

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SUIZID UND SUIZIDVERSUCH

Selbsttötung – Freitod – Selbstmord – Selbst-Destruktion – Tod durch eigene Hand

Spezielle Aspekte: Häufigkeit – Ursachen – Motive – Suizid-Methoden – Suizid-Risikogruppen – Sektions-Notwendigkeit nach dem Suizid – Mitnahme-Suizid (erweiterter Suizid) – Suizid im Gefängnis – Suizid als männliches Phänomen (Rollenkonflikte, Stress-Kumulation, gesellschaftlicher Wandel) – der Schienentod (Bahnsuizide wann, wo, warum) – besonders riskante Suizidorte („Hot Spots“) – Suizidalität und Internet-Suizidgefahr im höheren Lebensalter – Arbeitsplatz und Suizid – Vorbeugung – Diagnose – Therapie – u. a.

Nichts erschüttert so wie der Tod durch eigene Hand: Selbsttötung, „Freitod“ oder der irreführende, aber gängige Begriff des *Selbstmordes*, in der Fachsprache Suizid (vom Lateinischen: sua manu caedere = durch eigene Hand fallen bzw. gefällt werden).

Dazu gibt es inzwischen eine nicht mehr überschaubare Literatur. Und doch bleibt dieses Thema den meisten Menschen fremd, auch weil sie sich damit nicht ohne Not beschäftigen wollen. Das ist nachvollziehbar, kann aber verhängnisvoll werden. Denn „Wissen ist Macht – Macht zu helfen“. In den meisten Fällen gibt es durchaus konkrete Hinweise auf eine suizidale Entwicklung – leider zumeist rückblickend. Das muss nicht sein. Wer ahnungslos in das Umfeld einer Selbsttötung geraten ist, reagiert sicherlich betroffener, als wenn er sich zuvor kundig gemacht hätte. Ob dies dann im speziellen Fall von Nutzen gewesen wäre, bleibt eine andere Frage, geschadet hätte es nicht.

Demnach ist eine nüchterne Information unerlässlich, eigentlich Pflicht, denn die Zahl der vollendeten Suizidhandlungen nimmt zu, ganz zu schweigen von den versuchten Selbsttötungs-Absichten, den Suizidversuchen. Nach-

folgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu den wichtigsten Suizid-Themen in unserer Zeit, teils bekannt, teils weitgehend unbekannt. Grundlage ist die Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4 aus dem Jahr 2005 (die Nr. 123 in 32 Jahren), die hier in ihrer wichtigen Funktion vorgestellt werden soll – und gleichzeitig einen begrenzten, aber bedeutsamen Einblick in Häufigkeit, Motiv, Ursachen, Betroffene, Selbsttötungs-Methoden und psychosoziale Folgen vermittelt, einschließlich Vorbeugung und Therapie, vor allem konkrete Hinweise, auf was zu achten ist.

Erwähnte Fachbegriffe:

● *Suizid* – Selbsttötung – Tod von eigener Hand – Freitod – Selbstmord – Suizidtat – Selbst-Destruktion – Suizidideen – Suizidphantasien – Suizidgesten – Lebensüberdruß – Lebensmüdigkeit – Risikogruppen – affektive Psychose – Gemütskrankheit – Depressionen – manische Hochstimmung – Angststörung – Vereinsamung – höheres Lebensalter – chronische Krankheit – chronische Schmerzen – fehlende Heilungsaussichten – Alkoholabhängigkeit – Suchterkrankung – Rauschdrogenabhängigkeit – Drogentod – „goldener Schuss“ – Anorexie – Magersucht – Schizophrenie – Persönlichkeitsstörung – emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Suizid und Zivilstand: Scheidung, Trennung, Verwitwung, Alleinleben – Suizid und unerträgliche Lebenssituation – Suizid und soziale Schicht: Grundsicht, Mittelschicht, Oberschicht – Suizid und Arbeitslosigkeit – Suizid und Armut – drittes Lebensalter: alleinstehende Männer, Witwen, Witwer – Schüler-Suizid – Suizid in der Stadt – Suizid auf dem Land – Suizid-Auslöser – Suizid-Ursachen – narzisstische Krise – narzisstische Kränkung – Selbstwertkrise – Selbst-Aggression – altruistischer Suizid – selbstloser Suizid – erweiterter Suizid – fremd-aggressiver Suizid – Geisterfahrer – „Mörder-Suizid“ – Kamikaze-Suizid – Selbstmord-Kriegsführung – Opfer-Suizid – Massen-Suizid – Parasuizid – suizidale Handlung ohne Todesfolge – Bilanz-Suizid – Suizid-Definition – selbst-destruktiver Charakter – Suizid-Typen – suizidaler Handlungsdruck – suizidale Ruhewünsche – Versterbens-Intention – Todeswünsche – Suizid-Ambivalenz – Selbst-Destruktion – Selbst-Zerstörung – Todes-Intention – appellativer Suizidversuch – Suizidalität – Risiko-Psychopathologie: Hoffnungslosigkeit, Resignation, Isolations-, Wertlosigkeits- und Schuldgefühle, Wahn, Sinnestäuschungen u. a. – Langzeit-Arbeitslosigkeit – Randgruppen – biologische Krisenzeiten – soziale Krisenzeiten – traumatische Krisen – seelische Verwundungen – Katastrophen – Schicksalseinbrüche – existenzbedrohende Situationen – biographische Schwellenphänomene – Suizidhäufigkeit – Häufigkeit der Suizidversuche – Suizidziffer – Suizid-Epidemiologie – Suizid in Europa – Suizid in Deutschland – Suizid in den deutschen Bundesländern – Altersverteilung – Geschlechtsverteilung – Suizid in Kindheit, Jugend, mittlerem und höherem Lebensalter – Suizidmethoden: „unklare Todesursachen“, Erhängen, (Selbst-)Vergiftung, Sturz, Feu-

erwaffen, Sprung vor Zug, Lkw u. a., (Selbst-)Ertränken, Ertrinken, tödliche Schnittverletzungen, tödliche Stichverletzungen, unklare Autounfälle, Auto-Suizid – Suizidprophylaxe – Suizidvorbeugung – Suizidverhütung – Suizidprävention – Suizidgesellschaften – Suizid-Fachzeitschriften – Tag der Welt-Suizidprävention – Weltsuizidpräventionstag – Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) – Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) – International Association for Suicide Prevention (IASP)

● *Krisengespräch* – therapeutische Begleitung – pflegerische Begleitung – Weglauf-Gefahr – fehlende Absprachefähigkeit – offene Krankenhausstation – geschlossene Krankenhausstation – Neuroleptika – Antipsychotika – Antidepressiva – Benzodiazepine – Beruhigungsmittel – Schlafmittel – Angstlösung – Entspannung – Sedierung – Schlaflförderung – Dämpfung des suizidalen Handlungsdruckes – Vorsicht mit Psychopharmaka – häufiger Gesprächskontakt – Bündnisfähigkeit – Information – Angehörige nach erfolgtem Suizid – Mit-Patienten nach erfolgtem Suizid – Psychiater – Nervenärzte – Psychologen – Psychotherapeuten – Pfleger – Schwestern – Ergotherapeuten – Krankenhausseelsorger – Trauerprozess – Trauerreaktion – Weinkrämpfe – Wutreaktion – Schuldgefühle – Fassungslosigkeit

● *Sektion* – Obduktion – Autopsie – Nekropsie – Leichenöffnung – Leichenschau – natürlicher Tod – Strangulation – Selbst-Erdrosseln – Strangulations-Hilfsmittel – Pflanzengift – Metallgift – Einwirkungen durch stumpfe Gewalt – Sturz aus der Höhe – Kollision mit Schienenfahrzeugen – Zug-Suizid – U-Bahn-Suizid – S-Bahn-Suizid – „scharfe Gewalt“ – Ersticken – Brand-Suizid – Strom-Suizid – Kohlenmonoxid-Suizid – Motor-Abgas-Suizid – Fön-in-der-Badewanne-Suizid – erweiterter Suizid – Mitnahme-Suizid – Selbstanzündung – Selbstverbrennung – Armut und Schande – Verlust der gesellschaftliche Reputation – Ansehens-Verlust – Verlust des Sozialstandards – erweiterter Suizid mit unmündigen Kindern – Verzweiflungsreaktion – chemisch-toxikologische Analysen – gerichtsmedizinische Untersuchung – mangelhafte Einnahmezuvverlässigkeit – mangelhafte Therapie-Treue

● *Suizid im Gefängnis* – Suizid in der Vollzugsanstalt – Suizid in der U-Haft – Fürsorgepflicht des Staates – Selbstbestimmungsrecht des Gefangenen – Sicherungsmaßnahmen im Gefängnis – Gefangenen-Suizide – Gefängnis-Suizid – Gefängnis-Suizid und Persönlichkeitsstruktur – Importation – Gefängnis-Suizid und Inhaftierungsfolgen – Deprivation – Kriminologie – Kriminalistik – Verbrechenskontrolle – Viktimologie – Lehre von den Verbrechenopfern – Kriminalprognose – Verbrechensvorbeugung – Rechtsbrecher-Behandlung – Strafrechtserneuerung – Gefängnis als suizid-fördernde Institution – Belastung durch Mitgefangene – Gefangenen-Einschüchterung – Gefangenen-Drangsalierung durch Mitgefangene – Reiz-Entzug im Gefängnis – Straftäter als potentielle Selbstmörder – Suizidprävention im Gefängnis – Nationales Suizid Präventions Programm – Arbeitsgruppe Justizvollzug – „suizidfreies Gefängnis“ – „Vergeltungsbedürfnis“

● *Suizid als männliches Phänomen* – Suizid als weibliches Phänomen – seelische Störungen und Suizid – körperliche Krankheiten und Suizid – Homosexualität und Suizid – spezielle Berufsgruppen und Suizid: Ärzte, Zahnärzte, Pharmazeuten, Polizisten u. a. – Scheidung, Trennung und Suizid – Leistungs- und Erfolgsorientierung und Suizid – Macht- und Dominanzstreben und Suizid – Ärger, Aggressivität und Feindseligkeit und Suizid – Schmerzen und Suizid – traditionelle männliche Sozialisation und Suizid – Männlichkeits-Stereotyp und Suizid – Depression, Alkoholismus und männliches Suizidrisiko – Rollenkonflikte, Stresskumulation und gesellschaftlicher Wandel und Suizid – „Feminisierung der Gesellschaft“ und Suizid – Krise der Männlichkeit und Suizid – Not-Überkompensation und Suizid – Karriere-Gesellschaft und Suizid – Medizin-Studium und Suizid – Lehrinhalte – Ausbildungs-Defizite bezüglich Suizidiologie

● *Schientod in suizidaler Hinsicht* – Bahn-Suizid – Unfallstatistik und Deutsche Bundesbahn (DB) – „Personenschaden“ im Schienenverkehr – Suizid-Häufung in bestimmten Gleisbereichen, Regionen und Zeiten: Bahnhöfe, Nähe von psychiatrischen Kliniken, schwer einsehbare Gleis-Strecken, Morgen- und Abendstunden u. a. – Suizid-Methoden im Gleisbereich – Suizidhäufung im Gleisbereich – Suizid-Folgen für das betroffene Bahn-Personal – jahreszeitliche Hochrisikozeiten im Gleisbereich – Wochentags-Risiken im Gleisbereich – Bahnsuizid und Bundesland – „Hot Spots“ im deutschen Gleisbereich – Bahnsuizid und Medien-Publikation – Bahnsuizid-Prävention – Suizidentenverhalten vor dem Schientod – Beratungsstellen, Hotline, Telefonseelsorge, Bahnhofsmision, Zugpersonal, Kunden-Information (Lautsprecherdurchsage) und Suizid-Prävention

● *Besonders riskante Suizidorte*: Brücken, hohe Gebäude, Bahnstrecken u. a. – Hot Spots = ungewöhnliche Häufung von Suizidfällen in Raum und Zeit – Hochhäuser und Suizid – Brücken und Suizid – Klippen und Suizid – Waldgebiete und Suizid – „populäre Suizid-Orte und -Methoden“ – bekannte „literarische Suizid-Orte“ – bizarre Suizid-Methoden: Selbstverbrennung, Fallschirmspringen mit Todesfolge, Sprung von hohen Gebäuden u. a. – „suizidale Brücken-Faszination“ – Sprung und Geschlecht – Sprung und Suizid-Motiv – Hot Spots-Prävention: Aufklärung, Barrieren, Patrouillen, Kameras, Nottelefone, Auffanggitter, Warnhinweise, Nachbar-Sensibilisierung u. a. – Verhalten von Hot Spots-Suizidwilligen – Sog-Effekt – Imitationszwang – Sensations-Suizid u. a.

● *Suizidalität und Internet* – Internet-Hinweise über Suizid – Suizid-Foren - Suizid Boards – Internet-gestützte Suizid-Absprache – Internet-Hilfestellung für Suizidgefährdete – u. a.

● *Alterssuizid* – Suizidgefahr im höheren Lebensalter – Suizid-Häufigkeit im höheren Lebensalter – Gesundheitspolitik und Prävention für ältere Men-

schen – Geschlecht und Alterssuizid – Suizid-Methode und Alter – Selbsttötungsabsicht und Alter – alters-bedingte Suizid-Risikofaktoren – präventive Sicherungsmaßnahmen gegen den Alterssuizid – Alter, Krankheit und Suizidgefahr – soziale Verluste und Suizidgefahr – Suchterkrankung im Alter und Suizidgefahr – schwer erkennbare Suizidgefahr im Alter – chronische Schmerzleiden und Suizidgefahr – organische Beeinträchtigungen und Suizidgefahr (z. B. Gehirn-Durchblutungsstörungen) – Verlusterfahrung und Konflikte im höheren Lebensalter und Suizid – Scheidung, Trennung, Verwitwung und Alleinleben im höheren Lebensalter und Suizid – das besondere Suizid-Problem des älteren Witwers – drohende Heimunterbringung und Suizid – Altersdepression und Suizid – Verlust von Werte-Bindungen (Religion, Kultur, geschichtliche Wurzeln , Rituale u. a.) und Suizid – Altersdiskriminierung und Suizid - Arbeitslosigkeit im höheren Lebensalter und Suizid – suizidale Warnsignale im höheren Lebensalter: Schlaf- und Essverhalten, extreme Mattigkeit, körperliche Funktionseinbußen, Suchtgefahr, Gemütsveränderungen, auffällige Verhaltensänderungen (vor allem ungewöhnliche Fremd-Aggression), verdächtige Verhaltensweisen, gehäufte Terminvereinbarungen mit dem Arzt u. a. – Suizid-Prävention und Krisenhilfe im Alter – verbesserte Lehrpläne der Ausbildungs-Institutionen (Universitäten, Fachhochschulen, Krankenpflegeschule, Akademien, Fort- und Weiterbildungsseminare)

● *Arbeitsplatz und Suizid* – bestimmte Berufsgruppen und Suizid – soziale Berufs-Schicht und Suizid – spezifischer Arbeitsplatz-Stress und Suizid – Zugang zu Suizid-Mitteln – „emotionaler Stress“ und Suizid – Kunden-/Patienten-Kontakt und Suizid – Gesundheitsberufe und Suizid – Arzt und Suizid – Beruf, Motiv sowie Ursachen und Suizid – seelische und körperliche Krankheiten und Suizid – weitere suizid-fördernde Faktoren: Arbeitszeit, Tätigkeit, Schichtarbeit, Mobbing u. a. – vorbeugende Maßnahmen zum Thema Beruf und Suizid u. a.

Es gibt zwei nachdenkenswerte Sätze, die eines der erschütterndsten und das Umfeld völlig hilflos zurücklassende Phänomene der Menschheit wohl am besten charakterisieren. Sie betreffen die Selbsttötung, den „Freitod“ (obwohl hier von Freiheit nicht die Rede sein kann), den Selbstmord (obgleich hier kein Mord vorliegt) oder – wie man es heute als Kompromiss mit einem international gebräuchlichen Fachausdruck bezeichnet – den Suizid. Die beiden Sätze lauten:

- „Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht“.
- „Selbstmord ist die Abwesenheit der anderen“.

Beide bringen es auf den Punkt, wobei vor allem Letzterer zu denken geben sollte. Es ist aber auch nicht einfach, als Eltern, Kinder, Geschwister, weitere Angehörige, Bekannte, Freunde und Nachbarn, Arbeitskollegen und sogar Fremde mit einer suizidalen Entwicklung fertig zu werden, einem „Leben auf den selbstgewählten Tod hin“. Und noch fassungsloser stehen alle vor einer plötzlichen vollendeten Suizidtat.

Was das für Folgen hat, für den Einzelnen, die Familie, das nähere und sogar weitere Umfeld, können nur diejenigen ermessen, die hier schon einmal betroffen waren. Deshalb muss man auch den Satz respektieren: „Es tut mir leid, aber ich kann mir Schöneres denken, als mich dauernd oder auch nur zeitweise mit einem solchen Thema beschäftigen zu müssen...“. Akzeptiert. Wer das anders sieht und die Kraft hat, diese Belastung trotzdem anzunehmen, zu diskutieren, wissenschaftlich zu bearbeiten, therapeutisch oder prophylaktisch zu begleiten, dem gebührt aller Respekt.

Dass sich die überwiegende Mehrheit vor diesem Thema drückt, verlangt Verständnis und Nachsicht. Denn wer das nicht aufbringt, wird kaum etwas ändern können und vor allem der Sache auch nicht dienen. Ja, er wird nicht einmal einen „Hauch von Wissen“ unterbringen. Das aber täte Not. Denn nirgends trifft der alte Erfahrungssatz so zu wie hier: „Wissen ist Macht – Macht zu helfen“. Und in diesem Fall: rechtzeitig, vorbeugend, Warn- und Alarmsignale registrierend, Hilfe anbietend – und wenn dies die Kräfte übersteigt, Hilfe vermittelnd.

Denn konkrete Hilfe war – zumindest in der westlichen Welt – in diesem Punkt noch nie so gut organisiert, hochqualifiziert und gleichsam Tag und Nacht verfügbar. So ganz allein ist also in unserer Zeit und Gesellschaft ein Schwermütiger oder Verzweifelter nicht mehr, der Hand an sich legen will.

Die „Abwesenheit der anderen“ ist zwar nach wie vor ein ungelöstes Problem, wahrscheinlich am ehesten im engeren Verwandten-, Bekannten- und Freundeskreis. Das Angebot an Experten dagegen war noch nie so umfassend: Hausärzte, Psychiater/Nervenärzte, Psychologen, Theologen, (Fach-)Schwestern und -Pfleger, Sozialarbeiter, nicht zu vergessen die Telefonseelsorge und die zahlreichen institutionellen Angebote auf allen Ebenen. Und sogar geschulte MitarbeiterInnen bei Sanität, Feuerwehr, Polizei, Technischem Hilfswerk u. a. Das alles verhindert zwar nicht die „traurige Entwicklung im Vorfeld einer suizidalen Handlung“, es lässt aber auch nicht den Vorwurf zu, hier wäre bisher überhaupt nichts geschehen – im Gegenteil.

Leider müssen die Experten gestehen: Trotz einer bisher einmaligen Intensivierung aller möglicher Hilfsangebote konnte die Zahl der Suizidversuche und Suizide in den letzten Jahrzehnten nicht zurückgedrängt werden. Überall hört man von Erfolgen: Verkehrsunfälle, sonstige Unglücksfälle, ja sogar Mord- und Totschlag sind – man glaubt es nicht, aber die Kriminalstatistik spricht bei-

spielsweise für Deutschland eine erfreulich deutliche Sprache, diesmal positiv –, alles ist zwar noch immer im Einzelfall schrecklich und dennoch im Rückgang begriffen, nur die Selbsttötung scheint man – zumindest zahlenmäßig – noch nicht in den Griff zu bekommen.

