Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Umgang mit Suizidalität in der Sozialen Arbeit

Eine vergleichende Untersuchung in Bezug auf Alterssuizid und Suizid bei Jugendlichen

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades:

Bachelor of Arts

Vorgelegt von:

Alina Weidler

Sommersemester 2022

Erstprüfer*in: Prof. Dr. Daniel Rottke

Zweitprüfer*in: Prof. Dr. Claudia Vogel

Urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0536-7

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **4**

1. Suizidalität **6**

1.1 Terminologie 6

1.2 Risikofaktoren 7

1.3 Bestandsaufnahme der Suizidalität in Deutschland 9

1.4 Erklärungsansätze der Suizidalität 12

1.4.1 Soziologische Aspekte 12

1.4.2 Psychodynamische Aspekte 14

1.4.3 Medizinisch-psychiatrische Aspekte 15

2. Suizidalität in der Sozialen Arbeit **17**

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen 17

2.2 Relevanz und Bedeutung 18

2.3 Herausforderungen 20

3. Suizid bei Jugendlichen **23**

3.1 Lebensphase Jugend 24

3.1.1 Gegenwärtiger Stand 24

3.1.2 Bewältigungen/Herausforderungen 26

3.2 Erläuterung der möglichen suizidalen Beweggründe 28

4. Alterssuizid **31**

4.1 Merkmale der Lebensphase 32

4.2 Erläuterung der möglichen suizidalen Beweggründe 33

5. Suizidale Präventionsansätze in der Sozialen Arbeit **35**

5.1 Definition der Suizidprävention 36

5.2 Umgang und Maßnahmen 37

5.2.1 Bei Jugendlichen 38

5.2.2 Bei älteren Menschen 41

6. Zusammenfassung **44**

7. Quellenverzeichnis **48**

8. Anhang **51**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todeszurachen in den Jahren 2012 bis 2019..... **51**

Abbildung 2: Suizidmethoden in Deutschland in den Jahren 2000- 2019..... **51**

Abbildung 3: Anzahl der Suizide nach Altersgruppen in den Jahren 1980 bis 2015..... **52**

Abbildung 4: Anzahl der Suizide in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 190 bis 2019 **52**

***Formeller Hinweis**:* Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf gleichzeitige Verwendung von weiblichen und männlichen Sprachformen verzichtet. Alle in der Arbeit genannten Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Einleitung

„Es ist Albernheit zu leben, wenn das Leben eine Qual wird, und wir haben die Vorschrift zu sterben, wenn Tod unser Arzt ist.“[1] Dieses Zitat von William Shakespeare, aus seinem Werk Othello, soll die Gedankenzüge in dieser Arbeit begleiten und unterstützen. Das Zitat kann die Frage aufwerfen lassen, warum einige Menschen den Tod als Arzt und das Leben als Qual sehen. Jedoch kann diese Arbeit mögliche Erklärungen und Antworten geben zu dem Phänomen *Suizid*.

Das Thema Suizid ist in allen Ländern und Kulturen anzutreffen. Im Laufe der Geschichte und im Wandel der Zeit variiert dessen Bedeutung und Bewertung. Dabei löst das Thema bei Menschen, selbst wenn sie nicht suizidgefährdet sind, die verschiedensten Emotionen aus, wie z.B. Trauer, Wut, Unbehagen oder Schuld. Der Suizid ist heutzutage in der Gesellschaft ein sehr präsentes Thema geworden, worüber viel diskutiert wird und dementsprechend die unterschiedlichsten Meinungen und Einstellungen existieren. Diskussionen werden alleine über die ethischen Überzeugungen, sowie über die Gesetzgebung geführt. Den Diskussionen anschließen werden sich jedoch auch die abwertenden Meinungen, Vorurteile und Klischees. Beispiele für häufige Äußerungen sind unter anderem, dass die Suizide ohne Vorwarnung geschehen, die betroffenen Menschen nur Aufmerksamkeit haben wollen oder dass das Suizidrisiko steigt, wenn über Suizid gesprochen wird.[2] Umso wichtiger ist es, diese Vorurteile zu beseitigen und über das Thema Suizid aufzuklären, vor allem da auch die Suizidhäufigkeit nicht zu übersehen ist. Dies ist besonders in den sozialen Einrichtungen zu merken, in denen unter anderem Sozialarbeiter täglich mit dem Thema Suizid oder mit dem selbstverletzenden Verhalten der Klienten konfrontiert werden. Sei es in Tageseinrichtungen, in Schulen oder in der Jugendarbeit. Jedoch kann gerade auch die Soziale Arbeit viele Präventionsansätze umsetzen und den suizidgefährdeten Menschen in ihrer verzweifelten Lage helfen.

In meinem Praktikum sind mein Interesse und meine Neugier bezüglich des Themas geweckt worden. Ich habe mit Menschen, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden, auf einer kreativen Art und Weise zusammengearbeitet. Dabei haben viele von ihnen ein selbstverletzendes Verhalten oder eine Vergangenheit gehabt, wo sie sich das Leben nehmen wollten. Mit diesen selbstverletzenden Momenten und Erinnerungen leben diese Menschen ihr Leben lang. Die Klienten vermieden jedoch das Thema anzusprechen. Damit wurde gezeigt, dass der Suizid noch ein Tabuthema in der Gesellschaft ist. Dabei zieht sich die Suizidalität durch alle Altersgruppen und das fehlende offene Sprechen über Suizid in der Gesellschaft, verhindert

[1] Wenig 2022 (Internetquelle)
[2] vgl. Erlemeier 1992, S. 89

dessen Enttabuisierung. Die Unachtsamkeit, bezogen auf suizidale Beweggründe und Präventionsmöglichkeiten, erschwert dies zudem. Die Tatsache, dass vor allem mehr ältere Menschen Suizid begehen, als Jugendliche, überraschte mich sehr und ich merkte, dass der Alterssuizid mir noch sehr unbekannt ist. Die Motivation und das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, einen Zusammenhang zwischen dem Alterssuizid und dem Suizid der Jugendlichen herzustellen. Der Fokus der Untersuchung liegt vor allem auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der suizidalen Beweggründe und der Prävention dieser Altersgruppen. Des Weiteren fragt die Arbeit nach dem Umgang der Sozialen Arbeit mit der Suizidalität, um bestehende Herausforderungen und Grenzen aufzuzeigen, wie auch auf mögliche Verbesserungen hinzuweisen. Die Arbeit soll eine begrenzte Übersicht über das Thema und deren aktuellen Forschungsstand geben.

Für diese Untersuchung unterteilt sich die Arbeit in fünf Kapitle. Dabei beschäftigt sich das erste Kapitel zunächst mit der Suizidalität im Allgemeinen. Darunter befinden sich die Terminologie, sowie die häufigsten Risikofaktoren, welche zu einer Suizidgefährdung führen könnten. Es folgt eine Bestandsaufnahme der Suizidalität in Deutschland, die mit Statistiken untermauert werden. Zum Schluss des Kapitels werden die Erklärungsversuche der Suizidalität erläutert. Dabei werden die Soziologischen,-Psychodynamischen -und die Medizinisch- psychiatrischen Aspekte, begutachtet.

Im zweiten Kapitel wird die Suizidalität in der Sozialen Arbeit untersucht. Dabei wird zunächst auf die bisher gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen der Suizidalität eingegangen, welche auch die Soziale Arbeit betreffen. Des Weiteren werden die Relevanz und Bedeutung, sowie die bestehenden Herausforderungen der Sozialen Arbeit im Umgang mit der Suizidalität untersucht.

Es folgt im dritten Kapitel die Suizidalität bei den Jugendlichen. Zunächst wird die jugendliche Lebensphase genauer beschrieben hinsichtlich des gegenwärtigen Standes und die sich daraus ergebenen Herausforderungen, die die Jugendlichen in ihrer Lebensphase bewältigen müssen. Es folgt im Anschluss eine Erläuterung der möglichen suizidalen Beweggründe.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit dem Alterssuizid. Dabei wird die Lebensphase der älteren Menschen genauer betrachtet, hinsichtlich der wichtigsten Merkmale. Darauf aufbauend werden die am häufigsten auftretenden, möglichen suizidalen Beweggründe erläutert.

Im letzten Kapitel steht die Suizidprävention im Vordergrund. Zunächst wird die Prävention an sich definiert und erklärt. Danach folg der Umgang bzw. die bestehenden Maßnahmen und Präventionsansätze der Sozialen Arbeit mit den Suizidgefährdeten. Der Fokus liegt dabei auf den zwei Altersgruppen- den Jugendlichen und den älteren Menschen- die untersucht werden.

1. Suizidalität

Etwa alle 40 Sekunden weltweit stirbt ein Mensch durch Suizid. Das entspricht 800.000 Menschen jährlich. Alleine in Deutschland sterben 100.000 Menschen jährlich durch einen Suizid. Dabei ist die Anzahl der Suizidversuche noch deutlich höher.[3] Auch wenn die Suizidhäufigkeit eine hohe Zahl beträgt, so gehen die Meinungen bei der Definition und Abgrenzung des Begriffes *Suizid* immer noch auseinander. Dieses Kapitel versucht deshalb die Terminologie, wobei das Wort *Suizidalität* definiert und von anderen Begriffen unterschieden wird, zu erläutern. Es schließen sich die Risikofaktoren, sowie eine Bestandsaufnahme der Suizide in Deutschland an, welche ebenso einen Überblick über die Suizidmethoden und Unterschiede zwischen Altersgruppen und den Geschlechtern geben. Zum Schluss werden die allgemeinen Erklärungsansätze, in Bezug auf ausgewählte Aspekte, beleuchtet.

1.1 Terminologie

Die Beurteilung und Wertung von suizidalen Handlungen haben sich im Laufe der zeitlichen Geschichte verändert. Dies lässt sich auch erkennen in der Entwicklung der Begrifflichkeit. Die aufgelisteten Begriffe dienen der Unterscheidung, sowie auch für ein besseres Verständnis für die nachfolgenden Kapiteln.

Selbstmord

Der Begriff „Selbstmord“ wurde von dem christlichen Einfluss geprägt. Er besitzt ein moralisches Werturteil, da Mord mit einer Verurteilung in Verbindung steht.[4] Nach Thomas Haenel liegt dem Begriff *Selbstmord* zudem eine ausgesprochene negative Bewertung und eine besonders verwerfliche Gesinnung zugrunde.[5] Auch Adrian Holderegger verbindet den Begriff *Selbstmord* mit Mord bzw. mit einer verwerflicher, frevelhafter, aus niederen Motiven erfolgender Tat und verneint somit die Neutralität des Begriffes.[6]

Freitod

Der Freitod beinhaltet die Tatsache, dass der Mensch, als einziges Lebewesen, sein Leben frei gestalten und es somit auch eigenständig und mit freiem Willen beenden kann. Jedoch besitzt dieser Begriff, im Gegensatz zum Selbstmord, häufig eine zu positive Bewertung und bekommt eine gewisse Bewunderung zugetragen. Aus diesem Grund ist „[d]ieser Begriff […] ebenso

[3] vgl. Dreier/Liebherz/Härter, 2022 (Internetquelle)
[4] vgl. Oldenburg 2007, S. 12
[5] vgl. Haenel 1989, S. 4
[6] vgl. Holderegger 1979, S. 33

abzulehnen wie das „freiwillig“ aus dem Leben scheiden: Die große Mehrheit aller Selbsttötungen wird in einer subjektiv hoffnungslos erscheinenden Situation unternommen, in welcher der Suizid als einzig möglicher Ausweg gesehen wird. (Der oder die Betreffende handelt weder „frei“ noch „willig“.)“. [7]

Suizid/Suizidversuch

Der Begriff *Suizid* stammt aus dem lateinischen und nennt sich *„sui caedere*“, was so viel bedeutet wie *„sich selbst töten*“. Es beschreibt eine Handlung, mit der ein Mensch willentlich durch das eigene Tun seinen Tod herbeiführt. [8] Der Suizidversuch kann den Suizid als Ziel haben. Jedoch kann dieser auch als Kommunikationsmittel dienen und beinhaltet häufig einen Appell nach Aufmerksamkeit, Hilfe oder Zuwendung.

