweit aus und stand an Platz 17 aller Todesursachen im Jahr 2015 (WHO 2019).

Alarmierend sind die enorm hohen Suizidraten der baltischen Länder, aber auch von Russland und Weißrussland. Litauen und Russland weisen die höchsten Suizidraten weltweit auf, wobei nach dem Zusammenbruch des Kommunismus ein starker Anstieg zu verzeichnen war. Hochinteressant ist auch die Entwicklung in Japan, einem Land mit ebenfalls extremem Anstieg der Suizidrate, welcher die Entwicklung in einer hochindustrialisierten Nation widerspiegelt. So beschreiben Inoue et al. (2011) einen 60%-igen Anstieg der Todesfälle durch Suizid bei Männern seit Beginn der 1990er-Jahre. Dies betrifft vor allem Männer im mittleren bis zum beginnenden höheren Lebensalter, also Männer im Erwerbsleben, die von einer Zunahme der Arbeitslosigkeit besonders betroffen sind. Dabei drängt sich der Gedanke an den Suizid als »Maßnahme zur Wahrung des Gesichts« bzw. der Ehre auf. Allerdings ist festzuhalten, dass insgesamt die Suizidrate in Japan seit den 1990er-Jahren abnimmt. So betrug die Suizidrate im Jahr 1990 noch 25,7 pro 100 000 Einwohner und nahm dann stetig ab. Im Jahr 2017 betrug sie 16,8 pro 100 000 Einwohner (Statista 2019).

Abbildung 2-1 bildet das Suizidgeschehen weltweit (WHO 2019) aus dem Jahr 2016 ab; je dunkler ein Gebiet eingefärbt ist, desto höher ist die Suizidrate.

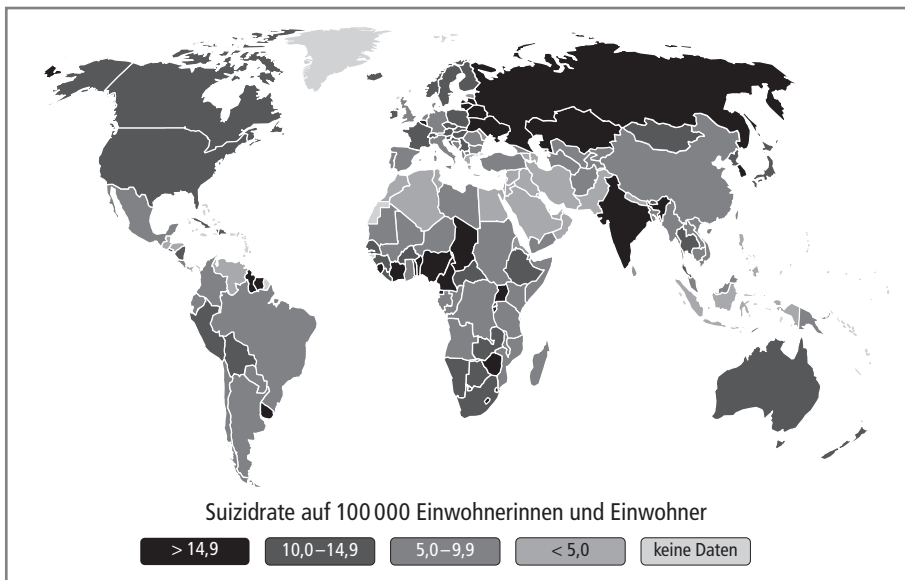


Abb. 2-1 Suizidgeschehen weltweit 2016 (eigene Darstellung, basierend auf Zahlen der WHO 2019)

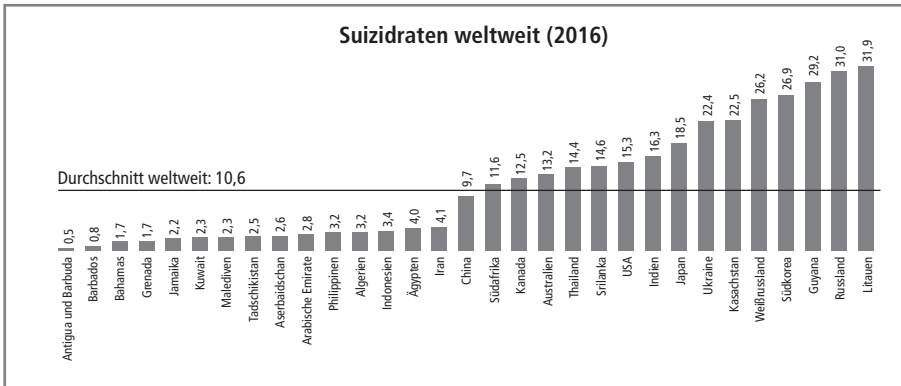


Abb. 2-2 Übersicht Suizidraten weltweit 2016 – (ausgewählte) Länder mit den geringsten und höchsten Suizidraten (eigene Darstellung, basierend auf Zahlen der WHO 2018b)