Nachfolgend deshalb im Kasten eine Kurz-Information aus der Tagespresse.

Selbstmorde wenig beachtet

Brüssel (dpa) – In Europa setzen in jedem Jahr mehr Menschen ihrem Leben selbst ein Ende als durch Verkehrsunfälle sterben. Das geht aus einer Untersuchung der Europäischen Union (EU) hervor.

„Europas unsichtbaren Killern“ muss nach Ansicht von EU-Kommissar Marko Kyprianou wirksamer als bisher entgegengetreten werden. Jedes Jahr sterben etwa 58.000 Menschen in der EU durch Selbstmord. Dem stehen 50.700 Tote durch Verkehrsunfälle und etwa 5.350 durch Mord und Totschlag gegenüber, heißt es in einer Mitteilung der EU-Kommission.

Die meisten Suizide stünden mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang, vor allem mit Depressionen. 15 Prozent der an schweren Depressionen Leidenden begingen Selbstmord, 56 Prozent versuchten, sich das Leben zu nehmen. „Psychische Erkrankungen können genauso tödlich sein wie körperliche, zum Beispiel Krebs“, sagte Kyprianou. „Dennoch widmet man der psychischen Gesundheit erstaunlich wenig Aufmerksamkeit. Man könnte sagen, dass psychische Erkrankungen Europas unsichtbare Todesursachen sind“. Er sei „entschlossen, dies zu ändern“.

Aus SZ 13/05 vom 18.01.2005

Suizidprophylaxe – eine Fachzeitschrift stellt sich vor

Die Suizidalität ist zwar kein Thema in Wissenschaft, Klinik und Praxis, dem bisher größeres Interesse entgegengekommen ist. Sie ist aber ein Forschungsgebiet mit enormen alltags-relevanten Konsequenzen, das zu wegweisenden Untersuchungen und wichtigen Erkenntnissen führte, seit es eine psychiatrische Forschung gibt. Seit etwa einem halben Jahrhundert kann man auch von einer akzeptierten Spezial-Wissenschaft im deutschsprachigen Raum sprechen. Und seit 32 Jahren gibt es die Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe*.

SUIZIDPROHYLAXE

Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS)

S. Roderer Verlag, Regensburg
ISSN 00173-458-X

Einzelheiten zu dieser Fachzeitschrift, insbesondere was Geschichte, Aufbau, Herausgeber, Beirat, Schwerpunkt der Zielrichtung u. a. anbelangt, siehe die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), c/o NEUHLAND e. V., Nikolsburger Platz 6, 10717 Berlin.

Nachfolgend soll jedoch etwas anderes versucht werden, nämlich einen Überblick über einige Themen des Heftes 3/4 (2005), also Nummer 123 im 32. Jahrgang.

Da wir wissen, dass dieses Thema „nicht gerade erbaut“ und eine solche Fachzeitschrift deshalb auch nicht „freudig zur Hand genommen wird“, werden wir uns bei dieser Übersicht auf die wichtigsten Hinweise einiger ausgewählter Originalarbeiten dieses Heftes beschränken. Wer sich in das Thema gründlicher einlesen will, dem steht inzwischen eine umfassende (auch deutschsprachige) Fach- und sogar allgemein-verständliche Literatur zur Verfügung. Auch hier lohnt sich ein Kontakt mit der Geschäftsstelle der DGS, die dann bei spezifischen Fragestellungen an die jeweiligen Experten weitervermitteln dürfte.

Was findet sich nun in der 123. Nummer der *Suizidprophylaxe* an Wissenswertem (Auswahl) über Suizid und Suizidversuch?

• GIBT ES EINEN TAG DER „WELT-SUIZIDPRÄVENTION“?

Im Editorial der *Suizidprophylaxe* 3/4 (2005) weisen Prof. Dr. A. Schmidtke, Vorsitzender der Arbeitsgruppe zur Initiierung eines Nationalen Suizidpräventionsprogramms (AG Primärprävention) mit Mitarbeitern darauf hin, dass es für alles und jedes einen „Welttag“ zur international angeregten Erinnerung gibt. Er soll die Öffentlichkeit für ein bestimmtes Problem oder Thema sensibilisieren.

Macht man sich im Internet kundig, so ist die Ausbeute fast unübersehbar: „Die Palette reicht vom „Tag der älteren Menschen“ bis zum Tag der „Zivilluftfahrt“. Deshalb verwundert es ein wenig, dass es für ein weltweit so schwerwiegendes Problem wie suizidales Verhalten erst im Jahre 2003 gelang, einen solchen Gedenk-Tag einzuführen. Selbst die International Association for Suicide Prevention (IASP) und das WHO-Headquarter in Genf brauch-

ten ihre Zeit, bis man sich einigen konnte – immerhin zuletzt auf ein festes Datum, den 10. September. Das also ist ab jetzt der Weltsuizidpräventionstag. Das letzte Motto lautete: „Prevention of suicide is everybody’s business“.

Was will man damit erreichen? Sicher nicht – wie die Herausgeber bemerken – eine Verkaufspromotion wie am Valentinstag u. ä., sondern die Anregung, an verschiedenen Orten gleichzeitig die entsprechenden Aktivitäten im Rahmen der Suizidprävention zu koordinieren. Bisher kann man sich noch kein abschließendes Urteil erlauben, allerdings war das Echo schon jetzt erfreulich, vor allem durch die Hilfe der Medien.

Die 123. Ausgabe der *Suizidprophylaxe* war deshalb ein thematisches Schwerpunktheft, das eine Reihe von Beiträgen des Weltsuizidpräventionstages (der erwähnte 10. September) zusammenfasst, ergänzt durch weitere Publikationen. Nachfolgend die Auswahl:

**• ZUR EPIDEMIOLOGIE VON SUIZID UND SUIZIDVERSUCH
IN DEUTSCHLAND**

„Wissen ist Macht – Macht zu helfen“, hieß es oben. Das setzt nicht zuletzt „psychologisches Fingerspitzengefühl“ und – noch banaler gesprochen – ein Mindestmaß an „mitmenschlicher Aufmerksamkeit und Zuwendung“ voraus. Hier wiederum kann die Kenntnis der wichtigsten Fakten nicht schaden, das sensibilisiert, motiviert, aktiviert – und beruhigt im Bedarfsfall.

Über die **Suizidhäufigkeit** referierten in dieser Ausgabe Prof. Dr. A. Schmidtke von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg mit seinen MitarbeiterInnen. In Stichworten:

• Suizide

- Im Jahre 2003 nahmen sich in der Bundesrepublik Deutschland 8.179 Männer und 2.971 Frauen das Leben. Damit beträgt die *Suizidziffer* für Männer 20,30 und für Frauen 7,04 pro 100.000 Einwohner.
- Im *europäischen Vergleich (EU-Staaten)* liegen die Deutschen damit im mittleren Bereich. Die traurigen Spitzenpositionen repräsentieren mit Abstand Litauen, gefolgt von Estland und Lettland. Ferner Ungarn (schon in früheren Zeiten für „erschrockene Aufmerksamkeit“ sorgend) sowie Slo-

wenien, Belgien, Finnland, Frankreich, Tschechien, Polen, Österreich, die Slowakei und Irland.

Etwas weniger betroffen wie Deutschland mit seiner mittleren Position sind Dänemark, Luxemburg, Schweden, Portugal und die Niederlande. Etwas besser stellen sich schließlich Spanien, Großbritannien, Italien, Malta und Griechenland.

- Die *16 deutschen Bundesländer* unterscheiden sich erstaunlicherweise deutlich: Bezogen auf die Flächenstaaten ließen sich 2003 die höchsten Suizidraten bei den Männern in den neuen Bundesländern Sachsen, Thüringen und Brandenburg ermitteln. Beim weiblichen Geschlecht sind es die Stadtstaaten Bremen und Hamburg sowie Schleswig-Holstein.

Die niedrigsten Ziffern lagen bei beiden Geschlechtern in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen. Der Rest stellte das Mittelfeld.

Innerhalb Deutschlands zeigt sie vor allem bei den Männern ein deutlicher Ost-West-Gradient mit den – allerdings traditionell bekannten – erhöhten Suizidziffern in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Aufgrund der niedrigeren Absolutzahlen lässt sich dies beim weiblichen Geschlecht nicht so exakt festlegen.

- Für die *Altersverteilung* der Suizidziffern findet sich für Deutschland immer noch das so genannte „ungarische Muster“. Das heißt, die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter für Männer und Frauen signifikant zu: je älter, desto gefährdeter.

Durch die Veränderung der Alterspyramide werden also die Absolutzahlen von Suiziden im höheren Lebensalter zunehmen, auch wenn sich innerhalb der einzelnen Altersgruppen das Suizidrisiko nicht ändert. Man muss vor allem auf das „dritte Lebensalter“ achten und hier insbesondere auf ältere (alleinstehende) Männer.

Oder in Zahlen: 35,5% der Männer, die sich das Leben nehmen, sind über 60 Jahre, stellen aber nur ein Fünftel der Bevölkerung. Bei den Frauen sind sogar die Hälfte der Suizidenten über 60, sind aber nur etwas mehr als ein Viertel. Die über 70-jährigen Frauen stellen sogar ein Drittel der Suizide (machen aber nur 15% der Bevölkerung aus).

Allerdings, das lässt aufatmen: Seit Mitte der 70iger Jahre folgen die Suizidziffern der Männer und Frauen in Deutschland einem eher abnehmenden Trend, der letztlich alle Altersgruppen betrifft.

Andererseits muss man nach wie vor unterstellen, dass gerade die Suizide alter Menschen bei Verwendung eher „weicher“ Suizidmethoden (z. B. Über- oder Unterdosierungen der verschriebenen Medikation) nicht als solche erkannt und stattdessen der Kategorie der „unklaren Todesursachen“ zugeordnet werden. Deshalb ist die Abnahme der Suizide vor allem in dieser Altersgruppe doch wohl nicht so eindeutig, wie die statistischen Zahlen nahe legen. Generell zeigen nämlich die Suizidraten in den einzelnen Altersgruppen eine besonders gegen Ende des Lebens geradezu drastische Steigerung. Dies betrifft vor allem Männer jenseits des 75. Lebensjahres, die ganz offensichtlich – insbesondere wenn verwitwet – mit der Bewältigung des Alltags und/oder seelischen und psychosozialen Beeinträchtigungen am wenigsten zurecht kommen.

Der an sich erfreuliche Rückgang der Absolutzahlen von Suiziden ist also bei genauer Nachprüfung eher skeptisch zu beurteilen: So muss man bei den Jüngeren beispielsweise annehmen, dass sich unter den „Drogentoten“ ein nicht unerheblicher Anteil von Suiziden versteckt („goldener Schuss“), besonders beim männlichen Geschlecht. Und im Alter gibt das Ansteigen der „unklaren Todesursachen“ zu denken.

Nach diesen Daten folgt ein kleiner Satz, den man eigentlich überlesen könnte, wenn er in Wirklichkeit nicht das eigentliche Ausmaß der Suizidat beleuchten würde. Dieser Satz – nüchtern und doch folgenschwer – lautet: Nach Studien der WHO hat jeder Suizid im Durchschnitt Auswirkungen auf mindestens 6 andere Personen. Das spricht Bände.

- Über die *Suizidmethoden* besagt die Statistik (soweit je nach Suizidart eindeutig oder nicht erkennbar): Am häufigsten ist das „Erhängen“ (Männer: 54%, Frauen: 37%). Danach folgen die „Vergiftungen“ (Männer: 13%, Frauen: 28%).

Statistisch weniger relevant sind Sturz (Frauen häufiger), Feuerwaffen (mehr Männer), sich vor ein bewegliches Objekt werfen (z. B. Zug, Lkw – beide Geschlechter gleich häufig), Ertrinken (mehr Frauen) und tödliche Schnittverletzungen (keine Geschlechtsunterschiede).

• Suizidversuche

Die Häufigkeit von *Suizidversuchen* ist nach wie vor schwer abzuschätzen. Deshalb liegen auch keine offiziellen statistischen Angaben vor. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versuchte aber wenigstens halbwegs „wirklichkeitsgetreue Suizidversuchs-Raten“ in Europa“ zu initiieren. Auf der Basis dieser geschätzten Daten fand man für das Jahr 2002 in Deutschland für Männer eine Häufigkeit von 116 und für Frauen von 185 Suizidversuchen auf 100.000 Einwohner. Dabei zeichnet sich ein langsam steigender Trend ab.

Suizide sollen in Deutschland (etwas) zurückgehen, Suizidversuche nehmen dafür zu (und dies offenbar in allen EU-Staaten).

Die *Altersverteilung* ist genau umgekehrt wie bei den Suiziden. Dort steigt ja die Gefährdung mit dem Alter. Bei den Suizidversuchen finden sich die höchsten Raten in den jüngeren Altersgruppen, und hier besonders beim weiblichen Geschlecht (vor allem zwischen 15 und 30 Jahren).

Dabei überwiegen die „weichen“ *Methoden*, insbesondere Vergiftungen: fast zwei Drittel der Männer und vier Fünftel der Frauen. An zweiter Stelle stehen suizidale Schnitt- und Stichverletzungen (ein Viertel der Männer, jede zehnte Frau).

Doch was vor allem zu denken gibt: Die Hälfte aller Männer und Frauen haben mehr als einen Suizidversuch unternommen, und zwar meist in einem recht engem Zeitrahmen (z. B. weniger als 12 Monate). Auf diese Weise endet bei einer wachsenden Zahl von Betroffenen das Leben am Schluss dann doch noch durch einen vollendeten Suizid. Auch finden sich hier gehäuft „unklare Autounfälle“ (Autosuizid?). Mit anderen Worten: Früheres suizidales Verhalten disponiert offenbar zu fortlaufender Lebensmüdigkeit – mit allen Konsequenzen.

- **Suizidideen**

Wer suizidal ist, kämpft erst einmal mit *Suizidideen*. Doch die Definition und vor allem konkrete Erfassung von Suizidideen ist noch schwieriger als von Suizidversuchen. Zwar gibt es auch dazu eine Reihe von Untersuchungen, die aber – notgedrungen – methodisch unbefriedigend sind. Gleichwohl muss man sich mit diesem Vorfeld sehr ernsthaft auseinandersetzen. Was gibt es also für wohl überwiegend hypothetische Daten?

Kinder und Jugendliche haben offenbar in etwa jedem 10. Fall mit Suizidideen zu kämpfen (die Daten reichen von 8% bei männlichen bis zu 17% bei weiblichen Befragten). Das scheint in der westlichen Welt im Wesentlichen gleich zu sein, insbesondere was die Geschlechtsdifferenz anbelangt.

Bei Älteren finden sich zwar häufiger Gedanken an Lebensüberdruß oder „sterben zu wollen“ (insbesondere im dritten Lebensalter“), offenbar aber weniger konkrete Suizidideen oder „Suizidgesten“, obgleich sie ja dann doch häufiger vor vollendete Taten stellen. Man sieht, dass Kapitel „Suizidideen“ ist tatsächlich überaus schwer zu fassen, auch wenn es vorbeugend ungeheuer wichtig wäre.

- **Risikogruppen**

Während also Suizidideen schwer fassbar sind, spricht die Bildung von *Risikogruppen* eine deutliche und damit konkret verwertbare Sprache. Besonders gefährdet sind demnach

1. affektive Psychosen (früher Gemütskrankheiten genannt, vor allem Depressionen, sehr selten und dann nur kurzfristig auch mal manische Hochstimmungen in meist kritischen psychosozialen Situationen). Affektive Störungen sollen bei etwa 70% aller Suizide registrierbar sein.
2. Alte und vereinsamte Menschen. Doch Vorsicht, nicht zu einseitig registrieren: Denn bei Jugendlichen bzw. Heranwachsenden ist beispielsweise der Suizid nach dem tödlichen Verkehrsunfall die zweithäufigste Todesursache.
3. Chronisch Kranke (vor allem mit Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht).
4. Alkoholabhängige (bis 14%, besonderes hohes Risiko nach 8 bis 10 Jahren Suchterkrankung).
5. Rauschdrogenabhängige (bis ein Drittel der „Drogentoten“ geht auf einen Suizid zurück, nicht selten aber auch noch schwer beweisbar).
6. Patienten mit einer Anorexie (Magersucht).
7. Schizophrene (besonders gefährdet junge Männer, vor allem mit höherem Bildungsgrad, nicht zuletzt aus Akademikerfamilien).
8. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (z. B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung bis zu 10%).
9. Weitere Risikofaktoren sind Suiziddrohungen und vorangegangene Suizidversuche (s. o.)
10. Problematisch ist das Risikoverhalten auch bei Menschen in Haft, besonders in der ersten Zeit (U-Haft).

Weitere, so genannte *soziale Variable* bringen hingegen wenig Klarheit bzw. praxis-relevante Vorbeuge-Erkenntnisse. Dies gilt vor allem für den *Beruf*. Dabei machen aber insbesondere „helfende Berufe“, also medizinisches Personal und nicht zuletzt Ärzte in puncto Suizidrisiko dann doch nachdenklich, wenn man die einzelnen statistischen Erkenntnisse studiert.

Problematisch ist auch das erhöhte Risiko für den Indikator „soziale Instabilität“, d. h. für *Geschiedene und Alleinlebende*. Eine entsprechende WHO-Studie ergab bei Suizidversuchen, dass sowohl die Hälfte aller Männer als auch Frauen nicht verheiratet waren.

Bedeutsam ist auch bei Suizidversuchen ein Wechsel in der sonst gewohnten *Lebenssituation* (z. B. vom familiären Zusammenleben bis zum Alleinleben, in jeweils etwa jedem zehnten Fall). In der Stadt finden sich übrigens mehr Suizidversuche als auf dem Land.

Was die *soziale Schicht* anbelangt, so finden sich Suizidversuche häufiger in so genannten einfacheren Kreisen mit niedrigerer Schul- und Berufsausbildung oder ohne Beruf (wobei allerdings statistisch zu bedenken ist: Grundschicht-Angehörige werden häufiger stationär aufgenommen und gehen dadurch eher in die Statistik ein, während sich in der Oberschicht offenbar gerade Suizidhandlungen besser kaschieren lassen).

Auch die Arbeitslosigkeit spielt eine Rolle, und zwar bei jedem fünften Mann und jeder zehnten Frau. Armut ist übrigens auch ein Suizid-Risikofaktor.

Bei allen diesen Daten handelt es sich aber um Suizidversuche. Eine Übertragung auf vollendete Suizide ist also nicht zulässig, aber immerhin als Hinweis zu werten, zumal am Schluss mehrerer Suizidversuche dann ja doch oft eine vollendete Selbsttötungs-Handlung steht.

Nachfolgend noch einmal eine stichwortartige Übersicht zum Thema Suizidalität, zusammengestellt von M. Wolfersdorf und MitarbeiterInnen aus der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ in der Arbeitsgemeinschaft Spezifische Psychische Erkrankungen des Nationalen Suizid Prävention Programms (NaSPro):

SUIZIDALITÄT:

BEGRIFF – DIAGNOSE – RISIKOBEDINGUNGEN – PRÄVENTION

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) versterben weltweit jedes Jahr etwa 1 Million Menschen durch Suizid; die Zahl der Suizidversuche wird auf 20 bis 50 Millionen jährlich geschätzt.

Suizidalität ist grundsätzlich bei jedem Menschen möglich. Das heißt es muss keine Erkrankung oder psychische Störung vorliegen.