Suizidalität

„Der Begriff *Suizidalität* ist weiter gefasst. Er schließt Suizidgedanken, Suizidankündigungen und Suizidpläne mit ein, die als frühe Stadien einer suizidalen Entwicklung auf dem Weg zur Suizidhandlung anzusehen sind“.[9] Wilhelm Rotthaus unterscheidet dabei zwischen einer basalen Suizidalität und dem aktuellen Suizidanlass. Die basale Suizidalität ist dabei meist weniger zugänglich und beinhaltet eine bereits länger bestehende Lebenskrise, die von Hoffnungslosigkeit und von immer mal wieder auftretenden Suizidgedanken geprägt ist. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei dem aktuellen Suizidanlass um ein Geschehen, wie Verlust, Trennung oder eine besonders schwere Kränkung, was das „Fass zum Überlaufen“ gebracht hat.[10]

1.2 Risikofaktoren

„Als Risikofaktoren gelten alle Faktoren, deren Vorliegen für die jeweilige Gruppe oder für das Merkmal signifikant höher liegen als in einer Vergleichsgruppe, in der Regel der Gesamtbevölkerung. Risikofaktoren beziehen sich immer auf eine untersuchte Gruppe von Personen“.[11] Die Risikofaktoren spielen auch bei der Suizidalität eine bedeutende Rolle. Jene zu erkennen und zu bewältigen, kann den Suizid verhindern. Eine Suizidgefährdung kann unter anderem aufgrund alltäglicher Krisen entstehen. Aus diesem Grund wurde „[i]n den letzten Jahren […] der Begriff der Krise im Zusammenhang mit Suizidverhütung immer mehr

[7] Haenel 1989, S. 4
[8] vgl. Oldenburg 2007, S. 12
[9] Rotthaus 2020, S. 10
[10] vgl. Rotthaus 2020, S. 10 f.
[11] Schneider u.a. 2021, S. 173

herangezogen und gewann an Bedeutung […]".[12] Der Begriff *Krise* kann auch als „akute Überforderung" definiert werden. Dabei entwickeln sich die Krisen über mehrere Stunden, Tagen oder Wochen. Das Ereignis, was den Auslöser darstellt, lässt das Problem akut werden. Dementsprechend ist zu beachten, dass auch mehrere Faktoren Anlässe für eine Krise darstellen können. Darunter könnte eine Katastrophen- und Massenbelastung fallen, wie Krieg oder eine Pandemiesituation. Auch die individuellen bzw. persönlichen Belastungen könnten Risikofaktoren darstellen. Die traumatischen Krisen sind gekennzeichnet durch eine plötzlich aufkommende Situation, die mit Schmerzen verbunden ist, sowie auch Veränderungskrisen, wobei ein Vermeidungsverhalten ausgelöst werden könnte. Chronische Krisen würden dabei als eine Folge entstehen.[13] Allgemein sind die psychosozialen Krisen ein Ausdruck für das Erreichen oder Überschreiten der Grenzen des individuellen Anpassungsvermögens. Sie sind mit Verlust, Bedrohungen und Herausforderungen verbunden, wobei die Angst und eine depressive Stimmung häufig in Vordergrund stehen. Dazu können zudem körperliche Beschwerden kommen und eine Suizidgefährdung provozieren.[14]

Zu den Risikofaktoren zählt auch das Burnout-Syndrom, welches heutzutage immer mehr Aufmerksamkeit erregt. Das Burnout-Syndrom beinhaltet vor allem Erschöpfung und eine Depersonalisierung d.h. eine Distanzierung von anderen Menschen und deren Problemen. Auch Leistungsunzufriedenheit und allgemeine Überforderung kennzeichnen Menschen mit dem Burnout-Syndrom. Eine häufige Folge davon sind Depressionen.[15] Zu erwähnen ist auch die Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für eine angehende Suizidgefährdung. „Schließlich stellt der Arbeitsplatz für viele Lohnabhängige nicht nur die ökonomische Basis dar, sondern sie beziehen daraus ihr Selbstwertgefühl und finden so ihre Identität und ihren Platz in der Gesellschaft. Dies alles gerät durch den Verlust des Arbeitsplatzes in Wanken".[16] Der Verlust des Arbeitsplatzes und die mögliche darauffolgende Arbeitslosigkeit kann mit vielen Emotionen verbunden sein, wie Angst, Hoffnungslosigkeit, Demütigung, Trauer und Verzweiflung. Daraus können Depressionen und Suizidgedanken resultieren. Insgesamt hängt die Suizidgefährdung von dem Krisenanlass und dessen subjektiven Bedeutung für den Betroffenen, von dessen Krisenanfälligkeit und von der Reaktion der Umwelt ab. Dazu zählt auch die Hilfsmöglichkeit, die der Betroffene selbst hat, sowie das Maß seiner sozialen Integration.[17] Die Krisen sollten als eine Warnreaktion erkannt und nicht missachtet werden.

[12] Haenel 1989, S.47
[13] vgl. Sonneck u.a. 2016, S. 30 ff.
[14] vgl. Sonneck u.a. 2016, S. 62
[15] vgl. Sonneck u.a. 2016, S. 40
[16] Sonneck u.a. 2016, S. 243
[17] vgl. Sonneck u.a. 2016, S. 160

Dabei sollte auch die Hilfe anderer wahrgenommen werden und sich die Gefahr selbst bewusst machen. „Da die affektive Belastung in Krisensituationen sehr hoch ist, besteht eine starke Tendenz zur Entlastung, die sich einerseits in destruktiven, oft kurzschlüssig- impulsiven Handlungen und anderseits in langwierigen körperlichen und seelischen Störungen sowie einer Änderung des Sozialverhaltens manifestieren kann“.[18]

Zu beachten sind jedoch auch die Risikogruppen, die einer Suizidgefährdung allgemein näherstehen könnten, als andere Menschen. Darunter zählen Depressive aller Arten, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, Alte und Vereinsamte, Personen, die durch eine Suizidankündigung auffallen und Personen, die einen Suizidversuch hinter sich haben. Vor allem Menschen, die unter depressiven Stimmungen leiden, sind betroffen. „Gegenüber den apathisch-gehemmten Formen neigen solche Kranke eher dazu, aus ihrem Gefühl des Lebensüberdrusses, der Hoffnungslosigkeit und der Sinnlosigkeit einen Suizidimpuls in die Tat umzusetzen“.[19] Jedoch auch andere nicht zu unterschätzende Risikogruppen existieren. Darunter zählen Klienten mit einem schweren somatischen Leiden, gewisse Berufsgruppen, Studenten, Geschiedene und Schizophrene. Dabei sollten auch Überschneidungen unter und mit anderen Gruppen beachtet werden.[20] Auch Menschen mit einer körperlichen Erkrankung, wie Krebs oder Schlaganfall, können häufig psychosoziale Folgen mit sich ziehen, sowie auch Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung, mit Migrationshintergrund oder Gefängnisinsassen. [21] Zu bedenken ist die Tatsache, dass hinter jeden dieser Risikofaktoren die Stigmatisierung ein Grund darstellt, warum eine Lebenskrise zu einer suizidalen Krise werden kann. Das Schamgefühl belastet die Menschen und unterdrückt das Suchen und Fragen nach Hilfe. „Menschen, die sich offen zu psychischen Störungsbildern bekennen, drohen Arbeit und Status zu verlieren bzw. werden erst gar nicht eingestellt“.[22]

1.3 Bestandsaufnahme der Suizidalität in Deutschland

Für die Untersuchung und für das Entgegenwirken der Suizidalität sollte die Bedeutung des statistischen Erfassens nicht unterschätzt werden. Jedoch sollte auch bei der Bestandsaufnahme von der Suizidalität in Deutschland die Unvollständigkeit dieser Suizidstatistiken beachtet werden. Die Dunkelziffer der Suizidbegehungen ist, nach Meinungen vieler Forscher, aus verschiedenen Gründen sehr hoch.[23] Die Daten stammen meist von staatlichen oder

[18] Sonneck u.a. 2016, S. 63
[19] Haenel 1989, S. 52
[20] vgl. Haenel 1989, S. 54
[21] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 22
[22] Schneider u.a. 2021, S. 132
[23] vgl. Holderegger 1979, S. 59

halbstaatlichen Erhebungsgremien, wie der Polizei oder von Gesundheitsorganisationen. Ob ein Suizid als Todesursache vorliegt und der Tod mit Absicht herbeigeführt wurde, ist häufig nicht erkennbar oder sofort festzustellen. „In den wenigsten Fällen liegen authentische, schriftliche Mitteilungen des Suizidanten vor (15-20%), welche die Suizidabsicht bezeugen. Für die Diagnose ist man deshalb zumeist auf das Handlungsarrangement und auf Äußerungen Dritter angewiesen".[24] Jedoch kann auch eine Verheimlichung der Familienmitglieder vorliegen, aufgrund der Angst vor Prestigeverlust, vor negativem und diskriminierendem Verhalten der Umwelt oder vor strafrechtlicher Verfolgung. Auch Versicherungstechnische Überlegungen oder der kirchliche Glaube können Gründe darstellen, weshalb Suizide versucht werden zu kaschieren oder sie erst gar nicht zu melden. Die Folge ist, dass Suizidfälle als Unfall registriert werden und die Statistiken das wahre Suizidproblem nicht erfassen können.[25]

Mit diesem Hintergrundwissen können Statistiken trotzdem einen groben Überblick über die Bestandsaufnahme der Suizidalität in Deutschland verschaffen. So haben im Jahr 2019 deutschlandweit 9.041 Menschen sich das Leben genommen. Das ist mehr, als wenn die Fälle von Verkehrsunfällen, Drogen, Mord oder HIV zusammengerechnet werden. Diese liegen in den letzten zehn Jahren bei einem Wert zwischen 285 und 3.600 Fällen, wobei die Suizidfälle zwischen den Werten von 9.041 und 10.209 liegen. Zu erkennen ist, dass sich die Suizidfälle, wie auch die Verkehrsunfälle, reduzieren. Auch wenn sich der Wert nur mit Schwankungen minimiert hat (Abbildung 1). Die Abnahme der Suizidfälle lässt sich nicht genau erklären, sondern nur erahnen. Eine exakte Ursache oder vielleicht eine hilfreiche Maßnahme ist schwer festzustellen. Vielmehr ist es ein Zusammenspiel aus mehreren Faktoren. Jedoch ist zu bedenken, dass sich innerhalb von zehn Jahren die Versorgungsmaßnahmen weiterentwickelt haben und versucht wird, die Aufklärung, sowie die mediale Berichterstattung, zu verbessern.

Es gibt unterschiedliche Methoden einen Suizid zu begehen. In Deutschland wurden in den Jahren 2000 bis 2019 folgende Methoden in Statistiken erfasst: Erhängen, Sturz, Rauch/Feuer, Medikamente, Ertrinken, Gase, Schusswaffe, „Bewegendes Objekt" oder sonstige eher unbekanntere Methoden (Abbildung 2). Dabei wird unterschieden zwischen harte bzw. aktive und weiche bzw. passive Suizidmethoden. Die meist verbreitete Methode ist das Erhängen bzw. das Strangulieren. Es wurden dabei im Jahr 2019 4.074 Fälle aufgenommen. Jedoch ist auch zu erkennen, dass dieser Wert gesunken ist. Die zweit häufigste Suizidmethode ist die Einnahme von Medikamenten. Es handelt sich im Jahr 2019 dabei um einen Wert von 968 Suizidfällen, sowie auch der Sturz, der bei einem Wert von 917 Fällen liegt. Das Selbsttöten mit einer

[24] Holderegger 1979, S. 58
[25] vgl. Holderegger 1979, S. 58 f.

Schusswaffe betrug im Jahr 2019 einen Wert von 666 Suizidfällen, jedoch auch dieser Zahl geht zurück. Bei der Auswahl der Suizidmethode ist die kognitive Verfügbarkeit von Bedeutung. Zudem kann die Verbreitung über das Wissen einer bestimmten Methode einen großen Einfluss auf die Suizidrate nehmen. So sind beispielsweise die Zahlen bei der Kohlenmonoxid- Vergiftung mit Holzkohlengrill in anderen Ländern gestiegen, die in Asien ihren Ursprung fand. Die Wachstumsrate dieser sehr tödlichen Suizidmethode stieg in Deutschland in den letzten Jahren stark an.[26]

Die Statistiken weisen zudem bei der Suizidalität auf die Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen hin. Yannick Schaar und Marc Schipper arbeiteten eine Statistik aus, in der die Suizidfälle von den unter 35 -Jährigen, 35 bis 64- Jährigen und über 65 -Jährigen von dem Jahre 1980 bis 2015 aufgezeichnet werden (Abbildung 3). Gemessen an der Gesamtbevölkerung ist die Altersgruppe der über 65 -Jährigen übermäßig in der Suizidstatistik vertreten. Im Jahre 1980 waren es über 18.000 Suizidfälle in Deutschland. Darunter begangen 3.934 Personen Suizid, die unter 35 Jahre waren, sowie 8.614 Personen, die zwischen 35 und 64 Jahre alt waren. 5.902 waren darunter über 65 Jahre alt. Im Vergleich dazu starben im Jahr 2015 in Deutschland 10.080 Personen an Suizid. Darunter betrug der Wert des Alterssuizids (über 65-Jährigen) 3.780. Das sind 37,5 % der Gesamtfälle. Die Suizidfälle dieser Altersgruppe waren damit beinah doppelt so hoch, wie ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Der Wert der unter 35 -Jährigen betrug dabei 1.444 und von den 35 bis 64 -Jährigen 4.856. Insgesamt sinkt die Suizidrate in den Jahren von 1980 bis 2015, jedoch ist zu sehen, dass die Suizidfälle bei den 65- Jährigen seit 2011 wieder ansteigen. Auch ist von Bedeutung, dass das Suizidrisiko mit zunehmendem Alter steigt. Dabei könnten soziale Stressoren, körperliche und psychische Beeinträchtigungen oder der Einsatz härter Suizidmethoden eine Begründung darstellen.[27] Weitere mögliche Gründe für den Alterssuizids, werden im Verlauf dieser Arbeit genauer erläutert.