Im Folgenden sind (ausgewählte) Länder mit den höchsten und niedrigsten Suizidraten weltweit beschrieben und in Abbildung 2-2 dargestellt; die Zahlen stammen ebenfalls aus dem Jahr 2016 (WHO 2019). In Klammer ist die jeweilige Suizidrate angegeben, d. h. wie viele Suizide auf 100 000 Personen kommen. Dabei muss sicher beachtet werden, dass hier Daten mit unterschiedlicher Verlässlichkeit verglichen werden. Der Durchschnitt der Suizidraten weltweit liegt laut WHO (2018b) bei 10,6 pro 100 000 Einwohner.

Die *höchsten Suizidraten weltweit* weisen, wie erwähnt, Litauen (31,9) und Russland (31,0) auf, gefolgt von Guyana (29,2), Südkorea (26,9) und Weißrussland (26,2), Kasachstan (22,5) und der Ukraine (22,4). Im höheren Bereich liegt Japan mit einer Suizidrate von 18,5, auch Indien liegt mit einer Suizidrate von 16,3 im höheren Feld weltweit gesehen, ebenso wie die USA (15,3), Thailand (14,4), Australien (13,2) und Kanada (12,5). Südafrika (11,6) und China (9,7) weisen einen mittleren Wert auf.

Die *weltweit geringsten Suizidraten* finden sich in der Karibik auf Antigua und Barbuda (0,5), Barbados (0,8), Grenada (1,7) und den Bahamas (1,7). Auch Jamaica weist mit 2,2 eine sehr niedrige Suizidrate auf, gefolgt von Kuwait (2,3) und den Malediven (2,3), Tadschikistan (2,5) und Aserbaidtschan (2,6), den Arabischen Emiraten (2,8), Algerien (3,2) und den Philippinen (3,2). Für Indonesien wird eine Suizidrate von 3,4 angegeben, für Ägypten eine Rate von 4,0 und im Iran liegt die Suizidrate bei 4,1, somit noch weit unter dem weltweiten Durchschnitt.

Wie Bronisch (2014) anführt, gilt es weltweit, dass weniger Frauen Suizid begehen als Männer. Das Verhältnis ist dabei meist 3 : 1 (Männer zu Frauen). Nur im ländlichen Raum Chinas nehmen sich mehr Frauen das Leben als Männer, in Indien und anderen asiatischen Ländern nähern sich die Suizidzahlen beider Geschlechter an (Bronisch 2014, S. 22).

Allerdings verüben in den meisten Ländern mehr Frauen als Männer Suizidversuche (WHO 2004).

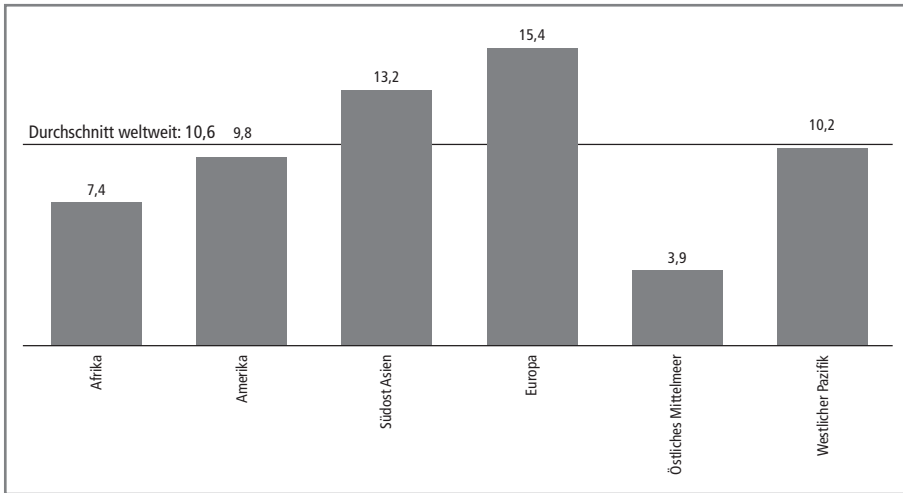


Abb. 2-3 Durchschnittliche Suizidraten weltweit 2016 in von der WHO definierten Regionen (eigene Darstellung, basierend auf Zahlen der WHO 2018b)