Das „psychodynamische Spannungsfeld von Suizidalität“ ist weit. Folgende Aspekte außerhalb einer suizid-auslösenden Erkrankung (seelisch oder körperlich) können dabei eine Rolle spielen:

- Freizeit-Risiko mit erhöhter Gefahr des Versterbens, d. h. autoaggressives Verhalten mit suizidaler Intention (Absicht, zumindest einem tendenziellen Ziel) bzw. Inkaufnahme des Versterbens
- suizidales Verhalten als Ausdruck einer narzisstischen Krise, einer Selbstwertkrise als Ausdruck einer Aggression gegen sich selber
- altruistisch (selbstlos) erweiterter Suizid
- fremd-aggressiv erweiterter Suizid, z. B. Geisterfahrer bzw. „Mörder-Suizid“, Kamikaze-Selbstmord, Selbstmord-Kriegsführung
- Opfer-Suizid, d. h. sich für andere Menschen oder aus Überzeugung töten lassen
- Massensuizid als Kombination von Totschlag und Selbsttötung
- so genannter Freitod als Selbsttötung ohne seelische, körperliche und soziale Not

Dennoch besteht eine wissenschaftliche Übereinstimmung, dass im suizidalen Geschehen seelische Störungen eine bedeutsame Rolle spielen, insbesondere beim Suizid, also Selbsttötungshandlungen mit Todesfolge. Beim Suizidversuch (Parasuizid, suizidale Handlung ohne Todesfolge) liegt der Anteil psychischer Erkrankungen im engeren Sinne deutlich niedriger, aber ebenfalls nicht übersehbar.

Schließlich gibt es auch das gar nicht so seltene Phänomen, dass ein psychisch Kranker während seiner gesunden Zeit aus reiner – allerdings verzweifelter – nüchterner Schlussfolgerung zum Suizid-Entschluss kommt, weil er mittel- oder langfristig keine Aussichten mehr sieht. Beispiel: Schizophrenie, insbesondere männlichen Geschlechts und im jüngeren Lebensalter.

- **Begriffsbestimmung:** Suizidalität ist die Gesamtheit aller jener Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die selbst-destruktiven Charakter haben können und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen sowie aktiv oder durch Unterlassung anstreben.

Dabei kann man unterschiedliche „Typen“ von Suizidalität mit unterschiedlichem Handlungsdruck unterscheiden:

1. Ruhewünsche: ohne Versterbens-Intention

2. Todeswünsche: aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck
3. Suizid-Ideen: mehr oder minder konkret als mögliche Handlungsweise gedacht; häufig Ausdruck von Ambivalenz (unschlüssig), jedoch ohne konkreten Handlungsdruck, eher passiv
4. Suizid-Absichten: Suizid-Ideen mit konkreter Planung und Absichtserklärung zur Durchführung; als deutlicher Handlungsdruck erlebt
5. Suizid-Versuch: suizidale Handlung, die überlebt wird. Eine deutliche Todes-Intention und der Glaube, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen, sind oder waren vorhanden
6. Suizid: suizidale Handlung, die mit dem Tod des Durchführenden endet

Eine parasuizidale Handlung sieht aus wie eine suizidale Handlung. Die Selbst-Destruktion (-Zerstörung) hat jedoch kaum Todes-Intention, wenngleich die Gefahr des Sterbens in Kauf genommen wird. Dafür findet sich häufig ein ausgeprägter appellativer (eindringlich anmahnender) oder instrumenteller Charakter; es soll etwas erreicht werden oder es wird auf eine Veränderung abgezielt.

- Bei der **Diagnose von Suizidalität** muss man konkret nachfassen, d. h. direkt nachfragen. Daraus lassen sich dann die entsprechenden Handlungskonsequenzen abschätzen. Grundsätzlich: Suizidalität kann bei jedem Patienten zum Thema werden. Es ist aber selbst heute, trotz veränderter gesellschaftlicher Einstellung noch immer ein gesellschaftliches und individuelles Tabu-Thema. Hier liegt das Schweigen näher als das Reden darüber. Man ist deshalb auf ein Mindestmaß an Offenheit und Ehrlichkeit des Betroffenen angewiesen.

Grundsätzlich zu unterscheiden ist zwischen

- einer offensichtlich erkennbaren Suizidalität über die auch gesprochen wird
- einer Suizidalität, die von anderen berichtet wird (Mitpatienten, Angehörigen) oder auf die aufgrund des Verhaltens und bestimmter Äußerungen geschlossen werden muss und
- einer Suizidalität, die bei bestimmten Kriterien „möglich“ oder wahrscheinlich ist.

Grundlage zur Unterscheidung zwischen offensichtlicher und möglicher suizidaler Gefährdung ist das subjektive Erleben des Patienten. Dies muss aber auch deutlich (gemacht) werden.

Neben dem „Wissen um die Möglichkeit von Suizidalität“ geht es also vor allem um das *offene, direkte, ausführliche, ernsthafte und einfühlsame Gespräch mit entsprechenden Fragen*.

- **Risikobedingungen für Suizidalität** können sein:

1. Zugehörigkeit zu bestimmten Risikogruppen psychisch Kranker, z. B. Depressionen, Schizophrenie, Sucht
2. Risiko-Psychopathologie, z. B. Hoffnungslosigkeit, Resignation, Isolations-, Wertlosigkeits- und Schuldgefühle, Wahn, Halluzinationen (Sinnestäuschungen), Panikzustände u. a.
3. Suizidale Krisen oder Suizidversuche in der Vorgeschichte
4. Narzisstische Kränkungen
5. Schwierige soziale Situation, z. B. Isolation, Vereinsamung im Alter, Drogenproblematik in der Jugend, Langzeit-Arbeitslosigkeit, Zugehörigkeit zu Randgruppen, vor allem mit erhöhtem Pegel von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit
6. Biologische und soziale Krisenzeiten, die mit Veränderungsanspruch einhergehen; traumatische Krisen (seelische Verwundungen) mit dem Charakter des Ausgeliefertseins und des bevorstehenden Untergangs, z. B. biologische und psychologische Entwicklungen; Katastrophen; Schicksalseinbrüche mit offenen Perspektiven (existenzbedrohende Situationen); biografische Schwellenphänomene, allgemeine Zeiten und Situationen, die Krisencharakter aufweisen u. a.

Schlussfolgerung: Menschen, die diese Kriterien erfüllen, stehen grundsätzlich suizidalem Verhalten näher als andere, auch wenn konkrete Suizidgedanken oder -absichten nicht sofort und mit aller Deutlichkeit erkennbar sind.

- **Konkretes Handeln bei vorliegender Suizidalität** schließt folgende Aspekte ein:

1. Ausführliche Krisengespräche mit dem Angebot engmaschiger therapeutischer und pflegerischer Begleitung durch die Krise hindurch

2. Bei Weglauf-Gefahr oder bei fehlender Absprache- oder Bedürfnisfähigkeit (z.B. bezüglich eines stationären Aufenthaltes) soll eine engmaschige oder Einzelbetreuung rund um die Uhr durchgeführt werden, notfalls eine Unterbringung auf einer geschlossenen Station
3. Neben einer adäquaten Behandlung der Grundkrankheit (körperlich oder in seelischer Hinsicht, z. B. Depressionen, Schizophrenie, Suchtkrankheiten, Demenz u. a.) ist eine zusätzliche Behandlung mit niederpotenten und vor allem sedierenden (dämpfenden) Neuroleptika (Antipsychotika) bzw. Benzodiazepinen (Beruhigungs- und Schlafmittel) zu erörtern. Dabei auf ausreichende Dosierung achten. Ziel ist die Angstlösung, Entspannung, Sedierung, Schlafförderung sowie Dämpfung des suizidalen Handlungsdruckes

Vorsicht: manche Antidepressiva (stimmungsaufhellende Psychopharmaka) alleine verordnet können die Suizidalität u. U. sogar erhöhen

4. Häufige Gesprächskontakte mit jeweiliger Aufklärung von Suizidalität und Bündnisfähigkeit

- **Information:** Der Patient muss so bald als möglich in die zu treffenden Maßnahmen eingeweiht werden, um das notwendige hohe Maß an Zustimmung zu erreichen. Über alle Schritte ist er möglichst genau zu informieren. Das Gleiche gilt nach entsprechender Absprache aller Beteiligten beispielsweise in der Klinik für Art und Ausmaß der Kontakte zu Außenstehenden, z. B. Angehörige, Bekannte, sonstige Besucher

- **Über den Umgang mit Angehörigen und Patienten nach erfolgtem Suizid** gibt es ebenfalls konkrete Empfehlungen. Meist führt die Todesnachricht zu nachvollziehbarem Schock, aber auch zu Trauer, Wut, Zorn, Beschuldigungen u. a. Dies vor allem dann, wenn die Suizidalität bekannt oder vorhersehbar war. Deshalb müssen engmaschige Gespräche angeboten werden (auch mit Unterstützung der Krankenhauseelsorge). Siehe Kasten über „Schock und Trauer“

Die Therapeuten sollen keine Gegenvorwürfe erheben und Selbstvorwürfe von Angehörigen ernst nehmen. Dabei geht es insbesondere darum, den erschütterten Verwandten und Freunden die Verantwortung des Suizidenten selber für seine von ihm in dieser Situation getroffene Entscheidung zu verdeutlichen. Häufig sind die Angehörigen auch für ein Betreuungsangebot zum späteren Zeitpunkt dankbar, z. B. durch psychosoziale Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen

Auszug aus dem Beitrag von Prof. Dr. M. Wolfersdorf und allen angeführten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Kranken-

haus“ in der Arbeitsgemeinschaft Spezifische Psychische Erkrankungen des Nationalen Suizid Präventions Programms (NaSPro) in den entsprechenden Artikeln der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4/2005

Schock und Trauer

Sie stehen am Anfang eines Trauerprozesses, der viele widersprüchliche Gefühle und Gedanken bringen wird. Es kann sein, dass Sie sich wie unter einer Glasglocke fühlen und alles unwirklich erscheint oder dass Sie innerlich ganz stumpf sind oder gar nichts spüren. Es kann auch sein, dass Sie sich vor Schreck, Schmerz oder Scham wie zerrissen fühlen.

Wenn Sie in den kommenden Tagen und Wochen nicht schlafen können, stark frieren, nicht essen wollen, Kopf- und Gliederschmerzen haben, müssen Sie keine Angst haben, das sind normale Körperreaktionen auf den plötzlichen Tod eines nahestehenden Menschen. Auch heftiges Weinen, intensive Wut, starke Schuldgefühle und andauernde Fassungslosigkeit sind normale Reaktionen.

Es ist in der Regel nicht nötig, diese Gefühle und Reaktionen durch Beruhigungsmittel zu unterdrücken. Am besten helfen ihnen Menschen, die den Schock und die Trauer ohne Vorbehalte mit ihnen zusammen aushalten.

Auszug aus der Information „Wenn ein Mensch sich getötet hat - Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen“ des Nationalen Suizid Präventions Programms.

• HILFT DIE SEKTION BEI UNKLAREN SELBSTTÖTUNGEN WEITER?

Die Statistik des einleitenden epidemiologischen Kapitels (s. o.) wurde immer wieder durch die Bemerkung relativiert: Soweit exakt nachweisbar. Gemeint war die Sicherheit, mit der auf einen „Tod durch eigene Hand“ geschlossen werden konnte. Bei den *Suizidversuchen* ist es ja noch schwieriger. Dieses Problem wird in Zukunft eher zunehmen, trotz verbesserter Erfassungs-Methoden. Dies vor allem bei jungen Menschen mit Rauschdrogen-Konsum („goldener Schuss“?) und bei Älteren (siehe verwitwete Männer u. a.) mit der Frage, wie weit sich der Betreffende durch die verordneten Medikamente bewusst selber in Lebensgefahr gebracht hat. Kurz: Für die rasche und konsequente Klärung eines (auf jeden Fall mysteriösen) Todesfalles sind zwar alle verfügbaren Maßnahmen unumgänglich, vor allem aber einige, die in der All-

gemeinheit eher für Skepsis, ja Abscheu und damit Ablehnung sorgen. Dazu gehört nicht zuletzt die Sektion, Obduktion oder Leichenöffnung.

Die **Sektion, Obduktion, Autopsie, Nekropsie oder Leichenöffnung** dient der Feststellung einer Krankheits- oder Todesursache. Daneben hat sie auch wissenschaftliche Aufgaben, die vor allem die Gerichtsmedizin, Rechtsmedizin oder forensische Medizin wahrnimmt.

Die Sektion erfordert grundsätzlich die vorherige Einwilligung des Verstorbenen oder später die seiner Hinterbliebenen. Sie ist gesetzlich vorgeschrieben, aber nur auf jeweilige richterliche Veranlassung, vor allem wenn die Todesursache bei Verdacht eines nicht natürlichen Todes durch bloße Leichenschau nicht exakt genug festgestellt werden kann.

Nach § 87 StPO wird die Sektion von zwei Ärzten vorgenommen, von denen einer Rechtsmediziner sein muss. Auch Staatsanwaltschaft und Richter können daran teilnehmen.

Über die Möglichkeiten, Grenzen, vor allem aber konkreten Aufgaben referierte in der *Suizidprophylaxe 3/4 (2005)* Dr. H. J. Bratzke vom Institut für Forensische Medizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt.

Dabei begann er mit einer überraschenden Feststellung: Die Todesursachen-Statistik der Bundesrepublik Deutschland beruht auf Angaben der Ärzte bei der Leichenschau sowie den vorherigen Erkenntnissen während ärztlicher Diagnose und Therapie. Das reicht in der Regel aus, aber nicht immer. Gesicherte Ergebnisse lassen sich nur durch eine Leichenöffnung (siehe Kasten) erreichen, und die findet sich lediglich in etwa 5% der Fälle.

Unklar sind vor allem Selbsttötungen (siehe auch das vorangegangene Kapitel, insbesondere im höheren Lebensalter). Gerade dort ist mit einer nicht unerheblichen Fehl-Erfassung zu rechnen, wie sich die Experten ausdrücken. Dies liegt insbesondere daran – so H. J. Bratzke – dass den zu Hause Verstorbenen, die sich aber selber getötet haben ohne äußerlich sichtbare Spuren zu hinterlassen (das sind in der Regel vor allem Vergiftungen), entweder bei bekannter Krankheitsvorgeschichte und höherem Lebensalter ein „natürlicher Tod“ attestiert oder nach Einschaltung der Ermittlungsbehörden bei ungeklärter Todesart das staatsanwaltliche Todes-Ermittlungsverfahren eingestellt wird, weil sich keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine strafbare Handlung ergeben. Oder kurz: Selbst in Verdachtsfällen erfolgt oft kein weiterer klärender Schritt, wenn er sich für die Entscheidungsträger und Anverwandten nicht als zwingend aufdrängt.

Diese ungeklärten Todes-Ursachen und Todes-Arten sind nicht selten. Sie stellen sogar eine vergleichsweise hohe Zahl dar im Verhältnis zur „vorsätzlichen Selbstbeschädigung“, also dem offenkundigen „Tod von eigener Hand“, wie schon der Name sagt (Suizid = lateinisch: sua manu caedere = durch eigene Hand fallen bzw. gefällt werden).

Denn es können nicht nur unklare Todes- bzw. Suizidfälle dadurch verschleiert werden, bei denen offenkundig nur der Betroffene beteiligt war, es gilt nicht selten noch weitere Fragen zu klären. Beispiele: Wie steht es mit Suiziden in Haftanstalten? Gibt es einen Zusammenhang mit Erkrankung oder Tod und einer vorausgegangenen ärztlichen Behandlung, die hier näher untersucht werden müsste? Und vor allem: Liegt ggf. eine erweiterte Selbsttötung vor, konkret auch als „Mitnahme-Selbstmord“ bezeichnet (s. u.)?

Was die Sektion alles aussagt

Zwischen 1949 und 2005 wurden beispielsweise im Institut für Forensische Medizin der Universität Frankfurt über 6.000 gerichtliche Leichenöffnungen vorgenommen. Mehr als 10% davon waren Selbsttötungen. Dreiviertel wurden von Männern verübt. Dies insbesondere in den ersten vier Lebensjahrzehnten (5 : 1!), während ab dem 50. Lebensjahr sich das Geschlechtsverhältnis langsam angleicht. Bei den über 90-Jährigen kehrte sich das Verhältnis dagegen um (mehr Frauen). Der jüngste Suizident war 11, der älteste 97 (beide Tod durch Erhängen).

Bei den *Suizidarten* stand an erster Stelle die Strangulation (in der Regel durch Erhängen, seltener durch Selbst-Erdröseln). Als Tötungs-Werkzeuge dienen dabei nicht nur Seile, sondern auch Bettbezüge, Kleidung, Schnürsenkel u. a. Hier überwiegen vor allem Männer. Danach kommen Vergiftungen (meist durch handelsübliche Medikamente, ganz selten durch Pflanzen- oder Metallgifte). Auch hier überwiegt das männliche Geschlecht, Frauen aber schon deutlich mehr als bei den anderen Suizid-Methoden.

Bei den so genannten „Einwirkungen durch stumpfe Gewalt“ stehen an erster Stelle der Sturz aus der Höhe (meist vom Hausbalkon oder aus Fenstern) sowie „Kollisionen mit Schienenfahrzeugen“ (Zug, U- oder S-Bahn). Auch hier besonders das männliche Geschlecht, Frauen aber auch nicht selten. Weitere Einzelheiten zu Sturz und Sprung siehe die spezifischen Kapitel später.

Die Verfügbarkeit von Waffen (vor allem aus beruflichen Gründen) grenzt diese Suizid-Art (überwiegend Männer) deutlich ein. Relativ selten sind auch Ertrinken, „scharfe Gewalt“ (sich selber erstechen), Ersticken, Brand und Strom.

Interessant der Hinweis des Gerichtsmediziners: Keine Rolle spielen mehr Kohlenmonoxid-Vergiftungen durch Abgase, da der Co-Gehalt bei modernen Fahrzeugen so niedrig liegt, dass eine unentdeckte Vergiftung trotz stundenlangen Laufenlassens des Motors (Benzinmangel!) kaum mehr möglich ist. Auch die moderne Sicherheitstechnik (FI-Schalter) hat die Todesfälle durch elektrischen Strom (Föhn in der Badewanne) drastisch reduziert. Bemerkenswert, welche positive Auswirkungen Umwelt- und Sicherheitstechnik dann auch auf Gebieten haben, die der Allgemeinheit kaum auffallen dürfte.

Der erweiterte oder „Mitnahme-Suizid“

Dagegen hat sich ein anderes Phänomen offenbar in der Vordergrund geschoben, ist jedenfalls aufmerksam zu beobachten: der *erweiterte Suizid* oder „*Mitnahme-Suizid*“.

Im Gegensatz zur bisher vorherrschenden Lehrmeinung (s. o.) handelt es sich bei den Frankfurter Untersuchungsfällen überwiegend um Männer zwischen 40 und 70 Jahren, zumeist im 5. Lebensjahrzehnt. Doch auch bei älteren Männern sollte man sich nicht täuschen lassen.

Die Täter im Rahmen des erweiterten Suizids nahmen sich in der Regel durch Erschießen das Leben, gefolgt von Erhängen, Schnitt, Vergiftung und sogar Selbstanzündung. Die wohl zumeist ahnungslosen Opfer eines „Mitnahme-Suizids“ wurden ebenfalls zumeist erschossen, aber auch erdrosselt, vergiftet oder durch Stich bzw. Schnitt zu Tode gebracht.