In den meisten statistischen Suizidstudien ist festzustellen, dass Männer häufiger Suizid begehen, als Frauen. Schon im Jahr 1990 waren von 13.924 Suizidfällen 9.534 Männer und nur 4.390 Frauen. Zwar sank die Suizidrate bis 2019, jedoch der höhere Wert von den beiden Geschlechtern blieb bei den Männern bestehen. So waren es im Jahr 2019 von insgesamt 9.041 Fällen 6.841 Männer, die Suizid begingen und 2.199 Frauen. Das männliche Geschlecht nimmt somit 75% Anteil an der Suizidrate (Abbildung 4). Für dieses Verhalten wurde bisher keine eindeutige verantwortliche Variable gefunden. Vermutungen weisen auf die soziokulturellen und gesellschaftlichen Faktoren hin, die geschlechtstypische Unterschiede aufweisen.

[26] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 42 f.
[27] vgl. Schaar/Schipper, 2022 (Internetquelle)

Auch das „Naturgesetzt“ wurde als Begründung herangezogen, wodurch der Frau eine größere Überlebensvitalität zukommt und der Mann weniger vitale Resistenzkräfte besitzt und somit „todesanfälliger“ ist.[28] Die Psychologin Fanny Jiménez gab ein komplexes Ursachengeflecht als Begründung an. Die Suizide der Männer unterscheiden sich schon in der Impulsivität, dem stärkeren Entschluss zu sterben und den gewalttätigeren Methoden von den der Frauen. Meistens sind es Kurzschluss-Suizide, die mit Aggressionen bestärkt werden, welche Männer mehr besitzen, als Frauen. Das männliche Geschlecht tut sich zudem mit psychischen Problemen und Verlusten schwerer und suchen sich seltener Hilfe bzw. nehmen diese nicht an. Somit können Krankheiten nicht zeitig behandelt werden. Dazu erwähnt Martin Teising, dass Frauen eher als psychisch krank diagnostiziert werden und ihnen Hilfe angeboten wird. Dementsprechend existiert häufig noch eine geschlechtsspezifische Zuschreibung.[29] Auch Gefühle zu erkennen, zu benennen und einzugestehen fällt dem männlichen Geschlecht nicht so leicht, wie den Frauen. Eine besondere Rolle spielt letztendlich auch die Partnerin bzw. die Ehefrau im Leben eines Mannes. Jene gilt als emotionaler Anker und Pflegerin seiner sozialen Kontakte. Aus diesem Grund begehen häufig verwitwete, geschiedene oder getrennte Männer Suizid.[30]

1.4 Erklärungsansätze der Suizidalität

Knud Eike Buchmann erwähnt zu der Entstehung der Suizidalität: „Es handelt sich bei einem Suizid wohl immer um multifaktorielle Ursachen, die sich überlappen. Interessant ist, dass Suizid nicht generell mit mangelnder oder höhere Intelligenz korellieren“.[31] Somit existieren Aspekte, aber auch Theorien, die den Suizid entstehen bzw. erzeugen lassen können. Davon werden in diesem Kapitel einige ausgewählt und genauer erläutert. Zu berücksichtigen ist dabei auch die Tatsache, dass suizidale Handlungen meist das Ende eines langandauernden Prozesses sind.[32]

1.4.1 Soziologische Aspekte

Für die Erläuterung der soziologischen Aspekte, sollte die Sichtweise des Gründers der modernen Soziologie, Emile Durkheim, herangezogen werden. „Obwohl Durkheim seine Monographie „Le suicide“ schon Ende des letzten Jahrhunderts verfaßt hat (1897), darf sie heute noch zu den ausführlichsten, originellsten und methodenkritischen Arbeiten zum Suizidproblem

[28] vgl. Holderegger 1979, S. 71
[29] vgl. Teising 1992, S. 46
[30] vgl. Jiménez 2022 (Internetquelle)
[31] Buchmann 2017, S. 81 f.
[32] vgl. Haenel 1989, S. 20

gerechnet werden".[33] Im Vordergrund seiner Untersuchungen stand die Gesellschaft und dessen Auswirkungen auf jede einzelne Person als Faktor für Suizidalität. Der Grad der Integrationsfähigkeit einer Gesellschaft hängt von den sozialen Normen, Werten, Gesetzen, sowie von der Art und Funktion der sozialen Kontrolle ab. Dabei spielt die Beziehung der Mitglieder untereinander eine wichtige Rolle.[34] Adrian Holderegger schlussfolgert daraus: „Je mehr Übereinstimmung in den Grundvorstellungen und Grundwerten in einer Gruppe herrscht, und je intensiver die dadurch ermöglichten Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern sind, um so eher ist eine geringere Suizidrate der betreffenden Gruppen zu erwarten".[35] Durkheim erforschte drei wichtige Suizidtypen:

Egoistischer Suizid

Der egoistische Suizid ist der „Ausdruck einer fehlenden gesellschaftlichen Verankerung".[36] D.h. es herrscht in der Gesellschaft eine zu schwache Integration und das „egoistische"-Individuum stellt seine eigenen Interessen über die sozialen Interessen. Dieses Verhalten ist, nach Durkheim, ein Verstoß gegen die soziale Natur des Menschen und begünstigt die Beziehungsschwäche und die Isolation bzw. verhindert die Integration in die Gesellschaft. Gemeinsame, zielgerichtete Anstrengungen, wie in Kriegszeiten, können die individuellen Interessen in den Hintergrund treten lassen und den interaktiven Zusammenschluss fördern bzw. die Suizidrate dabei sinken lassen.[37]

Altruistischer Suizid

Im Gegensatz zu dem egoistischen Suizid entsteht der altruistische Suizid aufgrund einer (zu) starken Integration in die Gesellschaft, wobei die einzelnen Personen keine eigenen, individuellen Interessen ausleben können, sowie keine eigenen Handlungs- und Entscheidungsfreiheiten besitzen.[38] „Er [der Einzelne] ist integriert bis zur Ermüdung".[39]

Anomischer Suizid

Auch wenn die mehr oder weniger starke Bindung des Einzelnen an die Gemeinschaft eine bedeutende Rolle spielt, so ist auch die Gesellschaft selbst durch ihre Art und Weise, wie sie das

[33] Holderegger 1979, S. 109
[34] vgl. Oldenburg 2007, S
[35] Holderegger 1979, S. 111
[36] Teising 1992, S. 50
[37] vgl. Holderegger 1979, S. 112
[38] vgl. Oldenburg 2007, S. 21
[39] Teising 1992, S. 50

gesellschaftliche Leben reguliert, entscheidend verantwortlich für die Suizidquote.[40] „Den Zustand der Gesetzlosigkeit, in dem gesellschaftliche Werte nichts mehr gelten, nennt Durkheim Anomie".[41] Dabei steht das menschliche Handeln nicht mehr unter allgemeinen Verhaltensregeln und ist ohne Orientierung, wie in wirtschaftlichen oder politischen Krisen und Veränderungen. Frustation und Unzufriedenheit können Folgen des Einzelnen sein und die Suizidquote in negativer Weise beeinflussen. Die Gesellschaft büßt sich dementsprechend ihre kontrollierende Kraft ein.

1.4.2 Psychodynamische Aspekte

Oldenburg nennt zu den psychodynamischen Aspekten der Suizidalität Einflussfaktoren wie Kindheitserinnerungen, Aggression, geringes Selbstwertgefühl, Todesinstinkt, Sinn- und Hoffnungslosigkeit, sowie auch die suizidalen Gedanken.[42] Dementsprechend existieren aggressions-narzissmus-und objektbeziehungs Theorien. Nach Freud (1917) entstand in Bezug auf die Suizidalität die *Aggressionstheorie*. Diese besagt, dass ein Suizid aufgrund eines autoaggressiven Verhaltens entsteht, welches wiederrum durch einen inneren Konflikt entstehen kann. D.h. die Aggression des Einzigen richtet sich dabei nicht nach außen, sondern auf sich selbst.[43] „Je abhängiger sich ein Mensch von einem einzigen anderen fühlt, desto schwerer ist es bei Enttäuschungen oder Kränkungen, seinen Ärger darüber auch auf diese Person zu richten".[44] Kral Menninger (1938) ist der Ansicht, dass der Suizid ein Ausdruck dreier Tendenzen ist. Zum einen der Wunsch zu töten. Dieser wendet sich gegen sich selbst mit aggressiver Kraft, die durch ein enttäuschendes Objekt/Person erzeugt wird. Zum anderen der Wunsch getötet zu werden, um den Konflikt zwischen dem Wunsch zu töten und dessen Verbot zu töten, lösen zu können. Die dritte Tendenz ist der Wunsch zu sterben, bei dem der Todestrieb des Menschen zum Ausdruck kommt.[45] Diese drei Tendenzen zeigen, dass die Persönlichkeit aus einem masochistischen und sadistischen Komplex besteht. Zu der Aggressionstheorie fügt sich die Theorie der *„Narzisstischen Krise"* bei. Denn nach dem narzissmustheoretischen Suizidforscher Henseler (1974) sind narzisstische Störungen der Grund für die Suizidalität. Ein sehr geringes Selbstwertgefühl und eine verunsicherte Persönlichkeit sind dabei häufig vorkommende Symptome. „Kann der Betroffene Misserfolge oder Kränkungen wie Trennung, Trennungsdrohungen oder Enttäuschungen durch den Partner nicht adäquat bewältigen,

[40] vgl. Holderegger 1979, S. 113
[41] Teising 1992, S. 50
[42] vgl. Oldenburg 2007, S. 31
[43] vgl. Oldenburg 2007, S. 23
[44] Teising 1992, S. 61
[45] vgl. Teising 1992, S. 74

versucht er dies durch früher gelernte Verhaltensmuster zu kompensieren".[46] Dies sind wiederum unreife Abwehrmechanismen, Projektionen, Spaltungen, Verleugnungen und Idealisierungen, um dessen Selbstwertgefühl zu retten. Der Suizid wird in solchen Fällen als eine Rettung angesehen, in der Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit zu finden sind. Die letzte Theorie ist die *Objektbeziehungstheorie*. Sie besagt, dass eine Beziehung zwischen Subjekt und Objekt entstehen kann, aufgrund der Erfahrungen von Hunger, körperlichen Missempfindungen, von Unlust oder Enttäuschungsgefühlen. Das Fehlen bereitet dem Subjekt ein Gefühl von Unbehagen.[47] Die Objektbeziehungstheorie beinhaltet zudem die Untersuchungen, dass sich die Suizidalität im Laufe der Lebensgeschichte verändern kann bzw. dass sich die unterschiedlichen Suizidalitätsformen erneut aktualisieren und wieder auftreten können.[48] Die Objektbeziehungstheorie steht nah zu der „Narzisstischen Krise", da sich die Gefühlszustände ähneln.