In Abbildung 2-3 finden sich die durchschnittlichen Suizidraten in verschiedenen Regionen weltweit aus dem Jahr 2016, basierend auf Daten der WHO (2018b): Afrika, Amerika, Südostasien, Europa, östliches Mittelmeer und westlicher Pazifik. Dabei sind in Europa und Südostasien die höchsten durchschnittlichen Suizidraten zu verzeichnen, im östlichen Mittelmeer und Afrika hingegen die niedrigsten.

Betrachtet man die *Suizidraten von Europa* aus dem Jahr 2016 genauer (Abb. 2-4), so fällt auf, dass die höchsten Suizidraten Litauen, Russland und Weißrussland aufweisen, auch Belgien, Ungarn und Slowenien liegen im traurigen »Spit-

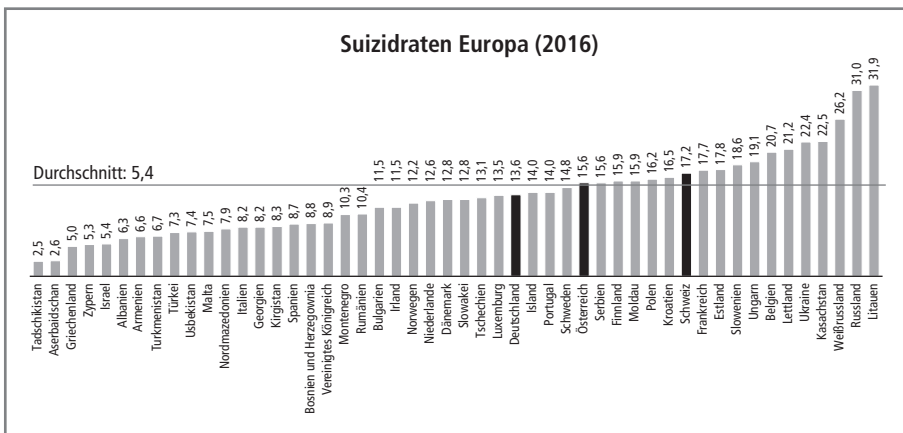


Abb. 2-4 Übersicht Suizidraten in Europa aus dem Jahr 2016 (eigene Darstellung, basierend auf Zahlen der WHO 2018b)

zenfeld«. Die Schweiz weist eine etwas höhere Suizidrate auf als Österreich und dieses – traditionell – eine etwas höhere Suizidrate als Deutschland. Griechenland, Zypern, Albanien, Armenien, die Türkei, Malta, Italien und Spanien weisen hingegen die geringsten bzw. geringere Suizidraten auf (s. das bereits erwähnte angeführte Nord-Süd-Gefälle der Suizidraten; Bronisch 2014).

Suizidgeschehen in Österreich, Deutschland und der Schweiz

Österreich

Betrachtet man das Suizidgeschehen in Österreich genauer, so fällt auf, dass die Suizidzahlen seit den 1970er-Jahren (mit einem Ausschlag 1986) rückläufig sind. So nahmen sich im Jahr 1970 laut Statistik Austria (2019a, b) 1789 Personen das Leben, im Jahr 2018 waren es 1209 Menschen, die sich suizidierten. Interessant auch ein Vergleich der Suizidzahlen mit den Zahlen der Verkehrstoten, bei denen es im selben Zeitraum – glücklicherweise – eine starke Reduktion gab. So starben 1970 noch 2676 Menschen auf Österreichs Straßen, im Jahr 2018 waren es 409. In diesem Zeitraum gab es eine Fülle an Maßnahmen, welche die Verkehrssicherheit erhöht haben (neben verbesserter Technik und sicherer Autos), wie die Einführung von Tempo 130 km/h auf Autobahnen im Jahr 1974, die Gurtpflicht auf allen Sitzen 1990, die Einführung der Kindersitzpflicht 1994 oder die Obergrenze von 0,5 Promille bei »Alkohol am Steuer« 1998, um nur einige zu nennen. Demgegenüber stehen auch einige Maßnahmen zur Suizidprävention, wie die Einführung der Medienrichtlinien 1987 (s. dazu Abschn. 2.9), die Änderung des Waffengesetzes 1997 sowie zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen

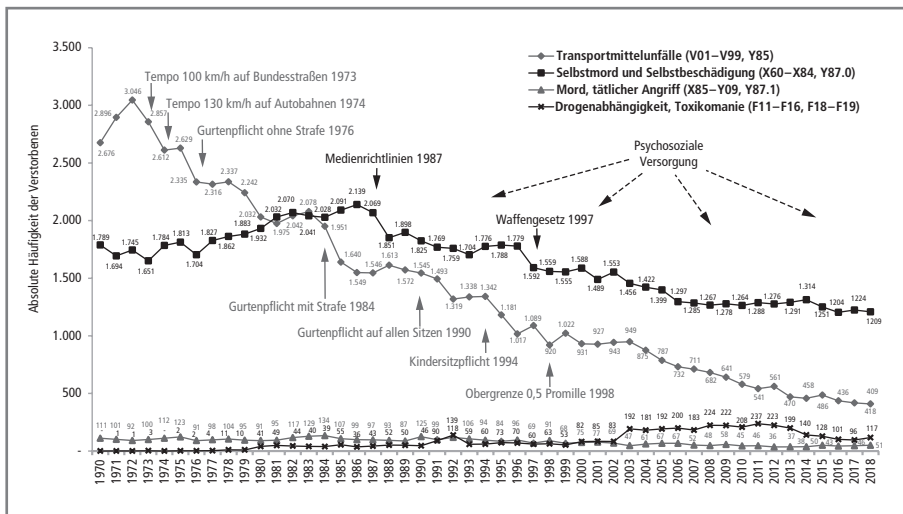


Abb. 2-5 Suizidgeschehen in Österreich 1970 bis 2018 (eigene Darstellung, basierend auf Daten der Statistik Austria 2019a, b; Klassifikation der Todesursachen entsprechend ICD-10, Version 2013; Dilling & Freyberger 2013)

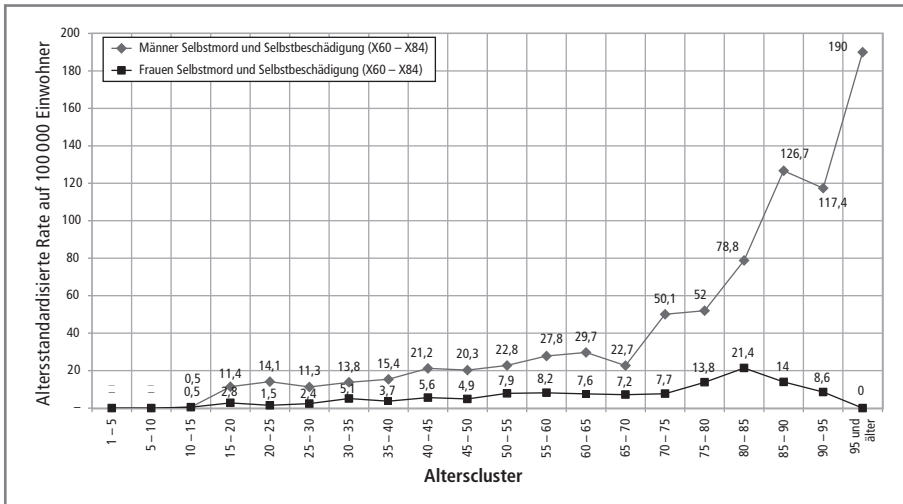


Abb. 2-6 Suizid und Lebensalter – Vergleich Suizidraten Männer und Frauen 2018 in Österreich (eigene Darstellung, basierend auf Daten der Statistik Austria 2019a, b; Klassifikation der Todesursachen entsprechend ICD-10, Version 2013; Dilling & Freyberger 2013)

Versorgung der Bevölkerung. Diese Maßnahmen zeigten eine positive Wirkung auf die Suizidzahlen, wie sich Abbildung 2-5 entnehmen lässt, jedoch bleibt der Eindruck bestehen, dass auf diesem Gebiet noch viel zu tun wäre.

Betrachtet man die Suizidzahlen getrennt nach Geschlecht, so zeigt sich, dass es sich bei Suizid um ein vorwiegend »männliches Problem« handelt. Dies spiegelt sich auch in dem häufig angeführten Satz wider: »Suizid ist männlich.« Im Jahr 2018 nahmen sich in Österreich 259 Frauen das Leben, im selben Jahr waren es 950 Männer, also mehr als dreimal so viele! Dieses Verhältnis findet sich mit einigen Ausnahmen weltweit (s. oben). Besonders beeindruckend sind die Suizidraten getrennt nach Alter und Geschlecht. Hier zeigt sich ein extremer Anstieg der Suizidrate bei Männern über 80 Jahren (► Abb. 2-6).