Wer sich angesichts dieser schrecklichen Tat fassungslos fragt, wie so etwas möglich ist, wird von den Gerichtsmedizinern auf drei Ursachen-Schwerpunkte verwiesen:

- Zum einen sind es vor allem Männer im mittleren Lebensalter, die aus subjektiver Sicht in ihrer Lebensplanung gescheitert sind und wegen des drohenden Verlustes der gesellschaftliche Reputation und des Sozialstandards meinen, ihrer Familie ein Leben „in Armut und Schande“ ersparen zu müssen und sich und dann die Angehörigen töten.
- Eine zweite, eher neue und nicht kleine Gruppe sind ältere Männer, die ihre über lange Jahre mit ihnen verbundene Ehefrau aus Angst vor drohender und tatsächlicher Krankheit töten, um ihr ein „schlimmes Schicksal“ zu ersparen.
- Die letzte und offenbar inzwischen wohl kleinste Gruppe (in den Lehrbüchern aber häufig noch als wichtigste angeführt) sind depressive Frauen, die aus dem Leben scheiden und dabei ihr Kind oder ihre Kinder „mit-

nehmen“. Zum einen sind sie der Meinung, sie könnten ohne ihre Mutter ohnehin nicht weiter existieren. Zum anderen färbt die eigene Schwermut auch das Schicksal der ja gesunden und ahnungslosen Kinder negativ ein, d. h. die depressiven Mütter erlösen nicht nur sich, sondern auch ihre „unglücklichen“ Kinder von dem in ihren Augen gemeinsamen(?) hoffnungslosen Schicksal.

Hier vor allem spielte sich früher und wohl auch in Zukunft die Tragik erst im Weiteren ab: Die Kinder sterben in der Regel, die depressive Mutter überlebt, kommt in fachärztliche Behandlung, übersteht die „meist endogene, also biologisch ausgelöst und deshalb ohnehin in der Regel sich wieder aufhellende, Depression – und steht dann als wieder gesunde Frau vor einer Tat, die sie selber nicht verstehen kann und die ihr weiteres Leben auf das Schwerste überschatten wird.

Der „Mitnahme-Selbstmord“ ist also in der Mehrzahl der Fälle keine „ruchlose Tat“, sondern eine Verzweiflungsreaktion. Das ändert aber nichts an den Folgen und sollte eher das jeweilige Umfeld sensibilisieren, dass sich hier nicht nur ein Einzelner umbringen, sondern auch das Leben im näheren Umfeld bedroht sein könnte.

Das wiederum lässt den Schluss zu, dass es vor allem seelische Störungen sind, und hier insbesondere Depressionen, aber auch Suchterkrankungen (Alkoholismus, Rauschdrogen) u. a., die lebensmüde machen und folgenschwere „Lösungen“ einleiten.

Rechtzeitiges Erkennen, Verstehen, Betreuen und insbesondere gezieltes Behandeln täte also Not. Dies geschieht zwar auch in einer wachsenden Zahl von Fällen, allerdings nicht immer mit der notwendigen Konsequenz, speziell was die Einnahmезuverlässigkeit der verordneten Medikamente (in der Regel Psychopharmaka, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben) anbelangt. Die Gerichtsmediziner können nämlich aufgrund chemisch-toxikologischer Analysen gar nicht so selten feststellen, dass von dem ärztlich verordneten Medikament kaum mehr ein objektivierbarer Medikamenten-Spiegel im Blut nachweisbar ist (was sich nebenbei auch durch eine Haaranalyse erkennen lässt).

Oder kurz: Die Betroffenen waren zwar in Therapie, haben aber – bewusst oder unbewusst – die medikamentöse Behandlung vernachlässigt und gerieten dadurch jetzt doch wohl mehr oder weniger selbstverschuldet in suizidale und damit tödlicher Gefahr. Und dies ggf. vielleicht auch noch für Andere, Ahnungslose.



Leichenöffnung zunehmend verzichtbar oder kommt auf eine entdeckte Tötung eine unentdeckte?

Die Anordnung einer Leichenöffnung geschieht durch die Staatsanwaltschaft bzw. den Richter nach den §§ 87-91 der Strafprozessordnung Nr. 33-38 der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren.

In der Regel werden Selbsttötungen nicht gerichtlich obduziert, wenn sich keine Anhaltspunkte für eine strafbare Handlung ergeben. Das ist nachvollziehbar. Die Entscheidung hängt dann aber doch mehr oder weniger von der subjektiven Einstellung der zuständigen Behörden ab. In der Vergangenheit war man hier etwas konsequenter (wohl auch unter dem Eindruck von vorgeblichen erweiterten Suiziden, die sich dann allerdings als Doppeltötungen herausstellten, d. h. beide waren einverstanden, gemeinsam aus dem Leben zu scheiden).

In der Zwischenzeit mehren sich vor allem verfassungsrechtliche Bedenken. Das Stichwort lautet: „ungerechtfertigte gerichtliche Leichenöffnung als Eingriff in die fortwirkenden Persönlichkeitsrechte“. Das ist – so die Gerichtsmediziner – sicher zu akzeptieren. Andererseits haben sie aus eigener Kenntnis, d. h. überwiegend Zeitungsmeldungen den Eindruck, dass erweiterte Selbsttötungen nicht seltener geworden sind, eher das Gegenteil. Deshalb ihr Argument:

„Man muss sich fragen, ob der zunehmende Verzicht auf dieses Instrument (gemeint ist die Obduktions-Anordnung) nicht über kurz oder lang zur Zunahme verdeckter Tötungen führt. Schon jetzt wird nach vorsichtigen Hochrechnungen (...) davon ausgegangen, dass auf eine entdeckte Tötung eine unentdeckte kommt. Das würde für die Bundesrepublik Deutschland etwa 1.000 Tötungen pro Jahr bedeuten, unter denen sich dann zweifellos auch vermehrt kaschierte (verdeckte) Suizide befinden werden“.

Aus Dr. H. J. Bratzke vom Institut für Forensische Medizin der Universität Frankfurt, *Suizidprophylaxe 3/4 (2005)*.

• SUIZID IM GEFÄNGNIS

„Diese Akte könnt Ihr für immer schließen. Ich werde nie mehr rückfällig“, versprach ein Gefangener auf einem Blatt Papier – und erhängte sich in seiner Zelle. Ein „trauriger Triumph, der nach Verzweiflung und Bitterkeit aussieht

und sich in Sarkasmus zu retten versucht“, folgerte Katharina Bennefeld-Kersten vom Kriminologischen Dienst Celle in ihrem Beitrag „Warum ist Suizidprävention im Bereich des Justizvollzugs wichtig?“

Gefängnis-Suizide nehmen offenbar zu, spielen aber weder im Meinungsbild der Öffentlichkeit noch in der Forschung eine Rolle. Das eine ist wohl verständlich, das andere sollte sich ändern. „Möglich, dass bei einer vergleichbar hohen Suizidrate bei Soldaten der Bundeswehr mehr Forschungsaktivitäten entwickelt würden als dies für Suizide von Gefangenen der Fall ist“, meint die Kriminalbeamtin – wahrscheinlich nicht zu Unrecht. Was spielt offensichtlich eine Rolle?

Das Dilemma der Bediensteten in Vollzugsanstalten

Es ist keine Frage: Die Bediensteten in Vollzugsanstalten sind als unmittelbare Kommunikationspartner entscheidend für das Klima einer Anstalt bzw. das Umgehen miteinander. Sie stehen neben den Mitgefangenen am ehesten als Ansprechpartner zur Verfügung – oder auch nicht. Damit können Sie auch eine suizidale Entwicklung in die eine oder andere Richtung beeinflussen – bewusst oder unbewusst.

Man darf es sich aber auch nicht zu leicht machen. So kann man es der Allgemeinheit eher nachsehen, die der Meinung ist, jetzt hätte der Täter endlich einmal Zeit, über die Unrechtmäßigkeit seiner Tat nachzudenken. Denn im Gefängnis kollidiert die Fürsorgepflicht des Staates mit dem Selbstbestimmungsrecht des Gefangenen. Damit laufen die dortigen Bediensteten Gefahr, sich strafbar zu machen, wenn sie jene Entscheidungs- und Handlungsfreiheit, die jeder Gesunde und vor allem nicht inhaftierte Bürger für sich in Anspruch nehmen kann, auch den ihnen anvertrauten Gefangenen übertragen. Wer dort die individuelle Entscheidungsfreiheit für ein hohes Gut hält, gerät in Schwierigkeiten, wenn der Gefangene sich umgebracht hat und einige Fragen offen bleiben.

Man muss also entsprechende Sicherungsmaßnahmen ergreifen. Und die hören sich unter Umständen unmenschlich an: Das geht von der andauernden Beobachtung über die Unterbringung in einen besonderen Haftraum bis zur Fesselung. Wer macht so etwas schon gerne – aber was tun? Denn Gefangenen-Suizide werden zunehmend zum juristischen Problem. Besonders in den USA kommt es immer häufiger zu entsprechenden Anklagen der Angehörigen wegen mangelnder Aufsichts- und Sorgfaltspflicht. Das könnte sich auch in Europa fortsetzen, meint die Kriminologin. Denn:

In europäischen Gefängnisse sterben mehr Menschen durch Suizid als in Freiheit

Nach entsprechenden Untersuchungen (U. Braun: Der Gefängnis-Suizid in Europa, FU Berlin, 2000) sind die Suizidraten in Gefängnissen fast aller Länder Europas durchweg höher als in der Allgemeinbevölkerung. Deutschland liegt bei den Gefängnis-Suiziden im Mittelfeld. Während jedoch die Suizidrate von nicht-inhaftierten Männern in Deutschland abgenommen hat, ist sie im Gefängnis gestiegen. Das findet sich auch in anderen Nationen (z. B. Österreich und der Schweiz). Nachuntersuchungen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: teils ebenfalls eher Rückgang, aber auch wieder eine Tendenz zum Anstieg.

Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Männer. Der Jüngste in obiger Untersuchung war 16, der Ältteste 75. Alarmierend ist die relativ kurze Haftzeit bis zum Suizid. In einigen Fällen sogar noch am Tag der Einlieferung, dann eine sprunghaft wachsende Zahl während der ersten drei Hafttage und schließlich das Maximum in den ersten drei Monaten. Das stellt zwei Ursachen-Modelle zur Diskussion:

- Gehört das Suizidrisiko im Gefängnis zur Persönlichkeitsstruktur des Gefangenen (Fachbegriff: Importation) oder
- entsteht das Suizidrisiko durch die Bedingungen und Folgen der Inhaftierung (Deprivation)?

Was sagt die dafür zuständige wissenschaftliche Disziplin, die Kriminologie?

Die **Kriminologie** ist eine interdisziplinäre Wissenschaft (an der also mehrere Fachbereiche beteiligt sind), die sich mit dem Verbrechen und der Kriminalität, der Persönlichkeit des Rechtsbrechers und der Verbrechenskontrolle beschäftigt. Dazu gehört auch die Viktimologie, die Lehre von den Verbrechenopfern. Wichtige Arbeitsgebiete sind die Kriminalprognose (wie geht es weiter?), die Verbrechensvorbeugung, die Sanktionierung (Zwangmaßnahmen) und die Behandlung des Rechtsbrechers. Außerdem Erfolgsmessung und Strafrechtserneuerung.

Die Frage lautet: Ist der Gefängnis-Suizid der gewaltsame Akt eines Menschen, der Stress mit Gewalt beantwortet oder ist er Ausdruck von Einsamkeit und Verzweiflung bzw. das Ergebnis nüchterner Abwägung? Außerdem: Ist es die Tat eines gesunden und damit handlungsfähigen Menschen oder die Reaktion eines psychisch instabilen, der in einer gewaltträchtigen Umgebung keine Handlungs-Alternativen mehr sieht? Frau Bennefeld-Kersten erläutert die beiden Arbeitshypothesen wie folgt:

– Deprivation: Das Gefängnis – eine suizidfördernde Institution?

Es ist keine Frage und jeder kann es sich vorstellen: Das Leben im Gefängnis wird durch eine Vielzahl von Einschränkungen, Verboten und Vorschriften beherrscht. Der zwischenmenschliche Kontakt reduziert sich auf Justizangehörige und Mitgefangene. Die ersten Kontakte sind geprägt von Distanz, Vorsicht und Misstrauen, ja Feindseligkeit. Dazu kommen die Folgen der Straftat und der Inhaftierung, über die man jetzt tatsächlich reichlich Zeit zum Nachdenken hat, zumeist allein. Die bisher tragenden Einflussgrößen sind weitgehend wertlos geworden: persönliches Ansehen, materielle Basis, Leistung, Erfolg, Geschick, Beziehungen u. a. Die bis zur Inhaftierung entscheidende feste Sozialstruktur ist so gut wie aufgelöst. Nichts lässt sich mehr so beeinflussen und steuern wie bisher. Dazu kommt der Verlust von vertrauten Menschen, gewohnter Umgebung und hilfreichen Alltäglichkeiten. Dafür irritieren Fremde, und zwar in unvermeidbarer Nähe – und was für Fremde...

Ist also das Gefängnis ein Kernbereich suizidbegünstigender Einflüsse? Dabei spielen die baulichen Faktoren sogar eine geringere Rolle als die Mitgefangenen und vor allem die Folgen der Inhaftierung und Haft. Gibt es also gefängnisspezifische Risikofaktoren.

Nach einer entsprechenden Untersuchung von Suizidopfern im Gefängnis (Literaturhinweise im zitierten Beitrag) kam es in mehr als 80% der Fälle in den letzten drei Monaten vor dem Tode zu vorangegangenen negativen Erlebnissen: Am häufigsten berufliche Probleme, familiäre Konflikte, finanzielle Einbußen, Arbeitslosigkeit und Trennung. Das sind (auch) die wichtigsten Folgen der Inhaftierung für fast jeden Gefangenen.

Es gibt aber auch Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Einschüchterung durch andere Gefangene und Suizidalität. Wer ernsthaft drangsaliert wird, zeigt offenbar ein erhöhtes Suizidrisiko.

Vielleicht auf den ersten Blick weniger bedeutsam, als schleichender und vor allem heimlich wachsender Belastungsfaktor aber sicher nicht ohne Konsequenzen gelten zudem extremer Reizentzug im Gefängnis und die Konfrontation mit dem eigenen Versagen. Depressivität und suizidale Entwicklung sind auch eine Art persönliche Anpassungs-Strategie, wenn auch kaum konstruktiv und zur Problemlösung beitragend. So nimmt es nicht Wunder, dass man wissenschaftlich enge Zusammenhänge fand zwischen Depression, dem Ausmaß der Hoffnungslosigkeit und dem Grad der Suizidgefahr. Oder kurz: „so nicht weiterleben wollen“.

Andererseits kann auch der geordnete Tagesablauf, die unausweichliche Nähe von Menschen und das „Versorgtwerden“ Halt vermitteln, gibt Frau Bennefeld-Kersten zu bedenken. Es mag zwar nicht für jeden gelten, aber sicherlich auch nicht für nur wenige. „Draußen“ kann man sich eher in der Ein-

samkeit verlieren, im Gefängnis wird man wenigstens immer wieder „aufgespürt“. Hier liegt dann auch eine präventive und rehabilitative Chance, die allerdings eine entsprechende Schulung des Personals und damit Betreuung des „Klienten“ voraussetzt.

– Importation: Sind Straftäter schon potentielle Selbstmörder?

Es ist eine alte Lehrbuch-Weisheit der Psychiatrie: Menschen mit psychischen Störungen zeigen eine wesentlich höhere Gefährdung für Suizide und Suizidversuche, als seelisch Gesunde. Das ist bei Gefangenen nicht anders. Hier herrscht allerdings noch Forschungsbedarf. Die Fragen lauten: Welchen Einfluss haben seelische Labilität und/oder wo droht auch ein Suizid bei zwar seelisch Robusten mit aber wiederholten straffälligen Auffälligkeiten und entsprechender (auch juristisch gesteuerter) Zukunfts-Perspektive. Wahrscheinlich gibt es Überlappungen zwischen beiden Gruppen, vor allem was die Bereiche Gemüt, emotionale Kontrolle, Missbrauch von Alkohol und Drogen, Impulsivität, Risikobereitschaft und kognitive Eigenschaften (geistiges Niveau, Denkmuster u. a.) anbelangt.

Auf jeden Fall nimmt es nicht Wunder, dass der Anteil psychisch auffälliger Personen unter den Gefangenen, insbesondere den Untersuchungsgefangenen, erhöht ist. Man spricht sogar davon, dass es rund Dreiviertel betrifft, was wissenschaftlich sicher noch ausdiskutiert werden muss. Fasst man verschiedene Studien zusammen (und kommt dabei aus 12 Ländern auf rund 23.000(!) Gefangene), findet man bei Männern immerhin 3,7% psychotische Erkrankungen (also Geisteskrankheiten, zumeist Schizophrenien), bei 10% schwere Depressionen und in 42% der Fälle Persönlichkeitsstörungen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Mit anderen Worten: Auch und gerade Straftäter scheinen in hoher Zahl psychisch auffällig und damit auch anfällig zu sein. Dass ein Gefängnis-Aufenthalt hier dann seine eigenen Belastungen (und Gefahren) mit sich bringt, liegt auf der Hand. Die Frage lautet deshalb:

Was muss geschehen?

Suizide in Gefängnissen haben also verschiedene Ursachen, vor allem auch auf unterschiedlichen Ebenen. Oder wie es die Kriminologin K. Bennefeld-Kersten ausdrückt: „Die Kombination von speziellen Ereignissen und Inhaftierungsfolgen mit spezifischen Verletzbarkeiten eines Individuums vor dem Hintergrund deutlich reduzierter Handlungs-Alternativen zur Problembewältigung kann für Einzelne tödlich sein.“ Oder kurz: Seelisch instabil plus Gefängnis-Bedingungen sind eine Belastung besonderer Art, die nicht jeder durchhält.

Leider wissen wir in diesem Punkt noch viel zu wenig, insbesondere in Deutschland. Hier herrscht noch – wie erwähnt – Forschungsbedarf. Das bezieht sich nicht nur auf die Inhaftierten, das betrifft auch die Bediensteten. Gerade hier könnte man viel nützliche Hinweise erhalten – sofern man sie sammeln, sichten, wissenschaftlich auswerten und nützlich umzusetzen versuchte. Natürlich gibt es jetzt schon Konzepte zur Suizidprävention im Gefängnis, aber in der Regel nur für die jeweilige Anstalt, höchstens für das eigene Bundesland.

Auch gilt es ein weiteres Phänomen zu erkennen, ja zu akzeptieren, wenn man fairerweise alle Seiten berücksichtigt: Sollte nämlich eine erhöhte Anzahl von Suiziden in den Gefängnissen objektiverbar werden und die Medien beschäftigen, dann könnten die zuständigen Stellen unter Druck geraten (warum, wieso, was spielt sich hier ab, warum wurde darauf nicht rechtzeitig geachtet u. a.?).

Allerdings scheint sich hier eine Wandlung abzuzeichnen. Inzwischen wollen alle Bundesländer Informationen über die Suizide in ihren Gefängnissen für Forschungszwecke weitergeben. Ein Nationales Suizidpräventionsprogramm und eine entsprechende Arbeitsgruppe „Justizvollzug“ beschäftigt sich über alle Ländergrenzen hinweg mit einer Fragestellung, die bisher kein Thema war. Warum, das hat viele Gründe (und ein suizidfreies Gefängnis wird es nie geben können).

Und zum Schluss eine auch wissenschaftlich kontrovers diskutierte Überlegung, die schon eingangs anklang: Könnte bei dem Thema „Suizid im Justizvollzug“ nicht auch (ein wenig) „Vergeltungsbedürfnis“ mit hereinspielen. Oder konkret: Dass man jenen, die sich schuldig gemacht haben, halt auch keine besondere Zuwendung angedeihen lässt? Das wird sicher von vielen Seiten heftig bestritten. Die mit der „Psychologie des Alltags“ Vertrauten haben aber dabei ihre eigene, stille Meinung.

Auf jeden Fall: Auch im Gefängnis ist jeder Suizid und von wem auch immer eine Selbsttötung zu viel, schließt die Kriminologin Katharina Bennefeld-Kersten ihren Beitrag in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* ab.