1.4.3 Medizinisch- psychiatrische Aspekte

Für eine Erklärung von Suizidalität sollten auch die medizinischen-psychiatrischen Aspekte in Betracht gezogen werden. Der Suizid wird in den medizinischen Erklärungsperspektiven als ein *Symptom* einer psychischen Störung oder Krankheit bezeichnet.[49] Norbert Erlemeier ist der Ansicht, dass der Suizid ein Resultat eines psychopathologischen Prozesses ist, der seine Ursprünge bereits in der frühen Kindheit hat.[50] Der Suizidforscher der Nachkriegszeit, Erwin Ringel, fasst 1953 drei prägende, dem Suizidversuch vorausgehende, Phasen zusammen. Zusammen werden diese Phasen als das präsuizidale Syndrom bezeichnet.[51] Die Einengung ist einer dieser Phasen. Sie bezieht sich auf ein subjektives Gefühl der Bedrängnis. „Die Behinderung [die Bedrängnis] kann durch objektive Außenfaktoren oder durch die subjektive Wahrnehmung der Umwelt verursacht sein. Der Betroffene hat den Eindruck, daß ihm immer weniger Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Suizid wird als letzte Handlungsmöglichkeit gesehen".[52] Aufgrund der eingeschränkten Freiheit, Handlungs- und Entfaltungsmöglichkeit, entsteht das Gefühl der Ausweglosigkeit. Zudem geht der Antrieb und das Interesse an der Welt verloren und spontane Reaktionen werden unmöglich. Alle Ereignisse, Vorstellungen und andere Gefühle werden durch eine schwarze Brille gesehen d.h. mit einer

[46] Oldenburg 2007, S. 24
[47] vgl. Teising 1992, S. 78
[48] vgl. Oldenburg 2007, S. 24
[49] vgl. Holderegger 1979, S. 129
[50] Erlemeier 1992, S. 59
[51] vgl. Oldenburg 2007, S. 24 f.
[52] Teising 1992, S. 58

negativen Sichtweise.[53] Der Ansicht nach von Norbert Erlemeier, sind die selbstdestruktiven Verhaltensweisen in ausweglosen Belastungssituationen ein Ergebnis der individuellen Lebensgeschichte.[54] Als eine Phase wird auch die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression angegeben. Diese wurde in der Aggressionstheorie nach Freud schon genauer unter den psychodynamischen Aspekten erläutert. Die dritte Phase wird als eine Flucht in die Phantasiewelt beschrieben. Häufig existiert dabei die Vorstellung tot zu sein, was wiederum der Entlastung dient. „Besonders kritisch wird es, wenn sich aus den aktiven und als befreiend erlebten Phantasien Zwangsgedanken entwickeln, die passiv aufgezwungen erlebt werden und immer beherrschender werden".[55] Das präsuizidale Syndrom geht einher mit einem langen Prozess, bestehend aus Kränkungen, Enttäuschungen, Misserfolgen und dem Gefühl der Ausgrenzung, indem das Selbstwertgefühl verletzt wird. Erst dann entscheidet sich der Betroffene bewusst oder unbewusst für einen selbstzerstörerische Weg.[56]

Zu den medizinische-psychiatrischen Aspekten als Ursache der Suizidalität, zählen auch psychische Krankheiten, die als Risikofaktoren schon erwähnt wurden. Die am häufigsten und wichtigste psychische Erkrankung heutzutage ist die Depression. Die Symptome können unterschiedlich ausgeprägt sein, ähneln jedoch den Aspekten des Suizids. Darunter zählt beispielsweise Selbsthass, Pessimismus, Unzufriedenheit, Isolierung oder Ermüdung. Jedoch auch Suchterkrankungen, in Bezug auf verschiedenen Arten von Genussmitteln, sind häufig vertreten und sind Ursachen der Suizidalität. „Demnach haben in Deutschland etwa 13% aller Menschen über 15 Jahren einen riskanten bzw. missbräuchlichen Alkoholkonsum mit […] möglichen Spätfolgen auf Suizidalität".[57] Allgemein sollte nicht die Kombinationen mit anderen psychischen Erkrankungen vergessen werden, wie Schizophrenie, affektive Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Hirnorganische Störungen oder biologische Aspekte.

[53] vgl. Teising 1992, S. 59
[54] vgl. Erlemeier 1992, S. 67
[55] Teising 1992, S. 63
[56] vgl. Oldenburg 2007, S. 25
[57] Oldenburg 2007, S. 27

2. Suizidalität in der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit ist bekannt für die Vielfältigkeit ihrer Einsatzbereiche und Tätigkeiten. Begegnungen mit Menschen in den unterschiedlichsten Altersgruppen, sowie in verschiedenen körperlichen und psychischen Zuständen, ist ein bedeutsames Merkmal der Soziale Arbeit. Dabei spielt überall die Suizidalität eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel die rechtlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Suizidalität untersucht, sowie auch die Relevanz der Sozialen Arbeit und die Herausforderung, die das Thema Suizid in der Sozialen Arbeit mit sich bringen kann.

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

In der Gesetzgebung wird der Umgang mit der Suizidalität immer noch diskutiert. Der assistierte Suizid, der bei der Selbsttötung hilft, findet demnach in einer rechtlichen Grauzone statt. Das Merkmal des assistierten Suizids ist die Selbsteinnahme des Medikaments vom Klienten. Dies wird bei der aktiven Sterbehilfe nicht getan, weshalb diese in Deutschland verboten ist. Erlaubt sind in Deutschland die passive und indirekte Sterbehilfe. „Als passive Sterbehilfe wird der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bezeichnet. Dazu zählt z.B. der Verzicht auf Ernährung, Bluttransfusion oder Beatmung“.[58] Dies kann mit einer Patientenverfügung genauer geregelt werden. Bei der indirekten Sterbehilfe kann dem Klienten ein Medikament gegen die Schmerzen verabreicht werden, die zur Folge haben, dass dieser früher verstirbt.[59] Es wurden zudem, in Bezug auf die Suizidalität, einige Urteile am 26. Februar 2020 von dem Bundesverfassungsgericht verfasst. Dabei ist hervorzuheben, dass das selbstbestimmte Sterben bzw. der Suizid nicht strafbar ist, aufgrund seines Ausdrucks der persönlichen Autonomie (Art. 2 Abs. 1, wie auch Art. 1 Abs. 1 im GG). Jedoch gibt es die Überlegung, dass staatsrechtlich gesehen, das Grundgesetz in Ausgestaltung des Art. 1 Abs. 2 GG die Würde des Menschen absolut schützt, woraus folgt, dass auch ein zum Suizid entschlossener Mensch auf seine Menschenwürde nicht verzichten kann.[60] Die Urteile beinhalten die Tatsache, dass es erlaubt ist, bei einem Dritten Hilfe zu suchen, soweit dessen Hilfe angeboten wird. Dies soll das Recht auf Freiheit untermauern. Jedoch kann niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Demnach werden die Beihilfe und Anstiftung zum Suizid nach deutschem Recht nicht bestraft, im Gegensatz zu einer Verleitung eines Schuldunfähigen zum Suizid. Dabei kann ein Totschlag in mittelbarer Täterschaft vorliegen. Insgesamt sollen die strafrechtlichen Maßnahmen

[58] Geier/Thun, 2022 (Internetquelle)
[59] vgl. Geier/Thun, 2022 (Internetquelle)
[60] vgl. von Senarclens/Haug 2020, S. 39

gerechtfertigt sein. Somit sollte geprüft werden, ob Mord (§§212 StGB), Totschlag (§§213 StGB) oder Tötung auf Verlangen (§216 StGB) vorliegen, sowie auch eine unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB), um einen Suizid wirklich auszuschließen zu können. Besonders bei der Strafbarkeit infolge eines Unterlassens wird dabei die *Garantenstellung* untersucht. „Sie bezeichnet die Pflichten einer Person, dafür einzustehen, dass ein bestimmter tatbestandlicher Erfolg nicht eintritt".[61] Eine Garantenstellungen existiert z.B. beim Psychiater einer Klinik gegenüber seinen Patienten. Allgemein gilt jedoch die Pflicht zur Hilfeleistung bei Menschen in Unglücksfällen, Gefahr oder Not, welche auch Sozialarbeiter wahrnehmen sollten. „Aus Sicht der Rechtsprechung folgt daraus, dass bei einem Streben nach Selbstmord von einem Unglück auszugehen ist und bei einem schon beendeten Suizidversuch dem Verletzten oder bewusstlosen Menschen immer zu helfen ist".[62] Der §217 Abs. 1 StGB, welcher die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung verbietet, steht jedoch dabei in Kritik. Der Paragraph macht es dem Suizidwilligen unmöglich, eine angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen. Ein weiteres Urteil befasst sich ebenfalls mit der assistierten Selbsttötung, welche sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Schutzaspekte bewegt. Der Suizidwillige sollte sich bei der Suche nach Unterstützung im Klaren sein, dass er in Kollision tritt, zu der Pflicht des Staates und des Rechts, welche versuchen das Leben jedes Einzelnen zu schützen. Die Verfassung bzw. das Strafrecht versucht allgemein einen präventiven Schutz darzustellen, jedoch sollte beachtet werden, dass der Zugang zu *freiwilligen* bereitgestellten Suizidhilfen eröffnet bleiben soll. [63]

2.2 Relevanz und Bedeutung

Die Soziale Arbeit besitzt bei dem Thema Suizid eine wichtige Relevanz und ihr kommt eine besondere Bedeutung zu. Aus diesem Grund wird die Soziale Arbeit, in Bezug auf die Suizidalität, genauer untersucht. „In der Sozialen Arbeit wird häufig von Niederschwelligkeit in Bezug auf Arbeits- oder Herangehensweisen psychosoziale Dienste gesprochen".[64] Der Begriff der Niederschwelligkeit ist schwer zu definieren. Häufig bezeichnet *Niederschwelligkeit* die Aufhebung von Verknüpfungen mit Vorbedingungen, sodass jenes Angebot schnell und unbürokratisch zu erhalten ist und ein interaktionelles Geschehen dabei ablaufen kann. Die Angebote sind an die Zielgruppen und deren Bedürfnisse angepasst, welche abhängig von inneren und äußeren Umständen einer Person sind. Die niederschwelligen sozialen Hilfsangebote unterliegen einigen Kriterien. Darunter zählt die Anonymität, Vertraulichkeit,

[61] von Senarclens de Grancy/Haug 2020, S. 39
[62] von Senarclens de Grancy/Haug 2020, S. 40
[63] vgl. Bundesverfassungsgericht, 2022 (Internetquelle)
[64] Schneider u.a. 2021, S. 216

Freiwilligkeit der Klienten, individuelle Settings, flexible Zugangswege, sowie eine angemessene Informations- und Kommunikationsform und die Anschlussfähigkeit zu anderen Angeboten. Die Soziale Arbeit kommt den Hilfesuchenden mit Offenheit entgegen und versucht dementsprechend die Suizidalität als subjektiven Lösungsversuch in einer schwierigen Situation zu respektieren, anzunehmen, auszuhalten und gemeinsam nach alternativen Möglichkeiten zu suchen. Zudem kommt der Sozialen Arbeit eine wichtige Bedeutung zu, da sie die wissenschaftlich basierte mediale Informations- und Kenntnisvermittlung fördert, um somit das Thema Suizid zu enttabuisieren. Dafür wird versucht, Seminare oder auch Schulprojekte zu gestalten. Allgemein unterstützt die Soziale Arbeit die Überwindung von den Schwellen zu den Hilfen und Unterstützungen. Schwellen bzw. auch Barrieren sind unter anderem die Stigmatisierung und Diskriminierung der betroffenen Personen, die Hürden im Gesundheitssystem wie z.B. die Wartezeit oder die psychischen Barrieren der Betroffenen in Bezug auf dessen Angst sich zu offenbaren bzw. sich das Problem selbst einzugestehen. Die Soziale Arbeit bietet dementsprechend professionelle, semiprofessionelle, laiengestützte oder präventive Angebote an, mit dem Ziel einer wirksamen Unterstützung und mit einer Reduktion der Suizidgefahr, die mit möglichst geringem Aufwand verbunden ist. Bezogen auf den geringen Aufwand sind niedrige formale Hürden gemeint, welche sich beispielsweise auf die Minimierung der zeitlichen Verzögerung oder des Kostenaufwands beziehen. Zu berücksichtigen werden zudem die psychischen, sozialen, kulturellen und körperlichen Barrieren der jeweiligen Personen. Dafür bietet die Soziale Arbeit eine Vielfalt von unterschiedlichen Angeboten an, wie z.B. Telefon-Hotlines, E-Mail-Beratung, Foren, lokale Krisendienste, Beratungsstellen, psychosoziale Zentren oder Selbsthilfegruppen.[65] Das Besondere ist, dass die Soziale Arbeit die niederschwelligen Angebote Personen- und Situationsspezifisch gestalten. „Gruppen, welche diesbezüglich unterschieden werden sollten, sind unter anderem Kinder, Jugendliche, alte Menschen, körperlich schwer kranke Menschen, geschlechtsspezifische Gruppen, Nicht-Deutschsprachige, Asylsuchende, Migrantinnen und Migranten, Angehörige nach Suizid, Strafgefangene oder bildungsferne Menschen“.[66]

Wie relevant die Soziale Arbeit ist, zeigt sich unter anderem durch die betriebliche Sozialberatung d.h. aufgrund ihres Handelns in verschiedenen Berufsgruppen, kann der Suizid vorgebeugt werden. Bestimmte Arbeitsgruppen besitzen ein höheres Suizidrisiko, als andere. Darunter zählen die Berufe in der Medizin, bei der Polizei, in der Landwirtschaft oder in der Streitkraft. Die betriebliche Soziale Arbeit ist ein Bestandteil des betrieblichen

[65] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 216 f.
[66] Schneider u.a. 2021, S. 217

Gesundheitsmanagement und beinhaltet verschiedene Tätigkeiten. Zum einen die Beratung von Mitarbeitern zu persönlichen, familiären, wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Fragestellungen. Zum anderen die Konfliktberatung oder die Fachberatung für Führungskräfte, welche häufig das Kommunikationsverhalten, die Schlüsselqualifikationen oder die Suchtprävention beinhaltet. Die betriebliche Sozialberatung bietet Kriseninterventionen bei einem Todesfall, Case-Management, Teamentwicklungsmaßnahmen oder auch Öffentlichkeitsarbeit an. Zudem dient sie der Aufklärung und Informationsweiterleitung und kann als Begleitung bei Veränderungsprozessen helfen, sowie Angebote bei Kinderbetreuung oder bei der Pflege suchen. Für die Organisationen ist die betriebliche Sozialberatung freiwillig, sollte jedoch bei der Suizidverhinderung in Betracht gezogen werden.[67] Allgemein ist die Soziale Arbeit in der Medizin vertreten, welche auch die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Leidensminderung und Nachsorge beinhaltet.[68] Der Sozialen Arbeit wird, aufgrund ihres aufgezeigten vielfältigen Netzwerkes, bestehend aus verschiedenen Berufsgruppen, ihrer Angebote und ihrer Formate eine besondere Bedeutung und Relevanz, bezogen auf die Suizidthematik, zugesprochen.