Suizid stellt sich als Phänomen des höheren Lebensalters dar. Dies wird als »ungarisches Muster« bezeichnet: Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Suizidgefährdung. Dies wurde in den 1970er-Jahren erstmals anhand von Daten in Ungarn belegt (Schmidtke et al. 2008). Eine detaillierte Abhandlung des Themas Suizid im Alter findet sich in Kapitel 7.

Interessant sind auch regionale Unterschiede, die zeigen, wie sich Faktoren wie die psychosoziale Versorgung in Stadt und Land oder Arbeitslosigkeit auf die Suizidrate auswirken. So zeigt Abbildung 2-7 die Suizidrate getrennt nach österreichischen Bundesländern im Jahr 2018.

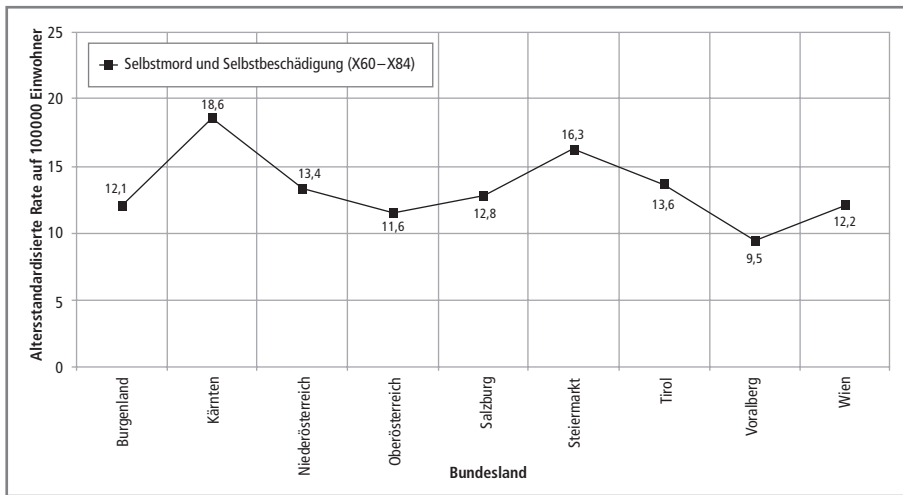


Abb. 2-7 Suizidraten 2018 im Vergleich der österreichischen Bundesländer (eigene Darstellung, basierend auf Daten der Statistik Austria 2019c; Klassifikation der Todesursachen entsprechend ICD-10, Version 2013; Dilling & Freyberger 2013)

Deutschland

Wie aus den Zahlen des Statistischen Bundesamts hervorgeht, sind auch in Deutschland die Suizidraten seit den 1980er-Jahren zurückgegangen. So nahmen sich im Jahr 1980 insgesamt 18 451 Menschen das Leben, 2016 waren es 9 838 Suizide in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2019a, b). Rübenach (2007) führt an, dass gegenüber 1990 das Niveau der suizidalen Sterblichkeit deutschlandweit um gut ein Drittel gesunken ist (-37,4%). Ausschlaggebend hierfür scheint vor allem der Rückgang der Suizidsterblichkeit bei Frauen (-47,2%) zu sein.

Dennoch muss festgehalten werden, dass Suizid in Deutschland zu den häufigsten Todesarten zählt und bei den unter 25-jährigen Personen nach Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache ist (Statistisches Bundesamt 2019a).

So nahmen sich im Jahr 2015 in Deutschland insgesamt 10 078 Personen (davon 7 397 Männer und 2 681 Frauen) das Leben. Im Vergleich dazu starben insgesamt 3 688 Menschen bei Transportmittelunfällen (Statistisches Bundesamt 2019a).

Wie in den meisten anderen Ländern nehmen sich auch in Deutschland wesentlich mehr Männer (ca. dreimal so viel) als Frauen das Leben.

Betrachtet man das durchschnittliche Sterbealter von durch Suizid Verstorbenen, so zeigt sich, dass 60% der Menschen, die einen Suizid verübten, 50 Jahre und älter waren (Rübenach 2007). Wie Rübenach (2007) ausführt, begehen vor allem Frauen Suizid in einem höheren Lebensalter. Der Anteil der Suizide von über 50-jährigen Frauen an allen Suiziden, die von Frauen verübt wurden, lag bei 65,3% (Männer 57,8%) (Rübenach 2007).