• GESCHLECHT UND SUIZID

Das Geschlecht rückt in das Zentrum des Interesses. Diesmal allerdings nicht im herkömmlichen Sinne. Bisher war es die Frau, die bei geschlechtsspezifischen Fragen im Mittelpunkt stand. Jetzt wird es zunehmend der Mann – und zwar im kritischen Sinne. Die Fachbegriffe – natürlich englisch – lauten

„Gender“ und „Gendermainstreaming“. Sie mögen zwar noch den Fachkreisen vorbehalten sein, doch die Massenmedien werden bereits konkret: Das männliche Geschlecht ist zwar einerseits „gesellschaftlich privilegiert, leidet aber andererseits zunehmend an Rollenkonfusion und Stress“, wie die Privatdozentin Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler von der Psychiatrischen Klinik der Universität München in einem Beitrag für die *Suizidprophylaxe* ausführt (Heft 3/4/2005).

Und sie zitiert die Medien mit Schlagworten wie: Der Mann als Mangelwesen der Natur, der dem Untergang geweiht ist; über die neu entdeckte Andropause des Mannes; über die Inkompetenz der Väter und (damit?) der Schuljungen sowie über das Überflüssigwerden der Männer. „Der Mann ist zur Comedy-Figur geworden und belegt damit die These von der Krise der Männlichkeit.“. Ist das nur das Produkt medialer Überziehung, wie üblich (Schlagworte vor seriösem Inhalt)? Frau Möller-Leimkühler geht Fakten nach:

Männer haben eine durchschnittlich 8 Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen; zwei Drittel aller Notfallpatienten sind Männer; drei Viertel aller Suizide werden von Männern begangen; drei Viertel aller Mordopfer sind Männer; zwei Drittel aller Schulwiederholer sind Jungen; das Verhältnis von Männern und Frauen in Gefängnissen ist 25 : 1 – und so weiter, und so weiter. Denn auch Depressionen, Ess- und Suchtstörungen sowie Verhaltensstörungen und Gewaltdelikte rekrutieren sich zunehmend oder bereits überwiegend aus dem männlichen Geschlecht.

Die Soziologen halten sich allerdings bedeckt, von einer „gesellschaftlichen Krise des Mannes“ zu reden ist ihnen derzeit noch zu riskant. Doch es sollte eben nicht nur eine Frauen-Gesundheitsforschung, sondern auch eine Männer-Gesundheitsforschung geben, was sich allerdings zusehends etabliert. Dies vor allem für das Hauptthema dieses Beitrags in der entsprechenden Fachzeitschrift, nämlich „Suizidrisiko und Männlichkeit“.

Suizid als männliches Phänomen

Männer sind häufiger von Suizid betroffen, wie bereits eingangs ausgeführt. Und zwar in allen Altersklassen und bei den Hochbetagten noch einmal besonders. In der westlichen Welt liegt das Verhältnis bei etwa 3 : 1. In Osteuropa und vor allem Russland soll der Suizid bei Männern die häufigste Todesursache sein.

Männer begehen aber nicht nur häufiger Suizid, sondern haben auch ein höheres Sterberisiko aufgrund anderer Erkrankungen: 5-mal häufiger an Herzinfarkt, 3-mal häufiger an Lungenkrebs und Verkehrsunfällen sowie 2-mal häufiger an Leberzirrhose.

Bei den Depressionen und der damit verbundenen Suizidgefahr sind besonders die beiden Alterspole betroffen, nämlich junge und alte Männer.

Frau Dr. A. M. Möller-Leimkühler zitiert folgende Risikofaktoren für Männer, die alleine oder gemeinsam auftreten können. Besonders gefährlich sind demnach:

- frühere Suizidversuche in der jeweiligen Lebensgeschichte (gilt für Männer und Frauen gleichermaßen)
- seelische Störungen. Das gilt ebenfalls für Männer und Frauen gleich; allerdings für (junge) Männer vor allem bei Alkohol- und Rauschdrogen-Abhängigkeit, bei Persönlichkeitsstörung (im Sinne der Soziopathie) und Schizophrenie) besonders
- chronische körperliche Erkrankungen (führt bei beiden Geschlechtern zu einem erhöhten Depressions- und damit Suizidrisiko, hier allerdings vor allem bei alten Männern verstärkt)
- Homosexualität (2- bis 3-fach erhöhtes Suizidrisiko bei jungen Männern)
- Zugehörigkeit zu speziellen Berufsgruppen (Ärzte, Zahnärzte, Pharmazeuten, Polizisten mit entsprechendem Berufsstress und besserem Zugang zu spezifischen Suizidmethoden, z. B. Waffen)
- Arbeitslosigkeit (2- bis 3-fach erhöhtes Suizidrisiko, vor allem bei Männern)
- Scheidung und Trennung (2-fach erhöhtes Suizidrisiko bei verwitweten und geschiedenen Männern im Vergleich zu Frauen) sowie
- geringeres Einkommen oder Pensionierung (wohl überwiegend bei Männern).

Vom Stereotyp der traditionellen Maskulinität bis zu Männlichkeits-Indikatoren

Dass das Geschlecht als gesellschaftliches Prinzip eine große Rolle spielt, muss nicht weiter diskutiert werden. Das gilt sowohl für die gesamte Gesellschaft als auch für den Einzelnen. Durch die unterschiedlich strukturierten Geschlechtsrollen entstehen aber auch unterschiedliche psychosoziale Belastungen. Und damit eine unterschiedliche Anfälligkeit gegenüber Stress sowie eine unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung entsprechender Krankheitszeichen. Das betrifft die Frau, aber – zunehmend von Interesse – den Mann bzw. das so genannte „Stereotyp der traditionellen Maskulinität, das seit

etwa 200 Jahren immer noch eine wirkungsmächtige Ideologie darstellt“ (A. M. Möller-Leimkühler).

Wie äußert sich das konkret? Vor allem durch eine „normative Leistungs- und Erfolgsorientierung“. Im Weiteren Macht- und Dominanzstreben, Mut, Unabhängigkeit, Wettbewerbsorientierung, Rationalität, Aktivität, Kontrolle, Unverletzlichkeit. Die männliche Rolle – so die Wissenschaftlerin – erfordert die Bewältigung von Gefahren, Bedrohungen und Schwierigkeiten, und zwar ohne dass die damit verbundenen Ängste und Probleme wahrgenommen werden oder zugegeben werden dürfen. Emotionalität, also die Gefühlswelt ist für Männer streng codiert: sozial akzeptiert sind Aggressivität, Ärger, Feindseligkeit und ausagierendes Risikoverhalten. Nicht geduldet werden „weibliche“ Gefühle wie Schwäche, Hilflosigkeit oder Traurigkeit (was schon die männliche Jugend zu kompensieren lernt).

Der amerikanische Forscher H. Goldberg hat eine Reihe von so genannten **Männlichkeits-Indikatoren** aufgestellt. Danach ist man umso männlicher, je weniger Schlaf man braucht, je mehr Schmerzen man ertragen kann, je weniger man sich um seine Ernährung kümmert, je mehr Alkohol man verträgt, je seltener man andere um Hilfe bittet, je weniger man von anderen abhängig ist, je besser man seine Gefühle kontrollieren kann, je weniger man auf seinen Körper achtet und – so die Autorin selber – je weniger man über persönliche Gefühle spricht.

Was hat das für Folgen? Die traditionelle männliche Sozialisation (also die „Vergesellschaftung eines Individuums“) produziert eine gemütsmäßige Hemmung, die schon früh eingeübt wird und mit wachsendem Alter noch zunimmt. Emotionale Gehemmtheit führt aber zu psychosomatischen Folgen (seelischen Störungen, die sich körperlich äußern, trotz nachgewiesener organischer Gesundheit). Obwohl Männer über keine bessere Gesundheit verfügen oder gar weniger psychosoziale Probleme haben als Frauen, nehmen sie nur halb so häufig professionelle Hilfe in Anspruch (Ärzte, Psychologen, sonstige Therapeuten). Und auch erst dann, wenn sich die Belastung nicht mehr ertragen lässt, ja kritisch, fast ausweglos geworden ist. „Hilfesuche ist im Männlichkeits-Stereotyp nicht vorgesehen“. Sucht einer trotzdem Hilfe, kommt dies dem Verlust von Männlichkeit gleich, bedeutet gar Inkompetenz, Abhängigkeit und Kontrollverlust, so der bisherige Erkenntnisstand der Forschung.

Depressionen – Alkoholmissbrauch – Suizidgefahr

Da aber dann trotzdem etwas geschehen muss, greift der Mann oftmals zu (selbst-)zerstörerischen Strategien, um das wachsende Beschwerdebild halb-

wegs zu kompensieren – wenigstens vorerst. Das ist insbesondere der Alkoholmissbrauch und als extreme Problemlösung der Suizid.

Beides gehört in der Tat eng zusammen, vor allem beim männlichen Geschlecht. Der Alkoholkonsum ist nicht nur ein geschlechtsspezifisches Symbol der Männlichkeit, speziell in Männergesellschaften. Er dient – wahrscheinlich noch viel häufiger, wenngleich verzweifelt kaschiert –, der Selbstbehandlung, um vor allem depressive Zustände zu überstehen. Wer damit aber zum Alkoholiker wurde, hat jetzt zwei Probleme: Zum einen konnte er damit seine Depressionen nicht behandeln, zum anderen hat er jetzt noch zusätzlich Depressionen als Folgen des Alkoholmissbrauchs.

Depression und Alkoholismus erhöhen also beide das Suizidrisiko, vor allem bei Männern. Dabei wird nach US-amerikanischen Studien sogar das Überleben eines Suizids beim männlichen Geschlecht als unpassend gewertet, gleichsam als Mangel von Mut und Konsequenz, was die z. T. härteren Suizidmethoden der Männer unterstreichen.

Rollenkonflikte – Stresskumulation – gesellschaftlicher Wandel

Frau A. M. Möller-Leimkühler diskutiert nun aus psycho- und soziologischer Sicht folgende gesellschaftliche Entwicklungen, die es dem Mann bzw. der männlichen Geschlechtsrolle zunehmend schwer machen. Im Einzelnen:

- Auch die gesellschaftliche Rolle der beiden Geschlechter wandelt sich laufend. Das hat sich aber in einer schnell verändernden postmodernen Gesellschaft zu Lasten des Mannes entwickelt. Dort häufen sich nämlich jetzt Rollen-Unsicherheit und Rollen-Konflikte. Warum?

Die Krise der Männlichkeit geht nicht zuletzt auf die „Feminisierung der Gesellschaft“, also auf eine Verweiblichung traditioneller Gesellschaftsstrukturen zurück und – konkret und handfest – auf die Krise des Arbeitsmarktes. Denn die männliche Rolle wird vor allem über die Erwerbsarbeit definiert. Diese Position aber geht zunehmend verloren. Zum einen durch die Berufstätigkeit praktisch aller Frauen, zumindest zu Beginn ihres Erwerbslebens, zum anderen durch die Arbeitslosigkeit und sogar Auflösung herkömmlicher Arbeitsverhältnisse. Das trifft besonders das männliche Geschlecht, das sich – wie erwähnt – eher über die Arbeit definiert.

- Außerdem werden im heutigen Zeitgeist die ehemals „männlichen“ Attribute sogar bei Männern selber zunehmend negativ bewertet (z. B. Aggressivität). Das wäre zwar nicht grundsätzlich falsch, doch es fehlen auch verbindliche neue Rollenmodelle, die das Mannsein versinnbildlichen, strukturieren und damit erleichtern, vor allem bei jungen Menschen.

Da es das (noch) nicht gibt, wird die drohende Rollen-Unsicherheit dann eben durch extrem männliche Verhaltensmuster kompensiert. Damit geraten viele Jugendliche aufgrund dieser Not-Überkompensation noch mehr in Widerspruch zu den sich entwickelnden neuen moralischen Werten unserer Zeit und Gesellschaft.

- Die frühere Gleichung „Arbeit + Erfolg = gelungene männliche Identität“ greift nicht mehr, stellt Frau Dr. Möller-Leimkühler fest. Mit anderen Worten: Die gesellschaftlichen Erwartungen und die Realität stimmen nicht mehr überein, vor allem bei den Männern. Zwar werden männliche Werte wie Leistung und Erfolg propagiert, die Realisierung aber erschwert. Die Folgen kann man sich denken. Denn Langzeit-Arbeitslosigkeit oder gar schon ein schlechter Start, weil man keine Lehrstelle findet, werden weniger als ein generelles Arbeitsmarkt-Problem, mehr als persönliches Versagen wahrgenommen – insbesondere vom männlichen Geschlecht.
- Außerdem wird es immer schwieriger, Versagensängste, Unsicherheit und Depressivität zu kompensieren, wenn in einer Karriere-Gesellschaft wie der unseren jeder (scheinbar) erfolgreich, autonom, selbstsicher, „cool“ und „gut drauf“ ist. Alles ist toll, nur man selber ist nichts. Das muss man erst einmal verkraften lernen. Gewiss trifft so etwas Männer wie Frauen, aber siehe oben.

Was tun?

Für das weibliche Geschlecht besteht angesichts dieser Entwicklung kein Grund zur (heimlichen) Freude oder Genugtuung. Diese Situation untergräbt die Struktur der gesamten Gesellschaft. Die Chancengleichheit von Frauen und Männern ist zwar wünschenswert, die drohende Kippreaktion in das „Gegenteil von früher“ kann aber nur Probleme auf allen Ebenen mit sich bringen. Frau Dr. Möller-Leimkühler empfiehlt deshalb folgende Maßnahmen einer primären und sekundären Suizidprävention, um nur bei der erschütterndsten und für alle nachhaltigsten Negativ-Konsequenz dieser Entwicklung zu bleiben, der Selbsttötungsgefahr.

Sie empfiehlt die Modifizierung des Männlichkeits-Stereotyps in Familie, Schule, Sportvereinen u. a. Dazu die Verbesserung des Gesundheitswissens und der Stressbewältigung von Männern (konkret: Gesundheits-Infos in Werkstätten, Kneipen, Sportclubs, Jugendtreffs, Arbeitsämtern u. a.). Hilfreich wären auch die Etablierung von niederschweligen Angeboten, d. h. man muss sich nicht um irgendwelche Voraussetzungen bemühen, um Rat und Hilfe zu bekommen (Beispiele: „Männerbüros“, Internet-Links).

Die Aufklärungsprogramme sollten sich auch nach geschlechts- und altersspezifischen Bedürfnissen richten. Die Depression sollte nicht nur als ein „Frauen-

Problem“ abgetan werden, man sollte Diagnose und Behandlung auch auf die männlichen Aspekte von Ursachen, Hintergründen, Beschwerdebild, Verlauf und Heilungsaussichten ausrichten. Das Gleiche gilt für Risiken und vor allem Risikopersonen (z. B. Alkohol- und Drogenabhängige, und zwar bereits in Allgemeinkrankenhäusern und nicht erst in spezialisierten Fachkliniken).

Auch sollte das Thema „Suizid“ in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe endlich den ihm zukommenden Stellenwert erhalten. Man muss es nämlich einmal offen bekennen: Suizidologische Fragen werden im Studium der dafür später zuständigen Berufe (Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Schwestern und Pflegern usw.) kaum thematisiert. Auch die Weiter- und Fortbildung ist im deutschsprachigen Bereich unzureichend (bzw. wird kaum genutzt, wenn sie angeboten wird).

Und wenn das alles nicht greift? Dann „sollte man die Männer rechtzeitig in Klöster schicken, wo sie den Anfechtungen traditioneller Maskulinität und gesellschaftlicher Stressfaktoren nicht ausgesetzt sind. Denn Mönche haben nachgewiesenermaßen eine signifikant höhere Lebenserwartung als Nicht-Mönche“ schloss Frau Dr. A. M. Möller-Leimkühler wahrscheinlich augenzwinkernd ihren Beitrag in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe*.

• DER SCHIENENTOD – SUIZIDPRÄVENTION IM EISENBAHNBEREICH

„Du hast nicht die geringste Vorstellung, was Du angerichtet hast“. Du weißt nicht, was Du mir angetan hast. Du hast mein Leben total auf den Kopf gestellt.“ Auszüge aus dem Brief einer 38-jährigen U-Bahn-Fahrerin an die Suizidentin, die sich Monate zuvor vor ihren Zug geworfen hat (aus D. Denis: Die Angst fährt immer mit – Wie Lokführer traumatisierende Schienenunfälle bewältigen, 2004).

Obwohl der Suizid eine fatale individuelle Lebensentscheidung ist, und der Bahn-Suizid nicht allzu häufig zu sein scheint, ist jedoch Folgendes festzustellen: Zum einen handelt es sich um ein statistisch nicht geringes Ereignis in der Unfallstatistik der Deutschen Bundesbahn (DB). Wer des öfteren die Bahn nutzt, hat wohl auch einmal in seinem Leben einen plötzlichen Zug-Stopp mitgemacht und ist lakonisch-nebulös per Lautsprecher über ein Ereignis informiert worden, das nicht vorhersehbar war und ggf. von erheblicher Verspätung gefolgt sein könnte (bisweilen auch etwas konkreter als „Personenschaden“ umschrieben). Und zweitens: Es lassen sich erstaunliche Verteilungsmuster suizidalen Verhaltens im Gleisbereich feststellen, was Zeit, Region und sogar konkrete Suizid-Orte anbelangt.

Früher hat sich die Bahn damit nicht näher befassen wollen. Heute ist das anders, heute leistet die Deutsche Bahn einen konstruktiven Beitrag zur notwendigen Prävention suizidalen Verhaltens im Allgemeinen und von Bahnsuiziden im Speziellen, bestätigen die Professoren Dr. N. Erazo, Dr. J. Baumert und Dr. K.-H. Ladwig von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München und vom Institut für Epidemiologie – GSF Nationales Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, München-Neuherberg in der *Suizidprophylaxe* 3/4/2005.

Danach kommen gleich die harten Daten, denn der Schientod gehört zu den harten Suizid-Methoden (wahrscheinlich zu den härtesten, zumindest was die „Aufräumarbeit“ danach anbelangt, auch das sollte man ruhig einmal zur Sprache bringen; man muss es einmal mitgemacht haben).

Im Durchschnitt – so die Autoren – ereignen sich auf den Bahngleisen Deutschlands 18 bis 21 Suizide pro Woche. Das heißt es sterben fast drei Menschen täglich durch einen Sprung vor den Zug. Die Bahnsuizide blieben annähernd gleich, während die allgemeine Suizidrate in den letzten 10 Jahren eher gesunken ist (wenngleich mit einigen Vorbehalten – siehe die entsprechenden Einschränkungen).

Aus gesundheits-ökonomischer Sicht (und darüber darf heute freimütiger geredet werden als früher) verursacht suizidales Verhalten ein hohes Ausmaß an direkten und indirekten Kosten: körperliche und psychosomatische Folgen und damit notwendige Behandlung von Suizidopfern und sogar Zeugen; Kosten von Polizei- und Feuerwehr-Einsatz (Stichwort: z. B. Drehleiter), von Sanität, Technischem Hilfswerk u. a. Dazu kommen verlorene Erwerbstätigkeits- und Lebensjahre des Suizidenten selber.

Das alles schätzt das Statistische Bundesamt auf über 30 Millionen Euro jährlich. Auch die Bahn als wirtschaftliches Unternehmen nimmt dabei beträchtlichen Schaden: Verspätungen, ggf. technische Folgen, vor allem aber eine seelische Belastung des Bahnbetriebspersonals, nicht zuletzt des Zugführers als direkte und durchaus auch indirekte Zeugen bzw. Opfer der Handlung. (Wer einmal einen Zugführer auf dieses Ereignis anspricht, und es gibt nach einer bestimmten Zahl von Dienstjahren nur wenige, die bisher(!) verschont geblieben sind, der muss sich auf eine schockierende Schilderung gefasst machen – sofern der Triebfahrzeugführer überhaupt darüber zu sprechen gewillt ist.) Auch darf man sich ruhig einmal vorstellen, wie sich ein Zugführer fühlt, der tagtäglich mehrfach an jenen Stellen vorbeifahren muss, die seine Kollegen oder gar er selber als inzwischen „erinnerungsschwere Örtlichkeit“ ansehen müssen. Ganz abgesehen von der Unruhe die einen befällt, wie oft es wieder vorkommen könnte – vielleicht gerade jetzt, an dieser Brücke, hinter dieser Strauchgruppe, auf jenem Vorort-Bahnsteig usw.