2.3 Herausforderungen

Die Soziale Arbeit trägt, aufgrund ihrer Bedeutung und Relevanz in der Suizidthematik, eine große Verantwortung. Das Ziel, den Betroffenen zu helfen, ist mit vielen Anstrengungen und Herausforderungen verbunden. Schon alleine das Erkennen und das Erfassen der Suizidgründe kann häufig kompliziert sein. Da Psychische Erkrankungen ein erhöhtes Suizidrisiko mit sich bringen, sollte dennoch nicht die Suizidalität auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung begründet werden. Dies sollten Sozialarbeite bei ihren Tätigkeiten beachten. Eine große Herausforderung in der Suizidalität ist für die Soziale Arbeit das Erfassen aller Risikogruppen. Damit sind die Betroffenen in einer Fluchtsituation, in Haft oder Homosexuelle gemeint, die häufig weniger beachtet werden. Dies jedoch liegt an der strukturellen, ressourcenbezogenen, finanziellen Problemlage, mit der die Soziale Arbeit aktuell zu kämpfen hat. Darunter fallen die nicht ausreichenden personellen- und zeitlichen Ressourcen. Dies hat zur Folge, dass nicht genügend Plätze und fachärztliche Behandlungen den Betroffenen zur Verfügung stehen. Es sollten nicht nur Menschen in, sondern auch nach einer suizidalen Krise behandelt werden, denn „[w]er einen Suizidversuch durchführt, geht häufig innerhalb von 24 Stunden wieder nach Hause, hat keine Weiterbehandlung und somit keine Hilfe“.[69] Auch dürfen nicht die

[67] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 124 f.
[68] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 170 f.
[69] Schneider u.a. 2021, S. 182

Nahestehenden bzw. Angehörigen der suizidalen Person vergessen werden, welche eine Beratung oder Behandlung von Nöten hätten. Doch therapeutische Gruppen für Hinterbliebene stellen eine weitere Herausforderung von personellen und zeitlichen Ressourcen der Sozialen Arbeit dar. Nicht nur rechtliche Unsicherheiten fördern die strukturellen Hindernisse, sondern auch die, wie schon erwähnte, Finanzierung, wenn diese nicht im staatlichen Pflichtleistungskatalog aufgeführt wurde. Häufig ist nicht geklärt, wer die Kosten übernimmt z.B. für einen Dolmetscher, welcher für die Behandlung bei Migranten gebraucht wird. Die Übernahme könnte jedoch durch Behörden, Krankenhäuser oder Krankenkassen übernommen werden.[70] Allgemein ist die Verfügbarkeit der Ressourcen abhängig vom Träger. Aber auch die Politik besitzt einen großen Einfluss mit ihrer Eingrenzung des Ausmaßes, mit der eingeschränkten Förderung der Projekte, sowie mit den Erlassen von Gesetzen. Somit sind der Sozialen Arbeit in einigen Situationen die Hände gebunden. Dies ist beispielsweise erkennbar bei der Befristung der Projekte. Dies geschieht indirekt für die Kostenminimierung, jedoch gleichzeitig wird dabei die Qualitätsminimierung unterstützt. Wie sehr die Soziale Arbeit unter der personellen Problemlage leidet, ist an dem Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern zu erkennen. „Damit deutschlandweit Notfallseelsorge und -beratung (insbesondere bei der Telefonseelsorge) geleistet werden kann, sind die Einrichtungen zudem auf ehrenamtliche Mitarbeit angewiesen, da mit den bestehenden Mitteln nicht genügend hauptamtliche Stellen finanziert werden können. Aus diesem Grund wird ein Großteil der seelsorgerischen und beratenden Tätigkeiten in der niederschwelligen Suizidprävention von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geleistet“.[71] Dabei wird jedoch häufig die supervisorische Betreuung dieser ehrenamtlichen Mitarbeiter vernachlässigt, obwohl die tägliche Auseinandersetzung mit der Suizidthematik psychische Belastungen bei Helfenden hervorbringen könnte. Der personelle Mangel zeigt sich auch in der Öffentlichkeitsarbeit, sowie in der Medien- und Schulpräventionsarbeit, die für die Aufklärung und Enttabuisierung notwendig sind. Die Soziale Arbeit bietet unterschiedliche Kommunikationsverfahren für jede Altersgruppe an z.B. Radio, Zeitung und Fernseher für die ältere Menschen, sowie Plakate und Internetplattformen für die Jugendlichen. Doch aufgrund des Hilfekräftemangel müssen viele Berater diese Arbeit zusätzlich leisten, ohne professionelle Ausbildung in diesem Tätigkeitsbereich. Diese Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden könnte, aufgrund einer Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit, gesenkt werden.[72]

[70] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 182 ff.
[71] Schneider u.a. 2021, S. 221
[72] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 222

Wie schon erwähnt, will die Soziale Arbeit das Thema Suizid enttabuisieren, dennoch hat sie mit der Informationsweiterleitung zu kämpfen. Vor allem bei Migranten oder Asylsuchenden stellen die Sprachprobleme oder die verschiedenen Kulturen, die teilweise die Suizidalität immer noch tabuisieren und verurteilen, ein Hindernis dar. Auch in den Schulen, bei der Polizei, im Strafvollzug oder im Leistungssport wird häufig über Suizidalität nicht offen gesprochen und erschweren die Enttabuisierung des Themas. Dabei ist dies von großer Bedeutung, da die Betroffenen häufig Angst und Scham besitzen, aufgrund der Stigmatisierung. Auch die Vorurteile der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und Therapien, bezogen auf den vermutlich folgenden Freiheitsentzug, existieren noch immer, sowie die Informationsdefizite der Betroffenen.[73] Das Erreichen und Ansprechen der suizidalen Gruppen stellt somit eine weitere Herausforderung der Sozialen Arbeit dar. Vor allem ältere Männer gehen selten zum Arzt, rufen nicht an oder suchen Hilfe. Dies erschwert es, die Betroffenen zu finden und zu helfen.[74]

Die vielen, verschiedenen Hilfsangebote der Sozialen Arbeit zeigt den Willen zu helfen, jedoch herrscht Kritik für eine fehlende Übersichtlichkeit dieser Angebote. „Das heißt, Projekte laufen aus, Beratungsstellen ziehen um oder neue Projekte müssen sich erst vernetzen. Parallel fühlt sich keine spezifische Einrichtung dafür verantwortlich, entsprechende Listen zu erstellen und anschließend auf dem aktuellsten Stand zu halten“.[75] Aus diesem Grund wäre ein digitaler Register von großen Nutzen, in dem alle derzeitigen Angebote aufgelistet sind. Dafür benötigt es jedoch auch eine enge, kooperative Zusammenarbeit und einen gegenseitigen Austausch der Institutionen, welcher trotz einigen Vernetzungen in Deutschland nicht überall funktioniert. Auch die wechselseitige Unterstützung untereinander bei Angeboten findet nicht immer statt. „Die Vernetzung klinischer Institutionen mit niederschwelligen außerklinischen Angeboten ist oftmals weniger gelungen.“ [76] Die Herausforderung besteht darin, die Zusammenarbeit dieser Bereiche zu optimieren, um somit die Suizidprävention, sowie auch die Forschung zu stärken.

Thomas Schäfer verdeutlicht das Thema Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit und beschreibt somit eine weitere Herausforderung, die sich Sozialarbeiter stellen müssen. „Häufig neigen Sozialarbeiter innen dazu, ihre Selbstfürsorge zugunsten der Sorge um die anderen zurückzustellen oder zu vernachlässigen.“ [77] Ein gesundes Verhältnis zwischen Selbst- und Fremdfürsorge für die eigene Lebenszufriedenheit, ist für viele Sozialarbeiter eine Herausforderung. Vor allem der Suizid ist ein schwieriges Thema in der Sozialen Arbeit.

[73] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 218 ff.
[74] vgl. Schneider u.a. 2021, S. 182 ff.
[75] Schneider u.a. 2021. S.231
[76] Schneider u.a. 2021, S. 223
[77] Schäfer 2021, S. 37

Häufig wird die Verantwortung für den Klient auch im Feierabend auf sich genommen und die Willensfreiheit bei einer Suizidbegehung vergessen. Sozialarbeiter müssen sich demnach besonders die Frage stelle, ob das Recht besteht, in den Willen des anderen Menschen einzugreifen. Den Wunsch, den Betroffenen zu helfen, wird von der Vermutung gestärkt, dass der andere es nicht wirklich will, sondern nur aufgrund von psychischen Erkrankungen oder einer Lebenskrise zum Suizid getrieben wird. Die Sicherheit, dass der andere sich helfen lassen will, gibt es selten. Sozialarbeiter müssen sich der Spannung zwischen Werten, Haltungen und Grundüberzeugungen stellen. Dafür wird die Selbstkritik und die Selbstreflexion benötigt, denn es ist unmöglich, die gesamte Verantwortung für ein anderes Leben zu übernehmen, sowie auch jeden Suizid zu verhindern. [78] „Denn letztlich sind es immer die jeweils Betroffenen, die sich für oder gegen bestimmte Gedanken und Überzeugungen zu entscheiden haben, und zwar als Handelnde, die sich z.B. auf bestimmte Werte oder auf ein bestimmtes Menschenbild festlegen müssen, um danach dann – nach bestem Wissen und Gewissen- entscheiden zu können“.[79]

3. Suizid bei Jugendlichen

Der Übergang von Kindheit in das Erwachsenenalter stellt heutzutage einen besonders drastischen Einschnitt für die Jugendlichen und ihre Eltern dar. Vor allem da sich in Laufe der Zeit die Herausforderungen und Anforderungen für die Jugendlichen geändert haben, mit denen die Eltern früher nicht konfrontiert wurden. „Dabei bleiben natürlich die „normalen“ Probleme bestehen, die Jugendliche und Pubertierende immer schon hatten. Es treffen nur heute so unterschiedliche Kommunikationsweisen zwischen Eltern und Kindern aufeinander, dass die Differenzen fast unüberwindbar erscheinen“.[80] Wenn Jugendliche den Wunsch haben zu sterben und sich daraufhin mit den Themen Tod und Suizid beschäftigen, ist das meistens schockierend, da Jugendliche noch ihr ganzes Leben vor sich haben. In diesem Kapitel wird aus diesem Grund die Lebensphase der Jugendlichen genauer untersucht. Darunter fällt der gegenwärtige Stand der jugendlichen Lebensphase mit ihren Anforderungen, sowie den Herausforderungen.

[78] vgl. Schäfer 2021, S. 37 ff.
[79] Schäfer 2021, S. 40
[80] Trautmann-Voigt/voigt 2013, S. 8

Dabei werden nur ausgewählte Merkmale genauer erläutert, die besonders auf die Jugendlichen zutreffen. Dies gilt auch für die möglichen suizidalen Beweggründe, die sich daran anschließen.