Deshalb gibt es inzwischen eine Arbeitsgruppe Primärprävention des Nationalen Suizid Präventions Programms (NaSPro) der Weltgesundheitsorganisation, die sich auch mit dem Bahnsuizid im Speziellen beschäftigt. Was ist bisher dabei herausgekommen?

Was weiß man, was sollte man tun?

- Als Erstes gilt es eine generelle Veränderung der Grundeinstellung und Verbesserung der Grundversorgung ins Auge zu fassen, was suizidfördernde oder gar -auslösende Bedingungen anbelangt. Beispiel: Die Mehrzahl der Suizidenten hatte eine Gemütsstörung (heute affektive Erkrankungen genannt, d. h. meist eine Depression), die allerdings unzureichend diagnostiziert und noch seltener gezielt behandelt wurde. Es gilt also bereits im Vorfeld tätig zu werden. Der Suizid und hier insbesondere der schwer vermeidbare Suizid, wenn man einmal auf den Gleisen steht bzw. sich zum Sprung oder Schritt entschlossen hat, der Suizid ist der Endpunkt. Maßnahmen zu seiner konkreten Verhütung stellen sich von der Erfolgsbemessung her deutlich schlechter als alles, was bereits im Vorfeld geschehen sollte und auch kann.

Das schließt dann aber auch konkrete Maßnahmen ein, z. B. die Information und damit die Schärfung von Problembewusstsein und Aufmerksamkeit der hier einbezogenen MitarbeiterInnen. Beispiel: Bahnhofsmission, Seelsorger, aber auch DB-Angestellte.

In diesem Zusammenhang gilt es auch den Zugang zur Suizidmethode zu erschweren (englischer Fachbegriff: closing the exit). Früher war der Vergiftungstod ein unlösbares Rätsel. Die Entgiftung des Hausgases führte zu einem deutlichen Abfall der Suizidraten generell. Beim Bahnsuizid geht es um risikoreiche Suizid-Orte und Suizid-Zeiten. Auf was ist zu achten?

- Die bisherige Daten-Auswertung ergab *Hochrisiko-Zeiten* in den Monaten April und September sowie an den Wochentagen Montag und Dienstag. Und dies vor allem jeweils in den Morgen- und Abendstunden.
- Die Analyse der *lokalen Verteilung* führte zur Identifikation verschiedener Orte mit besonders hoher Suiziddichte. Das sind in 68% Bahnhöfe und in 81% eine psychiatrische Klinik in nächster Nähe. Daneben kennt aber auch jeder Zugführer weitere Örtlichkeiten, die sich vor allem dadurch auszeichnen, dass man sie schlecht einsieht, besonders wenn man mit der üblichen Geschwindigkeit daherkommt.

Bei den Hochrisiko-Orten beginnt man Gleis-Absperrungen zu bauen, was bei Bahnhöfen nicht einfach, bei uneinsehbaren Bahngleis-Abschnitten schon

besser realisierbar ist. Inwieweit dies Erfolg haben wird, muss die Zukunft zeigen. Es sollte ja auch nicht die alte Erkenntnis verdrängt werden: Wer zum Suizid entschlossen ist, tut dies auch – wann und wo auch immer.

Regionale und örtliche Verteilungsmuster von Bahnsuiziden

In einer Studie der Autoren (s. u.) im Rahmen eines 6-jährigen Beobachtungszeitraums mit 5.731 suizidalen Handlungen auf dem Gleiskörper ergab sich folgendes Verteilungsmuster:

- Bayern hat mit 1,42 Suizidenten pro 100.000 Einwohner und Jahr die höchste mittlere Bahn-Suizidrate, gefolgt von Baden-Württemberg und Hessen. Danach folgen Sachsen-Anhalt, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Berlin, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und am Schluss das Saarland.

Dabei ist von Interessen, dass die allgemeinen Suizidraten mit den Bahnsuiziden nicht parallel laufen müssen. Beispiele: Sachsen und Thüringen haben mit 18,0 bzw. 17,5 Suiziden pro 100.000 Einwohnern die höchste allgemeine Suizidrate, jedoch nur relativ wenige Opfer auf den Schienen (1,09 bzw. 0,76).

- Stellt man die Verteilung der Bahn-Suizide in vier Häufigkeits-Abstufungen graphisch dar, wird eine Gefälle von Süden nach Norden sichtbar, oder kurz: je nördlicher, desto seltener. Ausnahme: das nördliche Bremen ist verstärkt, das südliche Saarland am seltensten betroffen.
- Eine eindeutige Ost-West-Verteilung ist nicht zu erkennen. Vergleicht man allerdings die neuen mit den alten Bundesländern, so ergibt sich folgendes: Die durchschnittliche Bahnen-Suizidrate der alten Bundesländer ist deutlich höher als in den neuen. Umgekehrt treffen die allgemeinen Suizidraten vor allem die neuen Bundesländer häufiger als die alten.
- Bahn-Suizide ereignen sich durchschnittlich in 34% im Bahnsteigbereich und in 66% auf offener Strecke. Dabei sind im Bahnsteigbereich vor allem die Stadt-Staaten Berlin und Hamburg, aber auch das Saarland betroffen. Auch hier liegen die alten Bundesländer deutlich vor den neuen.
- Eine Auswertung der Streckenabschnitte von 1km Länge nach der Anzahl der darauf stattgefundenen Suizide erbrachte 16 Orte mit besonders hoher Suiziddichte, und zwar vom Norden nach Süden: Sylt, Lüneburg, Rünningen, Neuss, Bonn, Andernach, Lohr, Erlangen, Winnenden, Stuttgart,

Oberesslingen, Günzburg, Haar, Emmendingen, Weissenau und Reichenau.

- In den Orten höchster Dichte finden sich in 68% der Fälle Bahnsteige und in 75% eine psychiatrische Klinik in der Nähe (Entfernung weniger als 2km). Solche Orte sind in der Bevölkerung auch als „Selbstmord-Strecke“ bekannt und werden vom Zugpersonal auch wegen der Leichtigkeit des Zugangs und der schlechten Einsehbarkeit des Streckenabschnitts gefürchtet. „Entschärfungen“ bringen in der Regel erst einmal einen Rückgang der dortigen Suizid-Häufigkeit, danach aber oft auch eine Orts-Verlagerung. Interessant auch der Umstand, dass die Orte mit hoher Suiziddichte landschaftlich durchaus reizvoll, an einigen Stellen sogar solche mit hohem Freizeitwert sind...

Nach N. Erazo, J. Baumert und K.-H. Ladwig aus Nervenarzt 11 (2004) 1099

Andererseits ist jede Maßnahme zu begrüßen, die zumindest das Gefühl der „ausgegrenzten Privatheit“ bzw. den „Tunnelblick“ eines zum Suizid entschlossenen Menschen in irgendeiner Weise lebensrettend vermeiden helfen könnte. Dazu gehört beispielsweise die Installation von Spiegeln oder von Lichtschranken (was derzeit von der Japanischen Bahngesellschaft geprüft wird). Der Hintergedanke ist wohl auch die Unterbrechung einer „suizidalen Entwicklung“, d. h. das „Hinein-gesaugt-Werden“ in einen selbstgewählten Lebensabschluss, ohne aus diesem Sog noch irgendwie herauskommen zu können, zumal man dabei auch nur selten gestört wird. Letzteres deshalb, weil nur wenige oder niemand ahnen, was sich hier Schreckliches abzuspielen droht. Also ist die zeitlich und örtlich begrenzte Irritation im positiven Sinne vielleicht tatsächlich eine Teil-Möglichkeit.

Kommunikative Maßnahme: Fachleute, Öffentlichkeit, Bahn-Betriebspersonal

Die Suizid-Forschung hat im deutschsprachigen Bereich großartige „Einzelkämpfer“ hervorgebracht, denen es aber nicht vergönnt war, auf ein breitflächiges Echo zu stoßen, auch in Kollegenkreisen. Das hat sich erst in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten geändert, d. h. gezielt verbessert: wissenschaftliche Untersuchungen und Publikationen, Vorträge, Kurse und Seminare, das wachsende Engagement der Medien (allerdings auch in Einzelfällen eine fast schuldhafte Starrköpfigkeit, was risikoreiche Beiträge anbelangt, z. B. im Fernsehen) u. a.; und natürlich dadurch verbesserte Diagnose, Therapie und insbesondere Prävention.

Was die *Information der Öffentlichkeit* anbelangt, so ist man aber vor allem auf die Medien angewiesen. Deren Hilfestellung ist unerlässlich und inzwischen auch von Erfolgen begleitet.

Dazu kommen Vorträge in der Allgemeinheit, die allerdings auf wenig „Gegenliebe“ stoßen. Interesse mag schon da sein, aber das Thema ist ja in der Tat wenig erfreulich und bietet auch kaum Anreiz, sich intensiver damit zu beschäftigen. War man noch nicht betroffen, fragt man sich warum. War man schon ein Opfer im weiteren oder näheren Umfeld, ist das eher abschreckend als interesse-förderlich. Das kann jeder bestätigen, der sich hier schon einmal zu engagieren versuchte.

Deshalb kommt dem Beitrag der Medien eine umso größere Bedeutung zu. Und die bezieht sich nicht nur auf Aufklärung, sondern auch auf die Vereinbarung, die Berichterstattung über suizidale Handlungen im Gleisbereich zu unterlassen, um möglichen Imitationen und Suggestionen keinen Vorschub zu leisten (siehe auch der entsprechende Beitrag über das „Werther-Syndrom“ in dieser Serie).

Und natürlich haben die *Lautsprecher-Durchsagen* auf dem Bahnhof eine nicht zu unterschätzende Öffentlichkeitswirkung. Die Deutsche Bundesbahn hat deshalb zugestimmt, bei suizidalen Ereignissen nicht mehr von „Personenschaden“, sondern von „Notarzt-Einsatz“ zu sprechen. Das klingt eher nach „Fahrgast-Sicherung“ als nach Suizid, löst zwar die gleichen Überlegungen aus, hat aber wohl eine bessere Wirkung was Nachdenklichkeit im Allgemeinen und Toleranz (Verspätung) im Speziellen anbelangt.

Und schließlich der Alltag, das Hier und Jetzt und das „Irgendwie stimmt hier was nicht“. Wer hat sich nicht schon einmal nachträglich gefragt: „Ich hab mir doch gedacht...“. Aber was, wie, warum – und das noch für Laien oder im Dienst gestresste Bahn-Angestellte, die wahrhaftig anderes im Kopf haben, als auf nicht alltägliche Zeichen zu achten, auch wenn sie einem langsam sonderbar vorkommen.

Denn viele Menschen verhalten sich *vor einem Suizid irgendwie auffällig*, eigentümlich, unüblich. Und zwar anders als geistig oder körperlich Behinderte oder (gewollt) skurrile Mitbürger. Das gilt auch und vor allem für den Bahn-Suizid, nicht zuletzt wenn man sie in Ruhe auf dem Bahnsteig beobachten kann.

Wie entsprechende Untersuchungen nahe legen, zeigen sich **(Bahn-) Suizidenten** kurz vor der Tat oft unschlüssig; manche warten mehrere Züge ab, bevor sie springen. Einige wirken wie „gesteuert“, also nicht wie sie selber, wie fremd-gesteuert. Andere wiederum verstecken ihr Gesicht hinter Hüten, vermeiden Blickkontakt, tragen auffällige Gegenstände mit sich, z. B. Familienphotos im Bilderrahmen. Oder sie hinterlassen offen oder versteckt ein

kleines Päckchen aus ihrem Hab und Gut. Oder sie stellen beim Einfahren des Zuges plötzlich ihre Taschen ab, um leichter springen zu können.

Was man hingegen nicht glauben sollte ist der allgemeine Trugschluss, Suizidenten würden sonst irgendwie auffallen; nein, es sind Menschen wie alle anderen um sie herum was Alter, Geschlecht, Aussehen, Kleidung, soziale Status usw. anbelangt.

Solche Erfahrungen werden auch vom Personal der Deutschen Bahn bestätigt, einschließlich Bahnhofsmmission, Bundesgrenzschutz u. a. Es muss aber gerade unter diesen Berufsgruppen immer wieder durch entsprechendes Personaltraining nach-informiert, ja geschult werden. Wer denkt schon ohne weiteres an die Problem-Monate (April und vor allem an den suizid-reichsten Monat September). Und hier an die ereignisreichste Uhrzeit von 6.00 Uhr bis 9.00 Uhr. Und besonders an Montag und Dienstag, die fast ein Drittel aller Bahn-Suizide auf sich vereinen.

Ansonsten ist es gar nicht so einfach, die Suizid-Problematik offen darzustellen, ohne ggf. auch Widerstand zu provozieren oder gar das Gegenteil zu erreichen, nämlich sich mit der „Lösung durch Freitod“ aller Schwierigkeiten zu entheben. Auf jeden Fall gilt es den Suizid zu „ent-tabuisieren“. Das moralische Verbot, sich selber das Leben zu nehmen, mag zwar den ein oder anderen von einem Suizid abhalten, noch öfter aber dürfte es den Betroffenen daran hindern, bei aufkommenden Suizidgedanken oder gar -Impulsen sich an seine Umwelt zu wenden. „Selbstmord, das tut man doch nicht, das denkt man nicht einmal...“. Hier muss man sehr behutsam vorgehen und vor allem die professionelle Hilfe propagieren: Beratungsstellen vor Ort, „Hotline“, Telefonseelsorge u. a.

„Nicht Verleugnung oder gar Tabuisierung ist gefragt, sondern ein aktives Zugehen auf den vom Suizid Bedrohten“, schließen die Autoren ihren Beitrag in der *Suizidprophylaxe* 3/4/2005.

• BESONDERS RISKANTE SUIZIDORTE: BRÜCKEN, HOHE GEBÄUDE, BAHNSTRECKEN

Wir haben es schon gelesen: Es sind ganz bestimmte Örtlichkeiten, die beim Schienentod immer wieder eine tragische Rolle spielen. Dies gilt außerhalb des eigenen Wohnraums auch für andere Risiko-Örtlichkeiten. In der englischsprachigen Fachliteratur nennt man dies „*Hot Spots*“, d. h. eine ungewöhnliche Häufung von Suizidfällen in Raum und Zeit. Das betrifft vor allem die erwähn-

ten Gebäude (die aber nicht immer hoch oder gar Hochhäuser sein müssen), aber auch Brücken, Klippen, Waldgebiete und sonstige Regionen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat schon vor Jahren sechs Schritte zur Suizidprävention vorgeschlagen: Vier davon sind primäre Präventionsmaßnahmen: Kontrolle von Waffenbesitz, Entgiftung von Haushaltsgas und Autoabgasen sowie Verfügbarkeit von toxischen (giftigen) Substanzen.

Die Entgiftung von Haushaltsgas (und zunehmend sogar von Autoabgasen) hat sich bereits segensreich ausgewirkt. Die Bahnsuizide werden gerade analysiert, ihre mögliche tödliche Attraktivität entschärft, so gut es geht (die meisten liegen – wie erwähnt – in der Nähe einer psychiatrischen Klinik, das zeigt dann auch die Grenzen einer „örtlichen Suizidprävention“ auf).

Bei der Auswahl von Ort und Methode spielt offensichtlich deren „Popularität“ (im negativen Sinne) eine entscheidende Rolle, schreibt die Diplom-Psychologin Julia Wohner und ihre Mitautoren Prof. Dr. A. Schmidtke und R. Sell von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Klinische Psychologie der Universität Würzburg in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4/2005. Beispiele: Berühmte Suizidenten, die an diesem Ort ihr Leben verloren, literarische Werke (Aokigahara Forest), besondere Architektur (Golden Gate Bridge) oder spezielle Eigenschaften bzw. das erste Bauwerk seiner Art (Clifton Suspension Bridge in England), oder die Schönheit des Ortes (Niagarafälle) bzw. bestimmte Mythen (Beachy Head) u. a.

Deutlich ist dies am Beispiel des Aokigahara-Waldes in Japan zu sehen. Dieser Wald am Fuße des Mt. Fuji ist seit Jahrhunderten ein Symbol des Glaubens, aber erst die 1960 erfolgte Veröffentlichung über den Suizid einer Frau („The Pagoda of Waves“) sowie die 1977 erfolgte Veröffentlichung einer Novelle über den Doppelsuizid eines Liebespaares („Sea of Trees“) löste eine Suizidepidemie aus, die aus diesem Wald einen der bekanntesten *Hot Spots* in Japan machte.

Auch bizarre Suizidmethoden ziehen offensichtlich potentielle Suizidenten an. Je ungewöhnlicher, desto größer die Wahrscheinlich der Imitation (z. B. Selbstverbrennung, „Fallschirmspringen“ mit Todesfolge, U-Bahn-Suizide, Springen von hohen Plätzen und Gebäuden usw.).

Neben der Imitation nach entsprechenden Presseberichten (Golden Gate Bridge, Götzschalbrücke, Prekestolen-Felsen) ist es vor allem das Internet, das heute entsprechende Suizidorte bekannt macht – und zur Nachahmung beiträgt. In den entsprechenden Internet-Foren werden mögliche Methoden und Orte für einen geplanten Suizid ausführlich diskutiert. Da geht es um konkrete Informationen über Ortsangaben, Höhen, Zugangsmöglichkeiten, ja Fallzeiten und -geschwindigkeit. Man glaubt es nicht.

Suizidalität und Internet

Derzeit finden sich über 100.000 Seiten zum Thema Suizid im Internet. Allein in Deutschland existieren etwa 30 Suizid-Foren, weltweit sind es einige tausend. Dort werden Informationen und Erfahrungen zum Thema Suizidalität ausgetauscht. Es existieren so genannte „Boards“, auf denen Nachrichten, z. B. Abschiedsbriefe hinterlassen werden können. Diese enthalten im Durchschnitt etwa 900 neue Beiträge pro Monat.

Die meisten solcher Foren werden „moderiert“, d. h. nicht alle Beiträge kommen in das allgemein zugängliche Netz. Leider bedeutet diese „Selbst-Zensur“ aber auch oft, dass Beiträge ausgeklammert werden, die versuchen andere von ihren Suizidgedanken abzubringen. Manchmal hat man den Eindruck, dass sogar gezielt antisuizidale Meinungsäußerungen verhindert werden sollen.

Suizidalität als Phänomen ist so alt wie die Menschheit. Neu ist die Gefahr durch neue Medien, und hier vor allem das Internet. Besonders junge Menschen sind empfänglich für Ideen und Einflüsse aus dem Internet. Viele halten sich in Krisenzeiten vermehrt oder gar ausschließlich im Internet auf, sei es um Ablenkung zu finden, sei es nach Möglichkeiten zur Hilfestellung zu suchen. Wenn sie dann auf Suizid-Foren treffen, anstatt professionelle Hilfe zu erlangen, wächst die Gefahr drastisch. Vor allem die interaktive Komponente des Internets macht dieses Medium gefährlich, denn hier sind negative Kommunikation, Wissens- und Meinungs austausch möglich – unkontrolliert.

Inzwischen sind mehrere Fälle bekannt geworden, in denen sich Suizidenten in Suizid-Foren zum gemeinsamen Suizid verabredet haben. Dabei sind verschiedene Aspekte zu beachten:

- Das Internet kann als „Anregung“ für Suizidhandlungen dienen. Gerade einsame und verzweifelte Menschen suchen nach allen möglichen Informationen, die sie als Lösung für ihre Schwierigkeiten übernehmen könnten. Treffen sie auf solche Suizid-Foren, wird die Möglichkeit oft gar nicht mehr wahrgenommen, andere, vor allem professionelle Hilfestellungen aufzusuchen.