3.1 Lebensphase Jugend

Die Jugend ist eine eigenständige Lebensphase, die alle Heranwachsenden beider Geschlechter aus allen sozialen Klassen und Milieus umfasst. „Dabei war und ist bis in die Gegenwart hinein das Verständnis von Jugend immer auch durchzogen von sich wandelnden Erwartungen an Jugendliche und von gesellschaftlichen Normierungen einerseits und andererseits von tiefgreifenden Umgestaltungen der Selbstwahrnehmung und Auseinandersetzungsprozesse aufseiten der Jugendlichen selbst, die sich nicht zuletzt auch auf die Aspekte Gesundheit und Sexualität beziehen“.[81] Die Altersgrenzen sind jedoch nicht eindeutig definiert. Im deutschen Recht sind Jugendliche zwischen 14 und 17, Heranwachsende Personen zwischen 18 und 20 Jahre alt. Die Uno betrachtet aber beispielweise Personen als Jugendliche, die zwischen 15 und 25 Jahre alt sind. [82] Die Phase der Pubertät beinhaltet insgesamt nicht nur den schnellen, körperlichen Wachstum und die tiefgreifenden Veränderungen, sondern sie wird auch als eine sehr krisenhafte, verunsicherte, rätselhafte und unbeeinflussbare Phase bezeichnet.[83]

3.1.1 Gegenwärtiger Stand

Die jugendliche Lebensphase ist in den letzten Jahren ständig im Wandel. Heiner Keupp erläutert zu den gegenwärtigen Stand der Jugend: „Jugendspezifische Erfahrungswelten werden in einer Gesellschaft erheblich komplexer und risikoreicher, der zunehmend einheitliche Ziele und Werte abhandenkommen, die von der Pluralisierung der Lebensstile gekennzeichnet ist und in der die sozialstrukturell gegebenen objektiven Lebenschancen höchst unterschiedlich sind“.[84] Auf Grund des tiefgreifenden sozikulturellen Umbruches können sich Jugendliche immer weniger auf vorgegebene Normen und Modelle beziehen. Dementsprechend ist ihre Lebenssituation durch eine Spannung gekennzeichnet. Denn einerseits ist die Freiheit für die Gestaltung der individuellen Lebensweise sehr hoch. Jedoch andererseits bringt die Lockerung von sozialen und kulturellen Bindungen auch Nachteile mit sich. Es herrscht eine zunehmende soziale und kulturelle Ungewissheit, eine moralische und wertemäßige Widersprüchlichkeit und eine große Zukunftsunsicherheit.[85]„Sie [die Jugendlichen] zahlen einen „hohen Preis“ für die fortgeschrittene Industrialisierung und Urbanisierung, der sich in körperlichen, psychischen und

[81] Keupp 2013, S. 20
[82] vgl. Junglas 2013, S. 45
[83] vgl. Keupp 2013, S. 21
[84] Keupp 2013, S. 19
[85] vgl. Keupp 2013, S. 19 f.

sozialen Belastungen ausdrückt".[86] Jedoch ist auch heute, sowie damals, die Zukunft der Jugendlichen ungewiss und die alterstypischen Entwicklungsaufgaben ähneln sich noch immer. Die Jugendlichen sollen sich selbst in die zunächst diffus erscheinende Gesellschaft integrieren und sich mit der Individualisierung, Pluralisierung, und dem Beziehungsgeschehen vertraut machen. Die Körpererfahrungen und das Körpererleben sind von Wohl- und Unwohlbefinden, von positiver Weltzuwendung, als auch von quälenden Anstrengungen, von Krisen und von neuen Risiken geprägt. Dabei ist die soziale Unterstützung, die Nähe und Akzeptanz einer Gruppe für ein positives Selbstwertgefühl von Bedeutung, sowie für die soziale Kompetenz der Jugendlichen.[87] Von großer Relevanz ist das Gestalten von Beziehungen in ihrer zunehmenden Komplexität und das Lernen, eine Leistung in einem Beruf zu erbringen, um sich an das Gesellschaftsgeschehen produktiv zu beteiligen. Die kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen sollten in dieser Lebensphase erfasst werden und diese gegebenenfalls im eigenen Interesse und Verantwortung für die Allgemeinheit im positiven Sinne beeinflussen.[88] Es entwickelt sich zudem eine eigene Wertvorstellung, sowie auch eine eigene politische Einstellung. Die Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen gehen einher mit der Ablösung der Eltern d.h. das alte Unterstützungssystem wird aufgegeben und soziale Bezüge und Perspektiven werden eigenständig aufgebaut. Dabei ist die Identitätsfindung, bei dem ein positives Selbstwertgefühl und eine allgemeine Handlungsfähigkeit erreicht werden soll, sowie das Erfassen der Definition der eigenen inneren und äußeren Grenzen, einer der Hauptaufgaben der Jugendlichen. „Grenzen suchen bedeutet schließlich, sich im sozialen Netz zwischen Elternhaus, Schulumwelt, Peergroup und virtuellen Welten zu positionieren und die dabei jeweils gültigen Regeln akzeptieren bzw. deren Spielräume ausloten zu lernen".[89]

Im gegenwärtigen Zustand sind die zwölf Leitlinien, in denen die Bundesregierung 2009 ihre Grundhaltung in Bezug auf die Jugendliche Lebensphase formuliert, von besonderer Bedeutung. Die Leitlinien beinhalten: „1. Stärkung der Lebenssouveränität, 2. Gesellschaftsbezug, 3. Lebenswelt- und Kontextbezug, 4. Förderung positiver Entwicklungsbedingungen, 5. Befähigungsgerechtigkeit, 6. Bildungsgerechtigkeit, 7. Inklusion: „disability mainstreaming", 8. Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug 9. Lebensverlaufsperspektiven, 10. Interprofessionelle Vernetzung, 11. Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive, 12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche

[86] Keupp 2013, S. 20
[87] vgl. Keupp 2013, S. 23
[88] vgl. Trautmann-Voigt/Voigt 2013, S. 9
[89] Keupp 2013, S. 24

Aufgabe".[90] Die Formulierung dieser Leitlinien, sowie auch die entstandenen Gesetze für Kinder, Jugendliche und Eltern, zeigen den Versuch der Bundesregierung den Jugendlichen Fürsorge und Schutz zu geben.

Der gegenwärtige Stand der Jugend unterscheidet sich zu damals nicht nur in dem erheblichen Leistungsdruck, sondern auch in der Entwicklung und dem Ausbau von Technik, Medien und den sozialen Netzwerken. Diese sind heutzutage, vor allem bei den Jugendlichen, nicht mehr wegzudenken und nehmen einen großen Einfluss auf die jugendliche Lebensphase. Die sozialen Netzwerke, unter anderem auch online Spiele, bringen jedoch auch Vor- und Nachteile mit sich. „Während gesunde, medienkompetente Kinder und Jugendliche einen ständigen Abgleich zwischen der realen Welt und den dort relevanten Personen der virtuellen Welt suchen, was sich auch darin zeigt, dass die virtuelle Welt häufig gemeinsam mit gut bekannten realen Personen und Freunden besucht wird, sind es die von Mediensucht gefährdeten Kinder und Jugendlichen, die sich aktiv ihre persönliche virtuelle Welt als Gegenwelt, Scheinwelt und irgendwann dann überreale Erstwelt konstituieren und im realen Leben nur noch existieren".[91]

3.1.2 Bewältigungen/Herausforderungen

Die Herausforderungen, die in bzw. mit der jugendlichen Lebensphase entstehen, gehen einher mit dem Ziel, die Entwicklungsaufgaben dieses Lebensabschnittes zu erreichen. Jedoch werden die Herausforderungen heutzutage komplizierter. Jürgen Junglas erwähnt die Selbstgefälligkeit Erwachsener Personen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, welches wiederum den Medienkonsum provoziert: „Kinder und Jugendliche tun, was sie immer getan haben, sie flüchten sich in Parallelwelten bzw. schaffen sich ihre eigenen Welten, weil die Beteiligung am sog. „echten Leben" frustrierend und undemokratisch bis despotisch gestaltet ist".[92] Es herrschen somit immer noch Generationskonflikte, die auch für die Jugend eine Belastung darstellen können. Des Weiteren entstehen Herausforderungen, aufgrund der schon erwähnten Entwicklung der Medien. Dabei ist ein Nachteil, dass Jugendliche in den Medien häufig überspitzt formuliert nur noch als Opfer oder Täter vorkommen: als Opfer aufgrund von sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung- oder als Amokläufer in Schulen und Todschläger an Bahnstationen. Eine Herausforderung stellt das Erlenen eines souveränen Umgangs der Jugendlichen mit den Medien dar, welches ganzheitlich in stabile zwischenmenschliche Beziehungen und in einer vielfältigen anregenden sozialen Umgebung eingebettet werden soll.

[90] vgl. Junglas 2013, S. 53
[91] Bilke-Hentsch 2013, S. 86
[92] Junglas 2013, S. 44

Denn ein Risiko könnte unter anderem ein exzessiver Medienkonsum darstellen, der wiederum schädlich für die schulische Leistungsfähigkeit, für soziale Beziehungen und für das Gehirn ist.[93]

Die jugendliche Lebensphase überschneidet sich außerdem weitgehend mit der Schulzeit, in der sich die Jugendlichen zusätzlichen Herausforderungen stellen müssen. Die Schullaufbahn hat für die schulische und berufliche Perspektive der Jugendlichen einen hohen Stellenwert, wobei eine verlängerte Schulzeit oder ein verzögerter Berufseinstieg nicht gerne gesehen werden. Auch kann die Schulzeit zu Konflikten, Spannungen und Auseinandersetzungen mit den Eltern führen, die auf einen höheren Bildungsabschluss bei ihren Kindern hoffen. Aufgrund der ansteigenden schulischen Leistungsanforderungen, leiden Jugendliche vermehrt unter Schulleistungsstörungen. Das Versagen und die Lernschwierigkeiten belasten das Wohlbefinden der Jugendlichen, beeinflussen die sozialen und emotionalen Beziehungen der Eltern und rufen Meinungsverschiedenheiten, Streit, Vorwürfe und Strafaktionen hervor.[94] Zudem ist das Ziel der Beschlüsse von Bologna 1999 eine mehr und frühere Beschäftigungsfähigkeit zu erreichen. „Insgesamt gesehen ist eine deutliche Beschleunigung in der Vermittlung von Wissen und in der Erreichung von Abschlüssen zu beobachten, die offenbar vom Gesetzgeber auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung gewünscht ist".[95] Die Folgen sind ein stets steigender Leistungsdruck, sowie die Reduzierung von freizeitlichen Aktivitäten der Jugendlichen. Auch die Zeit für Freundschaften und Verabredungen wird geringer und die Inanspruchnahme von Nachhilfeangeboten nimmt zu.[96] Das Entgegenwirken einer Schulleistungsstörung stellt somit eine Herausforderung dar, unteranderem aufgrund der unterschiedlichen Erklärungsmodelle der Beteiligten. Neben einer unzureichenden eigenen Lernaktivität, mangelnden Interesse am Unterricht und fehlender Fleiß verbinden Schüler ihr Versagen jedoch auch mit der Persönlichkeit des Lehrers und der Gestaltung des Unterrichts. Auch Eltern kritisieren häufig die mangelnden, sozialen und menschlichen Kompetenzen der Lehrer. Die Lehrer sehen wiederum in ihren Unterrichtsorganisationen, ihrem pädagogischen Handeln oder von ihnen ausgewählten Unterrichtsinhalten keine Begründungen für das schlechte Abschneiden der Schüler. Sie betonen die fehlende Intelligenz und Einsatzbereitschaft der Schüler, sowie die zu geringe familiäre Unterstützung. Für eine „gute Schule" ist es von Bedeutung, sich an Kriterien zu halten. „Sie [die Kriterien] beziehen sich sowohl auf Kollegialität, Kooperation und Solidarität unter den Lehrern, auf Grundkonsens, Absprachen, Festlegungen zu pädagogischen Themen als auch auf verbindliche und einheitliche Maßstäbe für Bewertung und Beurteilung von Schülern sowie auf

[93] vgl. Labatzki 2013, S. 93 ff.
[94] vgl. Bründel 1993, S. 19 ff.
[95] Schwarz 2013, S. 173
[96] vgl. Schwarz 2013, S. 174

Partizipation von Eltern und Schülern an wichtigen schulischen und unterrichtlichen Belangen und auf positive Identifikation mit ihrer Schule".[97] Diese Kriterien sind jedoch aus Sicht der Schüler noch längst nicht erreicht und stellen einer der zu bewältigten Herausforderung dar.

3.2 Erläuterung der möglichen suizidalen Beweggründe

Die psychische Gesundheit der Jugendlichen ist gegeben, wenn die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben bewältigt und mit Belastungen erfolgreich umgegangen werden kann. „Erst wenn diese Kompetenz nicht gegeben ist bzw. sich nicht entwickelt hat, wenn adäquate Bewältigungsmechanismen fehlen, dann können die unterschiedlichsten psychosozialen und psychosomatischen Störungen wie Sucht- und Suizidverhalten entstehen".[98] Denn nicht alle Jugendlichen können mit den schon erwähnten Belastungen, Herausforderungen, Anforderungen oder mit den derzeitigen Entwicklungsaufgaben erfolgreich umgehen. Es entstehen Überlastungen, sowie Überforderungen und die einzige Lösung des Problems wird von den Jugendlichen im Suizid bzw. im Suizidversuch gesehen. Heidrun Bründel betont zunächst auch die Subjektivität der Belastungen und des transaktionalen Prozesses zwischen Person und Belastungssituation. Bedeutsam sind dabei die Kompetenzbeurteilung und die Einschätzungsprozesse der Person und die daraus resultierende Wahl des Bewältigungsverhaltens. Das bloße Aufsummieren von objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren genügt Heidrun Bründel für den Verdacht auf suizidales Verhalten dabei nicht, da noch andere Variablen wie Depressivität oder Passivität hinzukommen müssten.[99] Jedoch wird auch vermutet, dass Jugendliche Personen immuner gegenüber Suizidtendenzen sind, je geborgener sie sich in der Familie fühlen und je fester sie zu einem Freundeskreis oder zu einer Jugendtruppe gehören. Wenn diese Tatsachen nicht gegeben sind, steigt das Suizidrisiko. Die Familiendynamik und Familienkonstellation hat dementsprechend einen großen Einfluss auf die Suizidtendenzen des Jugendlichen, aufgrund des möglichen Fehlens oder Verlustes eines oder beider Elternteile, einer gehäuften Abwesenheit, Differenzen zwischen beiden Elternteilen, Disharmonie und Streitigkeiten in der Ehe, sowie aufgrund eines häufigen Wechselns der Bezugsperson oder die Anwesenheit eines/einer Stiefvaters/Stiefmutter. „Das plötzliche oder auch langsame Auseinanderbrechen eines liebevollen und sicheren Familiengefüges oder anhaltende zermürbende Spannungen und Konflikte innerhalb der Familie erschüttern das Vertrauen des Kindes darauf, später selbst mit dem Leben zurechtzukommen, stabile Beziehungen aufzubauen und im Leben einen Sinn sehen zu können".[100] Dabei ist häufig

[97] Bründel 1993, S. 20
[98] Bründel 1993, S. 22
[99] vgl. Bründel 1993, S. 62
[100] Bründel 1993, S 62 f.

nicht die Veränderung des Familiengefüges an sich das Problem, sondern der prozesshafte Verlust von Liebe, Anerkennung und Geborgenheit. Eine Suizidneigung bei Jugendlichen kann unterstützt werden, wenn bei einem der Elternteil suizidale Tendenzen vorliegen. Aufgrund der Identifikation mit dem suizidalen Elternteil kann der Jugendliche dessen Bewältigungsstil, sowie auch das elterliche Leid und die selbstzerstörerischen Tendenzen, übernehmen. Auch misshandelte oder missbrauchte Jugendliche neigen zu Suizidhandlungen, aufgrund des Gefühls, überflüssig oder hassenswert zu sein. Dabei werden Jugendliche als Symptomträger gestörter elterlicher Persönlichkeitsentwicklungen und gestörter familiärer Beziehungen beschrieben. Sie sind häufig die Leidtragenden in diesen Familien und erleben keinen Schutz von den Eltern. Helga Käsler und Brigitte Nikodem verdeutlichen die verschiedenen Familienstrukturen. Zum einen die Gewaltfamilien, in denen der Jugendliche keine angemessenen Bewältigungsstrategien entwickelt, mit ständigen Angstzuständen lebt und es zu einer Aggressionsumkehr kommt, in dem der Suizid die Rettung vor dem heimischen Terror darstellt. Zum anderen die Trennungsfamilien bzw. „broken home“, in denen Scheidungen und Verluste die Jugendliche zu einem Suizid führen. Auch werden die Wir-haben-keine-Probleme-Familien angesprochen, in denen der ursprüngliche Konflikt in der Beziehung der Eltern liegt, jedoch der Jugendliche als Sündenbock benutzt wird. Es herrscht ein Zwang zur Harmonie und Jugendliche entwickeln ein Empfinden für die Unechtheit der Situation. Jedoch haben junge Menschen wenig Möglichkeiten, irgendetwas zu benennen oder zu verändern. Als letztes werden die symbiotischen Familien erwähnt. In dieser Familienstruktur leben die einzelnen Familienmitglieder symbiotisch zusammen, aber ohne Empathie und Geborgenheit. Es gibt Vorschriften und keinen Raum für individuelle Entwicklung. Der Familiendruck und das Unverständnis gegenüber jugendlichen Entwicklungen und deren Wünschen, führt bei dem Jugendlichen häufig zu Suizidhandlungen.[101] Allgemeingefasst existiert nicht *das* Familienproblem, welches die suizidalen Beweggründe des Jugendlichen erklärt. Es sind vielmehr unterschiedliche und komplexe familiäre Bedingungen in einer langandauernden Problemgeschichte, die für die Suizidhandlungen erfasst werden müssen.[102]

Wie als Herausforderung in der jugendlichen Lebensphase schon benannt, ist auch die Schule, durch ihr auslösenden Gefühl der totalen Überforderung, des Überdrusses und der Sinnlosigkeit des Tuns bei Jugendlichen, am Suizidgeschehen beteiligt. Angefangen bei schlechten Zensuren, Zeugnissen, Nichtversetzung, Schulwechsel, Tadel der Lehrer oder andere Disziplinarmaßnahmen. Dabei spielt auch die Angst vor elterlichen Sanktionen, Strafen und

[101] vgl. Käsler/Nikodem 1996, S. 117 ff.
[102] vgl. Bründel 1993, S. 64 ff.

Enttäuschungen eine Rolle. Auch haben Jugendliche vermehr Angst vor Liebesentzug der Eltern, die ihre Wertschätzung von den schulischen Noten ihrer Kinder abhängig machen.[103] „So werden schulische Maßnahmen durch elterliche Sanktionen in ihrer Wirkung multipliziert und potenziert und können im Zusammenwirken mit Gefühlen der eigenen Minderwertigkeit zur Suizidhandlung führen".[104] Je mehr Bedeutung die Schule insgesamt für die Jugendlichen hat, desto stärker können sie beeinflusst werden. Auch der Druck der Jugendlichen dazuzugehören, sich beweisen zu müssen und den Ansprüchen gerecht zu werden wird größer. Jugendliche, die eine andere Sexualität aufweisen bzw. homosexuell sind, haben häufig eine zusätzliche Bewältigung. „Je eher die oder der Jugendliche ihre bzw. seine sexuelle Orientierung erkennen lässt, je eher und je mehr das Verhalten von den Eltern als geschlechtsuntypisch verurteilt wird und je mehr die Eltern dieses Verhalten ablehnen, umso höher ist die Suizidgefahr".[105] Auch vor anderen Jugendlichen, besonders im Schulalltag, müssen sich diese Jugendlichen, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, verteidigen. Bei keiner Unterstützung von Freunden oder den Eltern fühlen sich diese Jugendlichen häufig unverstanden, anders als alle anderen Jugendlichen in ihrem Alter und somit fehl am Platz. Jedoch ist die Haltung der Gesellschaft gegenüber dem Ausleben der eigenen Sexualität noch im Wandel, der sich auch auf die gegenwärtige jugendliche Lebensphase auswirkt. Im Allgemeinen ist von Bedeutung, dass die Schule bzw. die dazugehörigen Faktoren, wie das Ausleben einer anderen Sexualität in der Schulzeit, nicht alleine verantwortlich für die Suizidgenese sind. Jedoch tragen sie auf jeden Fall eine *Mitverantwortlichkeit*.

Auch können depressive Störungen bei Jugendlichen die Suizidtendenzen erhöhen. Dabei sind dysphorische Verstimmungen, Leistungsabfall und Rückzugstendenzen wesentliche Merkmale. Jedoch hängt die Beziehung zwischen Depressivität und Suizidalität vom Diagnosekriterium der Depression ab. Es wird unterschieden zwischen der Depression als normale Variante der emotionalen Befindlichkeit und der Depression als Symptom einer Störung, bei der die Verbindung zur Suizidalität enger gesehen werden kann.[106] Dabei könnte die Neigung zu Gemütserkrankungen, wie die Depression, vererbt werden. Dies beantwortet die Frage, ob Jugendliche aufgrund einer Vererbung Suizid begehen könnten. Überzeugende empirische Belege existieren für die Vererbung einer Suizidneigung nicht.[107] Jedoch ist Thomas Haenel der Überzeugung, dass viele Indizien, die auf Grund von Untersuchungen auf dem Gebiet der

[103] vgl. Bründel 1993, S. 69 f.
[104] Bründel 1993, S. 70
[105] Rotthaus 2020, S. 17
[106] vgl. Bründel 1993, S. 117
[107] vgl. Bründel 1993, S. 47

Biochemie, Zwillingsforschung, Adoptionsstudien und ethnologisch-religiösen Gruppen für eine Wirksamkeit genetischer Faktoren bei Suizidhandlungen sprechen und ihnen dementsperchend mehr Beachtung geben sollte.[108]

Erwähnt wird zu den suizidalen Beweggründen der Jugendlichen auch das Internet bzw. die Medien. Dabei wird von einem Nachahmungseffekt gesprochen, besonders bei detaillierten und dramatisierenden Medienberichterstattungen. „Das macht den Befund plausible, dass die Beeinflussung durch die Berichterstattung offensichtlich umso größer ist, je mehr sich Jugendliche mit der Modellperson identifizieren und je mehr sie diese bewundern und heroisieren".[109] Berichterstattungen in den Medien sind in der Hinsicht von Vorteil, um das Suizidthema zu enttabuisieren, jedoch sollte beachtet werden, keine romantisierenden Motive, konkrete Ziele oder Simplifizierungen zu verwenden. Eher sollten Alternativen und Hilfsmöglichkeit benannt werden. Neben der Kommunikation und Kennenlernen von Menschen mit ähnlichen Problemen, werden unter anderem auch Suizidforen im Internet als gefährlich beurteilt, da insbesondre Jugendliche in ihren suizidalen Gedanken bestärkt werden und Hinweise von Beschaffungsmöglichkeiten der Suizidmittel bekommen könnten.[110]

4. Alterssuizid

„Aus der Suizidstatistik ist bekannt, daß ältere und besonders alte Menschen, d.h. Personen im Alter von über 60 Jahren, eine Gruppe mit erhöhtem Suizidrisiko bilden".[111] Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel der Alterssuizid genauer beleuchtet. Dabei werden die Merkmale von der Lebensphase der älteren Menschen, sowie die daraus möglichen entstehenden suizidalen Beweggründe erläutert.

4.1 Merkmale der Lebensphase

[108] vgl. Haenel 1989, S. 132
[109] Rotthaus 2020, S. 23
[110] vgl. Rotthaus 2020, S. 21 ff.
[111] Erlemeier 1992, S. 1

Viele Menschen verspüren ein Gefühl von Angst oder Unbehagen, wenn sie auf ein höheres Alter zugehen. Besonders der Lebensabschnitt mit über 60 Jahren ist von gemischten Gefühlen geprägt. Das Altern ist an sich nichts Ungewöhnliches, nur ist diese Lebensphase von einigen Merkmalen geprägt, die Herausforderungen -für einige ältere Menschen mehr, als für andere- darstellen können. Zum einen der Austritt aus der Berufswelt löst bei vielen älteren Menschen die verschiedensten Emotionen aus. „Die Krux beim Abgang aus dem Berufsleben besteht darin, dass es in der Regel keinen abgestuften, gleichmäßigen und harmonischen Übergang in die Welt danach gibt- heute noch unter Volldampf am Arbeitsplatz tätig, morgen schon aus allen beruflichen Verpflichtungen und Strukturen entlassen.“[112] Einige Menschen ersehnen sich den Ruhestand herbei, aufgrund von körperlichen, psychischen Einschränkungen oder konkreten Zielen in der kommenden freien Zeit. Wiederum andere, die ohne Vorbereitungen und ohne sich Gedanken gemacht zu haben den Ruhestand entgegenkommen, haben dementsprechend eine belastende Zeit vor sich. Es können Gefühle des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit entstehen. Auch ist zu bedenken, dass die berufsbezogene Kommunikation, die jahrzehntelang gepflegt wurde und die wichtig für die Weiterqualifizierung war, beim Abschied in den Ruhestand abrupt abbrechen kann. Der Zugang zu Informationskanälen und zu den auf- sowie ausgebauten Netzwerken entfallen. „Ganz zu schweigen von den materiellen Einbußen, wie dem Einkommen oder dem Wegfall der Prämien und- wenn Sie [eine ältere Person] Führungskraft waren – dem Verlust üppiger Tantiemen, Incentives und Statussymbole“.[113] Zum anderen ist ein weiteres Merkmal dieser Lebensphase der körperliche Abbau, sowie eine psychische Degeneration. „Unsere körperliche und geistige Konstitution wird mit zunehmender Lebensdauer, je nach genetischer Veranlagung und in Abhängigkeit von den beruflichen Anforderungen, nicht besser. Verlorene Gesundheit ist vor allem im Alter nur schwer wiederzuerlangen und altersbedingter Zellabbau grundsätzlich nicht umkehrbar“.[114] Dementsprechend kann die Hilfsbedürftigkeit, die Unselbstständigkeit und die Abhängigkeit von der Gesellschaft zunehmen. Auch die Gesundheitsvorsorgen, körperliche Inspektionen und medizinische Eingriffe werden vermehrt in dieser Lebensphase vorkommen. Dabei ist es von Bedeutung, die Annahme von technischen Hilfsmitteln und sozialen Einrichtungen zu akzeptieren. Aus dieser Tatsache folgend nehmen die drei Kriterien- Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden- im fortschreitendem Alter einen immer größeren Stellenwert ein. Diese Zeit mit einem Partner oder einer Partnerin zu durchleben, kann einen großen Vorteil haben und kann die Gefahr der Vereinsamung reduzieren. Jedoch kann der Eintritt in den Ruhestand beider

[112] Schiele 2018, S. 10 f.
[113] Schiele 2018, S. 57
[114] Schiele 2018, S. 39

Lebenspartner dafür sorgen, dass es zu Machtverschiebungen und somit zu Verstimmungen, Streit oder Trennung kommen kann.[115] Das Alleinleben in dieser Lebensphase ist häufig nicht zu empfehlen, weshalb die wesentliche Aufgabe im fortschreitenden Lebensalter daraus besteht, Kontakt zu Informationen, Netzwerken und vor allem zu anderen Menschen herzustellen d.h. ein Auf-, Neu- Ausbau von Beziehungsnetzwerken anzustreben.[116]