- Man geht davon aus, dass nicht wenige Individuen, die das Internet vermehrt nutzen, besondere Merkmale besitzen. Beispiele: psychische Instabilität, Vulnerabilität (Verwundbarkeit), besondere Neigung zum Substanzmissbrauch (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Nikotin) und Depressionen. Außerdem suchen sie weniger Kontakt zu Gleichaltrigen.

Das Internet kann jedoch auch Hilfestellung für suizidgefährdete Menschen anbieten (z. B. eine Seite des Samariterbundes: www.samaritans.org.uk). Auch scheint der schriftliche Kontakt via E-Mail vielen Hilfesuchenden leichter zu fallen als zu telefonieren, da eine gewisse Anonymität und Distanz gewahrt bleibt. So stellt das Internet nicht nur bedenkliche, sondern auch positive Aspekte zur Diskussion. Letzteres sollte man nutzen.

Nach A. Forsthoff, B. Hummel, H.-J. Möller, H. Grunze: Suizidalität und Internet. Nervenarzt 3 (2006) 343

Der Sprung als Suizidmethode

Die „absichtliche selbstschädigende Handlung durch Sturz aus der Höhe“, also der Sprung, wählen in Deutschland rund 10%, in Österreich etwa 12% aller Suizidenten. In England und in Australien ist es nur die Hälfte. Die Erklärung ist wahrscheinlich die entsprechende Verfügbarkeit und möglichst einfache Zugänglichkeit. So ist der Sprung aus großer Höhe in New York mit seinen vielen Hochhäusern verbreiteter als im Rest der gesamten USA. Es ist die schnelle und komplikationslose Verfügbarkeit, die hier eine vielleicht nur unterschwellig schwelende Absicht fördert, besonders bei Menschen mit seelischen Störungen.

Interessant bei nahe gelegene Brücken die schon erwähnte Golden Gate Brücke und die San Francisco-Oakland Bay-Brücke. Die eine mit, die andere ohne Fußgänger-Passage. Wer ist durch Todeswillige häufiger frequentiert?

Ein weiterer Risikofaktor scheint die räumliche Wohnortnähe zum Suizidort zu sein. Dies gilt auch für die Nähe einer psychiatrischen Einrichtung. Aber eben auch der beschriebene Bekanntheitsgrad über die Grenzen hinaus, der mitunter Suizidenten aus der ganzen Welt anziehen vermag. Dagegen scheint es keinen Zusammenhang zwischen Brückenhöhe und Suizidzahl zu geben. In Deutschland beispielsweise gibt es in 6 diesbezüglich erfassten Bundesländern 61 Brücken, die als Hot Spot beschrieben werden und eine Höhe von 4 bis 185 Meter aufweisen und trotzdem alle in gleicher Weise diese unselige Anziehungskraft ausüben.

Wenn die Brücke über ein Gewässer führt, dann wird in der Regel in der Mitte einer Brücke ins offene Wasser gesprungen, seltener in zugefrorene Gewässer oder in den Uferbereich.

Oder ist es eine bestimmte Gruppe von Suizidenten, die den Sprung bevorzugt? Die Absolutzahlen bringen keine Erkenntnis. Zwar wählen mehr Männer als Frauen die Suizidmethode „Sprung“, aber sie sind ohnehin bei „harten“ Methoden und damit weitaus geringeren Rettungsaussichten öfter vertreten. In

manchen Studien spricht man von einer Häufung schizophrener Erkrankter, was auch wieder angezweifelt wurde. Bei körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen als Suizidmotiv für einen Sprung scheinen sich Frauen und Männer nicht zu unterscheiden. Das weibliche Geschlecht führt aber auch hier bei Familienproblemen, Liebeskummer und sozioökonomischen Schwierigkeiten. Auffällig häufig findet man eine Alkoholisierung, was zum einen eine alkoholische Enthemmung, zum anderen eine impulsive Handlung bedeuten kann.

Was kann man tun?

Wenn man nun schon die Hot Spots kennt, die Orte auffallenden Suizid-Risikos, lässt sich dann nicht wenigstens halbwegs präventiv eingreifen? Zum einen ja, zum anderen kann das aber auch lediglich eine Verschiebung des Sprung-Ortes nach sich ziehen. Konkrete Maßnahmen bringen aber schon etwas, vor allem auf technischer Ebene (z. B. am Eiffelturm). Auch Hinweisschilder mit Hilfsangeboten und Notruftelefonen sind nicht völlig unnützlich, wenngleich rein statistisch offenbar nicht sehr überzeugend.

Über die Installation von Barrieren mag man ja geteilter Meinung sein, vor allem aus ästhetischen Gründen. Die Sprung-Gefahr von Lebensmüden können sie aber offenbar sehr wohl reduzieren. Das gilt – wie erwähnt – für die Installation (weniger Suizide) als auch für die Demontage (erneuter Anstieg von Suiziden). Bei den „berühmt-berüchtigten Brücken“, von denen einige nun schon einen traurigen Rekord innehaben (man hat dann bei einigen die Zahl der Opfer nicht mehr veröffentlicht, auch um „Nachahme-Suizide mit Rekord-Ehrgeiz“ zu verhindern, auch so etwas gibt es offenbar), bei den „berühmt-berüchtigten Brücken“ also ist noch nicht einmal die exakte Zahl der Suizidenten bekannt, denn einige wurden vermutlich nie gefunden und auch einige, wenngleich nur sehr wenige scheinen solche Sprünge zu überleben.

Neben den Barrieren werden deshalb auch Patrouillen per Fahrrad und zu Fuß, Kameras, Nottelphone und „Auffanggitter“ installiert. Barrieren, hoch genug, scheinen bei Brücken die wohl beste Lösung (aber auch ein erheblicher Kostenfaktor, wie von zuständiger Stelle angemahnt wird). Und wenn die eine Brücke abgesichert wurde, kann man mit der nächsten beginnen, weil die Suizidenten dort hin ausweichen, wenden die Gegner solcher Maßnahmen ein; die Realität scheint ihnen recht zu geben, wenngleich auch nicht immer in der gleichen Region.

Die Befürworter werfen übrigens noch einen weiteren Hinweis in die Diskussion: „Die unmittelbare Verhinderung eines Suizids durch die „Wegnahme eines Suizidmittels“ (in diesem Falle also die problemlose Sprungmöglichkeit) könnte Zeit zu einer Entscheidung gegen einen Suizid bieten“, so einige Suizidforscher wie beispielsweise der Basler Psychiater Prof. Dr. T. Haenel. Interessanterweise sprechen sich auch manche Überlebende nach ihrem „miss-

glückten“ Suizidversuch beispielsweise für Barrieren aus. Nach ihrer Rettung scheinen sie sich auch nicht mehr zwangsläufig einen „solchen Lebensabschluss versuchen zu wollen“.

Was bleibt also nun im Einzelfall an Warnhinweisen? Schließlich sind die Suizidenten nicht grundsätzlich allein, wenn sie zum Sprung ansetzen. Das ist an einem öffentlichen Ort wie beispielsweise einer Brücke nicht ohne weiteres zu erwarten, zumindest zu den verkehrsüblichen Tages- und Abendzeiten.

Den unfreiwilligen Zeugen an dem Kreidefelsen „Beachy Head“ in Südengland fielen auf jeden Fall folgende Hinweise bei einem bevorstehenden Suizidversuch auf:

Trunkenheit, weites Lehnen über die Klippe, Abwinken (Verscheuchen) von Passanten, das Hinterlassen von persönlichen Gegenständen an der Klippe, die Taxifahrt von einer psychiatrischen Klinik direkt zu der Klippe u. a.

Leider gibt es bis heute keine Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass man mit solchen Kenntnissen die Zahl der Suizidversuche deutlich reduzieren könnte. Meist sind es aber auch die leidgeprüften Anwohner in der Nähe solcher Hot Spots, die aufgrund auffälligen Verhaltens die Rettungskräfte verständigen. Das ist schon etwas.

Die Schlussfolgerung der Diplom-Psychologin J. Wohner in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4/2005 lautet deshalb: Natürlich ist die Reduktion der Verfügbarkeit von Suizidmitteln nur eine *Facette* der Suizidprävention. Vor allem die mangelnde schnelle Verfügbarkeit einer Suizidmethode in der Phase der Ambivalenz (soll ich – soll ich nicht) kann zumindest einen gewissen Zeitraum vom Suizid abhalten. Das wiederum könnte Zeit für andere vorbeugende Maßnahmen schaffen. Außerdem darf man den Imitationseffekt nicht vergessen. Barrieren scheinen deshalb nicht die schlechteste Idee zu sein, trotz ihrer aufwendigen Kosten. Was ist – so fragt die Autorin – ein Menschenleben wert?

Und vor allem: Betroffen sind beim selbstgewählten Tod eines Menschen mindestens 6 weitere Personen, wie bereits dargelegt wurde. Das gibt der Verpflichtung, alles zu tun, was präventiv machbar ist, angesichts der erschreckenden Zahl vollendeter Suizide durch Sprung aus großer Höhe dann doch eine ganz andere Dimension. Vor allem entbindet es nicht von der Verpflichtung aller Beteiligten, schon vorher, also rechtzeitig tätig zu werden. Und dies nicht zuletzt durch die „angelernte Kenntnis“: Was kann auf eine drohende Suizidgefahr hinweisen?



• SUIZIDGEFAHR IM HÖHEREN LEBENSALTER

Die Suizidgefahr droht in jedem Lebensalter und kann schon Kinder heimsuchen. Bei den Heranwachsenden ist die Selbsttötung die zweithäufigste Ursache nach tödlichen Unfällen. Das Problem im mittleren Lebensabschnitt, den so genannten „besten Jahren“ wurde bereits mehrfach diskutiert. Und dass die Suizidgefahr im höheren Lebensalter ein besonders trauriges Kapitel darstellt, kam auch schon zur Sprache. In dem Beitrag „Suizidalität und Suizidprävention im Alter“ der Arbeitsgruppe Alte Menschen (c/o Prof. Dr. Norbert Erlemeier, Odenthal) in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4/2005 heißt es zu Beginn lapidar:

Alle 47 Minuten nimmt sich in Deutschland ein Mensch das Leben (alle 5 Minuten versucht es ein Lebensmüder). Alle 116 Minuten stirbt eine Person über 60 durch eigene Hand. Die Zahl der Suizidtoten übertraf 2003 die der Verkehrstoten um 40% (11.150 : 6.613), bei den über 65-Jährigen gar um 62% (3.532 : 1.329).

41% der Suizidtoten waren 60 Jahre und älter (ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt nur etwa die Hälfte davon). Jede zweite tödliche Suizidhandlung bei Frauen wurde von einer über 60-Jährigen ausgeführt.

Alte Menschen sind erfahrungsgemäß besonders von vollendeten Suizidhandlungen, junge stärker von Suizidversuchen betroffen.

Die Suizidgefährdung alter Menschen wird unterschätzt. Warum? Dafür geben die Experten folgende Gründe an:

Krisenhilfe und Therapieangebote für Lebensmüde sind offenbar stärker auf jüngere Menschen ausgerichtet. Ältere werden deutlich seltener und weniger effektiv erreicht und sind natürlich auch in diesem Fall weniger aktiv. Suizide sind angesichts anderer Todesursachen in dieser Altersspanne eine relativ seltene Todesursache. Schon deshalb werden sie in Prävention und Gesundheitspolitik eher vernachlässigt. Alterssicherung und Pflegekosten spielen im öffentlichen Bewusstsein und damit in Politik, Medien und Gesundheitswesen eine größere Rolle.

Und schließlich wird der Suizid im höheren Lebensalter in der Allgemeinheit auch eher akzeptiert, selbst wenn dies niemand zugeben würde. Stichwörter die für sich sprechen: Freitod, Bilanz-Selbstmord, Lebensmüdigkeit u. a. Das passt gut in das generelle negative Altersbild in unserer Zeit und Gesellschaft.

Aus diesem Grunde erscheint der Alterssuizid als randständiges Problem, obgleich die über 60-Jährigen im Allgemeinen und die über 75-jährigen Männer im Besonderen die höchsten Suizidziffern in der Bevölkerung aufweisen.

Außerdem verlaufen Suizidhandlungen im Alter viel häufiger tödlich als in jüngeren Jahren. Alte Menschen wählen vor allem „harte“ Methoden wie Erhängen, Erdrosseln oder Erschießen. Dies spricht für die stärkere Selbsttötungsabsicht, die besonders alte Männer zeigen, aber auch ältere Frauen, die mit zunehmendem Alter häufiger zu harten Methoden greifen.

Suizidhandlungen im Alter – so die Arbeitsgruppe Alte Menschen – sind seltener als Hilfe-Appell an ihr Umfeld zu verstehen, eher als letzter Ausweg aus einer verzweifelten und hoffnungslosen Lebenslage, bei der sich keinerlei Erleichterung mehr abzuzeichnen scheint.

Die wichtigsten alters-bedingten Risikofaktoren

Was kann man tun? Als Erstes gilt es die alters-bedingten Risikofaktoren herauszuarbeiten und in präventive Sicherungsmaßnahmen umzusetzen. Dabei lassen sich drei oft miteinander verbundene Verursachungs-Bereiche erkennen:

1. Seelische Erkrankungen und hier insbesondere Depressionen und Anpassungsstörungen.
2. Körperliche Erkrankungen, und zwar oft chronische und schmerzhaftes Leiden, die keine Besserung mehr versprechen. Nicht zu übersehen sind organische Belastungen, z. B. zerebrale Durchblutungsstörungen und die Unverträglichkeit bestimmter notwendiger Medikamente.
3. Soziale Verluste (z. B. Partner, weitere Angehörige, Freundeskreis), Beziehungsprobleme und zwischenmenschliche Konflikte. Nicht zu unterschätzen sind die auch gerade im höheren Lebensalter gerne übersehenen Suchterkrankungen, besonders Alkohol und Medikamentenabhängigkeit.

Im Einzelnen:

- Die *Depression* ist offenbar die tödlichste aller psychischen Erkrankungen und in diesem Zusammenhang der Haupt-Risikofaktor für Suizidhandlungen. Das ist eine inzwischen bekannte und auch akzeptierte Erkenntnis. Dies gilt zwar für alle Lebensstufen, in Verbindung mit körperlichen, kogni-

tiven (geistigen) und sozialen Defiziten aber besonders für das höhere Lebensalter, wo sich solche Beeinträchtigungen zu häufen pflegen.

Außerdem werden Depressionen im Allgemeinen und die Melancholie im Alter überraschend häufig nicht einmal von Ärzten erkannt und damit angemessen behandelt. Das hängt auch mit ihrem Leidens-Schwerpunkt zusammen, der sich weniger auf depressions-typische seelische Symptome stützt, mehr auf Klagen über körperliche Beeinträchtigungen, die dann natürlich auf die falsche diagnostische Fährte und ggf. in einen Untersuchungs-Teufelskreis führen. Deshalb gilt: Sich mit dem depressiven Beschwerdebild im höheren(!) Alter vertraut zu machen.

- Und dann die erwähnten *chronisch-schmerzhaften Leiden* und möglichst noch mit Mehrfach-Erkrankungen verbunden (oft erschwert durch Einbußen der Mobilität und damit Alltagsbewältigung). Das trifft allerdings die Mehrzahl der Menschen im höheren Lebensalter. Gefährlich sind deshalb vor allem quälende Ängste, verstärkt durch die Furcht vor Hilflosigkeit, langem Siechtum, vor Fremdbestimmung (ausgeliefert sein) in medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen sowie vor einem „unwürdigen“ Ende („sterben in der Besenkammer des Krankenhauses“).
- Eine zusätzliche Gefährdung sind die *organischen Beeinträchtigungen*, insbesondere Abbauprozesse des Gehirns und die Unverträglichkeit von Medikamenten, die eigentlich unerlässlich wären.
- Eine besondere Gefahr sind soziale *Verlusterfahrungen* und *Konflikte* mit Lebenspartner oder Familienmitgliedern. Letzteres vor allem dann, wenn die alten Menschen spüren, dass sie nicht mehr erwünscht sind, im Wege stehen, sich schließlich gekränkt zurückziehen und als Letztes nur die fatale Lösung des Suizids sehen.

Aber auch die andere Seite ist bedrohlich: Unter den Suizidenten finden sich häufiger Geschiedene, getrennt Lebende, Verwitwete oder Ledige. Insbesondere Männer, die ihre Lebenspartnerin im hohen Alter verlieren, stehen unter einem höheren Suizidrisiko (also auch höher als verwitwete Frauen) – ja, sie führen sogar die Suizid-Statistik an.

Damit sind für den Alterssuizid zwar vor allem Isolation und Vereinsamung entscheidend, konkret der Verlust von Geborgenheit, die Gefahr sozialer Zurückweisung und entsprechender Zerwürfnisse, insbesondere aber das Gefühl des Abgeschobenwerdens, des Überflüssigseins oder der mangelnden emotionalen Unterstützung.

Es ist also die subjektive Bewertung der Betroffenen, was kritische Lebensereignisse wie Partnerverlust, chronische Erkrankung, drohende Heimunterbringung usw. anbelangt, was sich – wie die Experten sagen – „nach und nach suizidal auflädt“. Real ist es aber ein komplexes Geschehen, an dem (vor allem hirn-)organische Veränderungen, Persönlichkeitsfaktoren, neurotische Verarbeitungsmuster, objektiv belastende Lebensereignisse und Defizite im psychosozialen Bereich beteiligt sind.

Als deutliche Gefährdungsmomente für Suizidalität im höheren Lebensalter gelten deshalb konkret:

- Schwere depressive Symptome wie Freud- und Gefühllosigkeit, Verminderung des Antriebs und der Interessen u. a.
- Zunehmende Einengung des Denkens und Erlebens bis zur Ausweglosigkeit
- Suizidphantasien, die bis zur Detailplanung der Ausführung einer Suizidhandlung reichen können (und dann als akute Suizidgefahr zu gelten haben!).
- Als weitere Gefährdungsfaktoren kommen frühere Suizidversuche, Suizidhandlungen in der Familie oder im engen sozialen Umfeld, frühere seelische Erkrankungen und schwere chronische Leiden mit schlechten Heilungsaussichten hinzu. Und natürlich die schon mehrfach angesprochene Vereinsamung, oft im Gefolge gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen und Konflikte mit Lebenspartnern und/oder Kindern.
- Und nicht zu vergessen: der Verlust von Wert-Bindungen, was in unserer Zeit ohnehin ein Gefährdungsmoment darstellt (Beispiele: Religion, Kultur, geschichtliche Wurzeln, Rituale u. a.).

Warnsignale zur Suizidalität des alten Menschen

- *Veränderungen im Schlafverhalten:* Zunahme von Schlafstörungen (besonders Früherwachen), Klage über „Schlaflosigkeit“, auch wenn dies nicht zuzutreffen scheint (eher oberflächlicher Schlaf).
- *Veränderungen im Essverhalten:* vor allem Appetitlosigkeit, „weder Hunger noch Durst“, dadurch Störungen von Wasserhaushalt und Kreislauf, Gewichtsverlust.
- *Extreme Mattigkeit,* ohne dadurch Schlaf zu finden.

- *Wachsende Sorge um körperliche Funktionseinbußen:* z. B. Klage über Verstopfung, Blähungen, diffuse Schmerzhinweise, Schwindel, „verstärkter oder schneller Herzschlag“ usw.
- *Steigender Alkoholkonsum* als Selbst-Therapieversuch, wachsender Medikamentenverbrauch.
- *Gemütsveränderungen:* zunehmend teilnahmslos, gleichgültig, desinteressiert, niedergeschlagen, antriebslos, in-sich-gekehrt, aber auch nervös, reizbar, missgestimmt, ärgerlich, ja sogar feindselig-aggressiv, „böartig“ usw.
- *Ängste und Beklemmungsgefühle*, grundlos und zunehmend.
- *Auffällige Veränderungen im Verhalten:* Geschrei, um sich schlagen, werfen von Gegenständen (Fremd-Aggression kann rasch in Selbst-Aggression = Suizidversuch umschlagen).
- *Verdächtige Verhaltensweisen:* Ausgehen zu ungewöhnlichen Tages- und Nachtzeiten, sonderbares Abschiedswinken, Ordnen oder Vernichten von Unterlagen, bisweilen auch Verschenken von lieb gewordenen Gegenständen und Erinnerungsstücken usw.
- *Plötzlich intensives Interesse oder abruptes tiefes Desinteresse* an Kirche, Religion, Familie, Gesellschaft u. a.
- *Terminvereinbarungen* mit dem Arzt aus nicht dringlichem Anlass oder öfters bzw. kurz hintereinander (ein erheblicher Prozentsatz aller Menschen, die sich selbst getötet haben, konsultierte kurz vor der Tat seinen Arzt).
- *Rasches und deutliches Nachlassen von Urteilskraft und Gedächtnisleistung*, zunehmende allgemeine Verwirrtheit, Merk- und Konzentrationsstörungen, starre Uneinsichtigkeit u. a.

Zitiert nach V. Faust, 1998

Wer hilft den „Alten“ wirklich?

Was gibt es nun für konkrete Möglichkeiten zur Suizid-Prävention und Krisenhilfe im höheren Lebensalter? Das ist eine schwierige Frage. Warum? Viele Suizidhandlungen im Alter – so die Experten – können wegen der Entschie-

denheit ihrer Ausführung gar nicht rechtzeitig verhindert werden. Sie enden oft tödlich. Denn an Hilfe von außen wird selten appelliert, man erwartet von dort gar keine Hilfe mehr.

Damit kommt man zum zweiten Punkt der erschwerten Bedingungen: die Erreichbarkeit alter Menschen. Es ist geradezu erschütternd, auf jeden Fall alarmierend, wie selten alte Menschen in seelischen Notlagen einen Krisendienst oder eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen. Statistisch gesehen sind maximal 10% der Klientel von Krisendiensten 60 Jahre und älter (obgleich sie ein Viertel der Bevölkerung ausmachen). In psychotherapeutischen Praxen sind alte Menschen noch seltener zu finden. Die Gründe sind durchaus bekannt: Auf der Seite der Betroffenen die Unkenntnis über Hilfsmöglichkeiten und Vorurteile und bei den Helfern die Konzentration auf mittlere und jüngere Lebensbereiche – und ebenfalls Vorurteile.

Wenn also ältere Menschen Rat und Hilfe suchen, dann sind es die ihnen langjährig vertrauten Hausärzte, auch in seelischen und psychosozialen Fragen. Dort sind sie in der Regel auch befriedigend aufgehoben. Die Grenzen, die die Allgemeinärzte selber sehen und beklagen, liegen bei der täglichen Überlastung (vor allem durch bürokratische Anforderungen). Und natürlich in der schweren Erkennbarkeit seelischer Störungen im Allgemeinen und der erwähnten Alters(!)-Depression im Speziellen begründet.

Erschwert wird alles noch durch die psychodynamisch verstehbaren Hintergründe wie Vermeidung und Verleugnung der Suizidthematik – und zwar durchaus wiederum auf beiden Seiten.

So irritiert eine traurige Statistik, nämlich dass ca. 50% derjenigen alten Menschen, die schließlich eine Suizidhandlung ausführten, im Monat davor einen Arzt aufgesucht hatten, der die suizidale Gefährdung aber offenbar nicht wahrgenommen hat. Das ist ein altes Problem, für das es so manche Erklärungsversuche, letztlich aber keine Entschuldigung gibt.

Aber man kann auch nicht alles überlasteten Ärzten zuschieben, denn „niemand ist eine Insel“. Jeder, selbst isoliert Lebende sind in ein mehr oder weniger enges gesellschaftliches, soziales und persönliches Umfeld eingebunden. Die Frage ist nur, wie weit das typischerweise wachsende Desinteresse am anderen geht und ob man erst nachdenklich wird, wenn überraschend lange keine Lebenszeichen mehr registriert werden – selbst auf dem gleichen Ausgang.

Die Arbeitsgruppe Alte Menschen sieht deshalb vier Handlungs-Ebenen, an denen die Suizidprävention im höheren Lebensalter ansetzen sollte:

1. Es gilt die existenziellen Fragen am Lebens-Ende überhaupt erst einmal zu thematisieren. Beispiele in Stichworten: Krankheit, Autonomieverlust,

Sterben, Tod, Trauer, Verlustverarbeitung, Lebensbilanzierung, Palliativmedizin, Hospizdienste, pflegerische Betreuung bei Schwerstkranken und Sterbenden, Heimpflege usw.

Hier sind vor allem Vorurteile und Ängste abzubauen, denn nicht alles ist so schlecht, wie es gelegentlich von jenen Angehörigen u. a. hingestellt wird, die aufgrund eigener mangelnder Initiative einen Sündenbock suchen, um sich damit ihrer unterschweligen und meist uneingestanden Schuldfühle zu entledigen, beispielsweise in direkten Vorwürfen oder ungerechten Leserbriefen, was die Medien mitunter dann veranlasst, wiederum nicht immer objektiv nachzufassen.

2. Auf der Ebene der Sozial- und Altenhilfen-Politik gilt es die Rahmenbedingungen zu verbessern. Stichworte: Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt und im Gesundheitswesen, Strukturverbesserung im medizinischen und psychosozialen Versorgungssektor, insbesondere in der Vernetzung der ambulanten Krisenhilfe mit lokalen und regionalen Alterhilfestrukturen, Ausbau gerontopsychiatrischer Beratungseinrichtungen, Zentren und Tageskliniken, vor allem niederschwellige Angebote für alte Menschen in ihrem Wohn- und Lebensfeld (was konkret heißt, man muss vor allem die alten Menschen dort abholen, wo sie stehen, und sie stehen halt nur selten selber vor der Türe der entsprechenden Einrichtung).
3. Die dritte Ebene sind gesundheitsrelevante Fragen. Stichworte: Suizidprävention bei alten Menschen mit körperlichen und seelischen Leiden, vor allem frühzeitige Diagnose und Therapie depressiver Störungen im Rahmen chronischer körperlicher Erkrankungen; oft auch psychosomatische Beschwerden mit Anpassungsproblemen, Zukunftsängsten und den bedrohlichen suizidalen Neigungen.
4. In der vierten Ebene geht es um Information, Aufklärung und Edukation (Erziehung) zum Zwecke der Einstellungs- und Verhaltensänderung, und zwar sowohl in der Bevölkerung wie in Fachkreisen. Letzteres mag verwundern. Es sieht aber nicht gut aus, wenn man einmal die Lehrpläne der entsprechenden Institutionen durchmustert, was konkrete Suizidprophylaxe angeht (Fachhochschulen, Krankenpflegeschulen, Akademien, Universitäten, Fort- und Weiterbildungsseminare u. a.).

Schlussfolgerung: Krisenhilfe und Suizidprävention im Alter müssen ausgebaut werden. Bisher sind sie gesundheits- und versorgungspolitisch ein vernachlässigter Bereich. Der Alterssuizid ist kein isoliertes Gesundheitsproblem, sondern geht auf in dem letztlich jeden treffenden Problemkreis von Erhaltung von Lebensqualität unter erschwerten Bedingungen, Lebensbilanzierung, Sinnfragen am Lebensende, Lebenskrisen, mit Hilfsbedürftigkeit,

Verlust von Selbständigkeit und Abhängigkeitsgefahr, Sterbebegleitung, Sterbehilfe und, und...

Letztlich geht es also – so die Arbeitsgruppe Alte Menschen in ihrem Beitrag in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4/2005 – um ein abgestimmtes System von institutionellen und personalen Hilfen für einen wachsenden Kreis von Mitbürgern, denen jeder von uns einmal angehören wird, sofern ihn das Schicksal dafür ausersieht.

• ARBEITSPLATZ UND SUIZID

Der Arbeitsplatz war für den Durchschnittsbürger noch nie ein Ort der Erholung. Als wachsender Risiko-Schwerpunkt aber hat er sich erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt. Dies betrifft die Überlastung, vor allem aber die zunehmenden zwischenmenschlichen Schwierigkeiten – und natürlich den Arbeitsplatzverlust und damit das seelische, psychosoziale, finanzielle, gesellschaftliche, ja sogar körperlich relevante Schicksal der Arbeitslosigkeit. Das geht soweit, dass man die Arbeitslosigkeit sogar als ernsthaften Risikofaktor für die Lebensmüdigkeit einschätzt.

Zur suizidalen Gefährdung am und durch den Arbeitsplatz liegen aber bisher kaum überzeugende Daten vor, erklärten Dr. Sylvia Schaller vom Otto-Selz-Institut der Universität Mannheim und ihre wissenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 3/4/2005.

Das liegt vor allem daran, dass berufliche bzw. arbeitsplatzbedingte Aspekte erst in den letzten Jahren als bedeutsamere Einflussfaktoren für psychische Erkrankungen und damit letztlich auch suizidale Neigungen oder gar Handlungen erkannt wurden. Die Arbeitslosigkeit an sich ist dabei noch das Gebiet mit dem meisten wissenschaftlichen Interesse und einer wachsenden Zahl von Studien und Publikationen. Dagegen sind die klassischen Gesundheitsgefährdungen durch physikalische, chemische und biologische Einwirkungen erst in den letzten Jahrzehnten zum Thema geworden, insbesondere als Risikofaktoren für ältere Arbeitnehmer mit ohnehin steigenden Leistungsanforderungen, veränderten Arbeitsbedingungen und zunehmender sozialer Unsicherheit. Was weiß man nun bisher?

Die besondere Belastung bestimmter Berufsgruppen

Die vorliegenden Untersuchungs-Ergebnisse, meist aus dem angloamerikanischen Bereich, weisen nun aber tatsächlich auf eine erhöhtes Suizidrisi-

ko bei angelernten und ungelerten Arbeitern hin, vor allem im Vergleich zu Facharbeitern, Beamten und Angestellten. Besonders gefährdet scheinen Landarbeiter, Mechaniker/Fahrer sowie Handelsvertreter/Verkäufer zu sein. Akademiker insgesamt weniger, mit Ausnahme von Angehörigen medizinischer und sozialer Berufe.

Wie kommt es zu dieser ungewöhnlichen Risiko-Verteilung in den verschiedenen Arbeitsbereichen? Hier scheinen insbesondere zwei Bedingungen von Bedeutung:

1. Der spezifische Stress des betreffenden Arbeitsplatzes sowie
2. ein Arbeitsplatz mit erleichtertem Zugang zu Mitteln, mit denen man sich selbst töten kann.

Was sind das für Berufe, die durch ihre spezifischen Bedingungen besonders gefährdet sind? Das sind zum einen Polizeibeamte und Militär-Bedienstete mit mehrfach erhöhtem Suizidrisiko (in den USA sterben Polizisten 3-mal so häufig durch Suizid wie durch Fremdverschulden im Dienst; bei pensionierten Polizeibeamten steht die Selbsttötung an 5. Stelle der Todesursachen). Wer seine Feuerwaffen mit nach Hause nehmen kann, geht naturgemäß ein höheres Risiko ein (wobei sich Suizide auch am Arbeitsplatz bzw. im Dienst ereignen).

Ähnliches gilt übrigens für Land- und Forstarbeiter mit berufsbedingtem Zugang zu Chemikalien und Herbiziden (Mittel zur Unkrautvernichtung) sowie für Angehörige medizinischer Berufe mit ihren Medikamenten.

Warum sind bestimmte Berufsgruppen besonders gefährdet?

Es ist aber nicht nur der erleichterte Zugang zu Suizid-Mitteln jeglicher Art, es ergibt sich auch ein besonders hohes Suizidrisiko bei jenen Berufsgruppen, die im direkten Kontakt oder gar in Abhängigkeit von Kunden, Klienten, Patienten u. a. arbeiten. Hier lautet das wissenschaftliche Stichwort: „hoher Anteil an emotionalem Stress“, was sich vor allem in „emotionaler Dissonanz“ (gemütsmäßige Unstimmigkeit und damit Unzufriedenheit) ausdrückt.

So findet sich insbesondere bei Arbeitsstellen mit dichtem Publikumsverkehr bzw. anspruchsvollen Dienstleistungen eine überproportionale Häufung von Depressionen und Angststörungen. Beispiele: Gesundheitswesen, öffentliche Verwaltung, Banken, aber auch Restaurant-Fachpersonal, Verkauf u. a. Diese nachdenkenswerte Erkenntnis wird übrigens auch von der schon erwähnten Risikogruppe der Polizeibeamten unterstützt. Sie sind ohnehin besonders belastet, und diejenigen mit „kunden-nahen Aufgaben“ nochmals zusätzlich, wie die Suizid-Statistik ausweist.

Besonders gefährdet sind auch jene Berufsgruppen, die mehrere suizidfördernde Bedingungen erfüllen. Dazu zählen beispielsweise Angehörige von Gesundheitsberufen, und hier insbesondere Ärztinnen. Sie weisen unter den akademischen Berufen die höchste Suizidrate auf. Was sind die Ursachen?

Zum einen steigende Arbeitsanforderungen (immer mehr und nicht zuletzt bürokratische Aufgaben und dies bei immer weniger Personal durch ständige Einsparungsmaßnahmen), wenig Toleranz bei Behandlungsfehlern (wie gut ist ein unausgeschlafener Arzt nach durchwachtem Nachdienst?) und schließlich die emotionale Belastung durch die wachsenden Anforderungen einer Patienten-Klientel, die in zunehmendem Maße nur noch sich, ihre Wünsche, Forderungen und Rechte, aber kaum mehr Verständnis, Toleranz und Nachsicht kennen: ich – ich – ich.

So sind die Suizid-Opfer unter den Ärzten in drei Viertel aller Fälle durch Arbeitsüberlastung, Überstunden, Gefühl der Unfähigkeit bei hoher Verantwortung u. a. ausgelöst, wie man in rückblickenden Untersuchungen fand. Zwei Drittel litten unter seelischen Störungen, vor allem Depressionen. Beim weiblichen Geschlecht kommen dazu noch benachteiligende Bedingungen wie Diskriminierung (bezüglich Beförderung und Bezahlung), Mangel an Rollen-Modellen und fehlende Unterstützung (z. B. berufliche Anleitung und Forschungsmittel).

Bei an- und ungelernten Arbeitern, Forst-, Land- und Transport-Arbeitern scheinen dagegen eher Stress durch vor allem körperliche Belastungen eine Rolle zu spielen, erklären die Autoren und Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft „Arbeitsplatz im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ in ihrem Fachartikel. An erster Stelle stehen dabei Schmerzerkrankungen, insbesondere von Muskeln, Gelenken und Knochen. Das Hauptproblem sind Rückenschmerzen, wobei nicht wenige sogar über tägliche Beeinträchtigungen klagen. Mit Schmerzen muss man überzufällig bei Personen mit „Stress“ sowie subjektiver Arbeitsüberlastung rechnen.

Hier spielt natürlich nach und nach auch ein Teufelskreis herein: Dauerhafte Stress-Folgen führen zur Belastung und klinken weitere Überbeanspruchungs-Reaktionen aus. Der Schmerz ist nicht immer medizinisch objektivierbar, auf jeden Fall aber ein Warnhinweis, gerade wenn man keine konkrete körperliche Ursache findet. Depressionen beispielsweise sind fast immer mit irgendeiner Art von Beschwerden verbunden, die bis zu heftigen Schmerzen gehen können – ohne organischen Grund. Das ist keine Simulation, keine Vortäuschung, das ist eine andere Ebene des „Aufschreis“, mit dem ein überforderter Organismus auf seine Not aufmerksam machen muss, denn das diktiert ihm sein Körper, da hilft kein Durchhalte-Wille, jedenfalls nicht auf Dauer.

So geht auch suizidales Verhalten häufig mit chronischen Schmerzen einher, zumindest in manchen körperlich geforderten Berufsgruppen insbesondere mit Rückenschmerzen.

Es gibt aber noch weitere Stress-Faktoren mit suizidalen Folgen. Dazu zählen beispielsweise ungünstige Arbeitszeiten, monotone (eintönige) oder einseitig belastende Tätigkeiten, Schichtarbeit u. a. Und natürlich zwischenmenschliche Belastungen, nicht zuletzt „Mobbing“, von der „kleinen Gemeinheit zwischendurch“ bis zur massiven, frontalen Bedrohung. Konkrete Untersuchungen in größerem Umfang liegen dazu zwar nicht vor, doch die sich häufenden Einzelklagen sprechen eine deutliche Sprache.

Was kann man tun? Die Möglichkeiten sind begrenzt. Das beginnt bei der Regulierung des Waffenzugangs für Polizisten und Militärangehörige und geht bis zu gezielten präventiven Maßnahmen in anderen Berufsbereichen. Noch viel bedeutsamer aber ist das Phänomen, dass seelische Probleme und besonders suizidales Verhalten am Arbeitsplatz noch weitgehend tabuisiert sind. Darüber spricht man nicht, oder es handelt sich um „private Angelegenheiten“. Außerdem darf man wohl nicht erwarten, dass Kollegen oder Vorgesetzte Verständnis für berufliche Einbußen haben, die mit seelischen Störungen beginnen und mit suizidalem Verhalten enden. Vor allem das männliche Geschlecht schreckt deshalb zurück, rechtzeitig professionelle Hilfe aufzusuchen.

Was kann man tun?

Trotzdem gibt es natürlich konkrete Vorschläge. Sie beziehen sich meist auf betriebliche Maßnahmen zur Stressreduktion. Beispiele: genaue Arbeitsanweisungen, Verringerung von Arbeitsüberlastung, ausreichende Anleitung und Vermittlung von Fähigkeiten, Reduktion monotoner Tätigkeiten, Einbezug in Entscheidungen, Arbeitsplatz- sowie finanzielle Sicherheit, Gesundheitsvorsorge u. a. Von großer Bedeutung, wenn auch viel schwerer zu beeinflussen, sind Änderungen der Unternehmungskultur bzw. des Umgangs miteinander: Konkurrenzsituationen, Klatsch, Feindseligkeiten, Diskriminierung und sexuelle Belästigung. Da ist der Umgang mit bekannten Patienten seelischer Leiden am Arbeitsplatz schon weiter vorangeschritten, allerdings unter Bedingungen, die für die Betroffenen dann auch nicht durchgehend günstig sind („man gerät leicht in eine Behinderten-Position“).

Trotz allem, es tut sich etwas. Inzwischen liegen konkrete Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor und die EU unterstützt die notwendigen Verbesserungen der betrieblichen Bedingungen auf mehreren Ebenen, stellten die Autoren von Universität Mannheim abschließend in ihrem Beitrag fest.

LITERATUR

Neben einem fast nicht mehr überblickbaren Angebot wissenschaftlicher Fachartikel, allein in deutscher Sprache, finden sich zum Thema Suizidalität inzwischen auch zahlreiche deutschsprachige Fachbücher und wissenschaftlich durchaus fundierte allgemeinverständliche Sachbücher.

Eine Literaturübersicht zu den einzelnen Kapiteln bzw. Themen, die in diesem Beitrag auszugsweise referiert wurden, finden sich in der erwähnten Nr. 123 der *Suizidprophylaxe* (Heft 3/4 vom Jahr 2005). Gezielte Informationen, Hinweise und weiterführende Empfehlungen durch die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen – (Adresse siehe Einleitung).