Des Weiteren ist die Lebensphase geprägt von Sinnesfragen. Zum einen rückblickend in die Vergangenheit, zum anderen mit dem Blick in die Zukunft. In dieser Zeit könnten Reue und Sorge eine große Rolle spielen. Reuegefühle für etwas bestimmtes getan oder unterlassen zu haben, da mit dem Lebensende auch die sinnlichen Erfahrungen enden, die nun nicht mehr vollzogen werden können. Die Sorgen entstehen z.B. vor der eigenen Zukunft und der Zukunft der Zurückgebliebenen. Zudem wird häufig die Tatsache genannt, dass der Tod furchtbarer erscheint, je mehr Lebensanteile von der Person selbst für vertan und unerfüllt gehalten werden. Die Lebensphase wird allgemein als sehr wartungsintensiv beschrieben und geprägt wird sie durch die Beschäftigung mit dem Tod. „Wir treten mehr oder weniger bewusst und intensiv in eine transzendentere und vielleicht auch spirituellere Welt ein. Wir haben Zeit, uns auf Gedanken über unser Ableben und das unbekannte Danach einzulassen“.[117]

4.2 Erläuterung der möglichen suizidalen Beweggründe

Wie schon erwähnt ist der berufliche Ausstieg bzw. der Ruhestand ein wesentliches Merkmal in der Lebensphase älterer Menschen. Der Einritt in den Ruhestand kann, aufgrund seiner unterschiedlichen Folgen, einen suizidalen Beweggrund darstellen. Dabei ist die Intensität des Berufsverlustes abhängig von der sozialen Höhe, aus der die Person vom Beruf in den Ruhestand fällt. Depressionen und Zweifel an dem Sinn des Lebens können vor allem die Personen erfahren, die nur für die Arbeit gelebt haben und keine Netzwerke für die Zeit danach aufgebaut haben. Die soziale Anerkennung, die Wertschätzung für Arbeitsleistungen und das Gefühl, gebraucht zu werden können mit dem Einritt in den Ruhestand verloren gehen d.h. es können intensive Minderwertigkeitsgefühle aufkommen und die Eigenverantwortung kann signifikant nachlassen. Die sinkende Leistungsanforderungen, aufgrund des Berufsverlustes, können zu Stress und Depressionen führen. Dabei entsteht der Stress, wenn sich die Anforderungen nicht im Einklang mit den eigenen Fähigkeiten befindet. Es fehlen häufig die quantitativen und qualitativen Herausforderungen für die geistige Kreativität und körperliche Aktivität. Der Renteneintritt ist somit eine einschneidende Lebensveränderung und kann, neben noch weiteren suizidalen

[115] vgl. Schiele 2018, S. 107
[116] vgl. Schiele 2018, S. 230
[117] Schiele 2018, S. 226

Beweggründen, zu auffälligen Störungen des Sozialverhaltens führen, sowie zu einer Erhöhung der Suizidtendenz.

Die psychische Gesundheit im Alter hängt oft mit der subjektiv empfundenen Isolation zusammen. Dabei kann der Verlust einer nahen Bezugsperson, meist des Ehepartners, einen großen Einfluss nehmen. Gerade in dieser Lebensphase ist es nicht selten, dass der Partner aufgrund seines Alters verstirbt. „Dieser Verlust eines Menschen, der zentrale Bedeutung hatte, bewirkt das Gefühl, die neuen Anforderungen des Alltags nicht allein bewältigen zu können".[118] Bei Konflikten mit z.B. Angehörigen oder den eigenen Kindern, können die Ehe und die Familie ihre Schutzfunktion verlieren. Zerrüttete intime Beziehungen stellen im Leben einer älteren Person einen möglichen Auslöser für suizidale Handlungen dar.[119] Beispielsweise können Konflikte entstehen, da die Berentung eine Neuverteilung der häuslichen Aufgaben und dementsprechend eine Neuorientierung im Verhältnis der Ehepartner bzw. der Lebenspartner nach sich zieht. Diese Veränderung kann zu einer Trennung führen und erreicht, dass beide Partner alleine leben und mit der subjektiv empfundenen Einsamkeit zurechtkommen müssen. Aber auch eine finanzielle Not, aufgrund einer niedrigen Rente, kann zu einer weiteren Belastung und letztendlich zu einem Suizid führen.

Die allgemeine Sorge, in Bezug auf einem erhöhtem Pflegegrad, lässt bei älteren Menschen verschiedene Gedanken und Emotionen aufkommen. Häufig wollen ältere Personen keine Belastung für die Angehörige darstellen und niemanden zu Last fallen. Sie versuchen ihre empfundene Einsamkeit zu leugnen und besitzen insgesamt ein Schamgefühl, Hilfe zu erhalten. Sie fühlen sich wertlos und ziehen sich dementsprechend von der Gesellschaft oder Angehörigen zurück. Das Verschweigen oder Leugnen ihrer inneren Gefühlszustände und Gedanken, sowie ein niedriges Selbstwertgefühl kann bei älteren Menschen zu suizidalen Tendenzen führen.

Im Alter tragen psychische Erkrankungen ebenfalls zu einem erhöhten Suizidrisiko bei. Vor allem Depressionen kommen häufiger bei Menschen in höherem Lebensalter vor. Diese können entstehen, aufgrund der schon erwähnten sozialen Isolierung, Vereinsamung oder Konflikte mit dem Partner und Familienangehörigen, sowie aufgrund des Berufsverlustes beim Renteneintritt. Jedoch auch körperliche Erkrankungen, die vor allem mit erhöhtem Alter zunehmen, gehen häufig einher mit psychischen Erkrankungen und können besonders eine Depression fördern. Der körperliche Gesundheitszustand, insbesondere eine aussichtslose Prognose unheilbarer Krankheit, nehmen einen großen Stellenwert bei dem Alterssuizid ein. „Entscheidend ist die

[118] Teising 1992, S. 44
[119] vgl. Erlemeier 1992, S. 48

subjektive Verarbeitung einer Krankheit, nicht der objektive Befund“ [120], erwähnt Martin Teising in Bezug auf diese Thematik. Auch hirnorganisch beeinträchtigte Personen nehmen mit erhöhtem Alter zu. Jener Anteil schwankt jedoch nach Alter und Untersuchungsgruppe. Nicht zu vergessen sind Krankheiten, wie Hirntumore, Schilddrüsenfuktionsstörungen, demenzielle Erkrankungen, sowie Einschränkungen der Sinnesorgane, die eine Depression fördern könnten.[121]Eine Depression kann schon durch belanglose emotionale Ereignisse und harmlose Alltagsreize gefördert werden. „Zudem fördert eine intensive Ich-Bezogenheit und die Leugnung des Alterns die Wahrscheinlichkeit, dass wir [die älteren Menschen] in eine gedrückte Stimmung verfallen, das Leben freudlos an uns vorbeiziehen lassen oder uns in endlosen Grübelschleifen verfangen“.[122] Die Kraft für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung geht verloren, sowie eine endlose Langweile und Teilnahmslosigkeit verstärken sich. Dabei kommen die Symptome wie Desinteresse, Antriebslosigkeit und Müdigkeit hinzu. Auch treten Psychosomatische Störungen oder Süchte, allen voran die nach Alkohol, vermehrt auf. „Nicht selten lauten die Diagnosen für den erreichten Zustand Anpassungsstörung, Grübelzwang, affektive Störung oder Depression. Mit Letzterer steigt u.a. auch die Wahrscheinlichkeit eines Suizids“.[123]

5. Suizidale Präventionsansätze in der Sozialen Arbeit

Da in den letzten Kapiteln die Suizidalität in der Sozialen Arbeit, sowie die möglichen suizidalen Beweggründe der Jugendlichen und der älteren Menschen beleuchtet wurden, wird in diesem Kapitel einige suizidale Präventionsansätze in der Sozialen Arbeit aufgezeigt. Dass sozialarbeiterische Interventionen in der Suizidprävention notwendig sind, bestärkte auch Martin Teising. „Sie [Die Sozialarbeiter] können für diese sozial geschwächte Patientengruppe in Krisensituationen sehr hilfreiche Beiträge im Sinne einer sozialen Therapie leisten. Es gibt Beispiele in denen eine psychotherapeutische Arbeit erst nach einer sozialtherapeutischen Intervention möglich wurde, vergleichbar mit den Psychopharmaka, die einzelnen Patienten erst

[120] Teising 1992, S. 41
[121] vgl. Teising 1992, S. 37
[122] Schiele 2018, S. 145
[123] Schiele 2018, S. 153

die Gesprächsfähigkeit ermöglichen".[124] Teising stellt somit gleichermaßen einen notwendigen Zusammenhang zwischen Psychotherapie und der sozialen Arbeit da. Er betont zudem, dass sozialarbeiterische Interventionen wohlüberlegt und genau zu differenzieren sind, in Bezug auf die bevorzugten Abwehrmechanismen, sowie das Einsetzen von der narzisstischen Abwehr der Entwertung des Patienten. Die Untersuchung der suizidalen Präventionsansätze in der Sozialen Arbeit unterliegt zunächst einer Definition des Begriffs Suizidprävention, um daraufhin den Umgang und die Maßnahmen der suizidalen Jugendlichen und älteren Menschen zu erläutern. Dabei wird das Augenmerk auf die Besonderheiten im Umgang, sowie auf die wichtigsten Maßnahmen bzw. Präventionsansätze der jeweiligen Altersgruppe gerichtet.

5.1 Definition der Suizidprävention

„Die Prävention umfaßt im weitesten Sinne alle Ansätze und Maßnahmen zur Verhütung von Suizidgefährdung, aber auch die Hilfe in akuten suizidalen Krisen sowie die Versorgung und Behandlung nach einer Suizidhandlung einschließlich der Nachbetreuung zur Verringerung der Rezidivgefahr".[125] Sie wird unterteilt in die generelle Suizidprävention und in die spezielle Suizidprävention. Die generelle Suizidprävention beinhaltet allgemeine psychologische, pädagogische, sowie soziale und medizinische Maßnahmen. Diese sind beispielsweise zuständig für die Verbesserung der Konfliktfähigkeit, für das Zusammenleben, für die Arbeitsbedingungen, sowie für die Verminderung der Gewalt in der Bevölkerung. Die spezielle Suizidprävention wird wiederum unterteilt in die Direkte und Indirekte. Die direkte Suizidprävention beinhaltet die Unterteilung von Prä-Inter- und Postvention des suizidalen Verhaltens. Dabei wird versucht in dieser Unterteilung bezeichneten *Prävention* alternative Lösungsstrategien zur Bewältigung von Krisen aufzuzeigen. Die *Intervention* erstreckt sich über drei Schritte. Angefangen mit der körperlichen Behandlung, folgend mit Untersuchungen, um allenfalls Fälle mit psychiatrischen Krankheiten ausfindig zu machen und abschließend mit dem Schritt der Krisenintervention. Bei der Intervention ist in erster Linie die frühzeitige Kontaktaufnahme, die Ermutigung zu emotionalen Äußerungen und zu sozialen Kontakten, sowie die Erhebung der sozialen Situation von Bedeutung. In der *Postvention* wird versucht weitere suizidale Handlungen zu vermeiden. Insgesamt ist die direkte Suizidprävention individuell ausgerichtet. Im Gegensatz dazu ist die indirekte Suizidprävention allgemein gehalten. Jene fokussiert sich auf die unterschiedlichen Risikogruppen z.B. auf ältere Menschen oder Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.[126] Dabei wird ebenfalls unterschieden zwischen der *Primärprävention*, die möglichst frühzeitig

[124] Teising 1992, S. 132
[125] Erlemeier 1992, S. 87
[126] vgl. Sonneck 2016, S. 166 ff.

suizidale Gefährdungen und Entwicklungen zu erkennen und vorzubeugen versucht, sowie der *Sekundärprävention*, die darauf ausgerichtet ist, Menschen in ihren suizidalen Krisen, unter anderem mit Krisenintervention und Therapien, optimal zu helfen. Für die unmittelbare Versorgung und Behandlung nach einem Suizidversuch und für die Verhütung weiterer Suizidversuche, ist die *Tertiärprävention* zuständig.[127]

5.2 Umgang und Maßnahmen

In Bezug auf den Umgang mit den Suizidgefährdeten, sowie auf die bestehenden Maßnahmen in der Sozialen Arbeit -fokussiert auf die indirekte Suizidprävention- ist es nun von Bedeutung jene genauer zu untersuchen. Diese beinhaltet die Primär-, als auch die Sekundär- und Tertiärprävention. Allgemein gehört zu der Suizidprävention die Aufklärung der Öffentlichkeit. Dabei werden ein erhöhtes Bewusstsein und Wissen angestrebt. Die Soziale Arbeit unterstützt die professionelle Erstellung und Verbreitung von Informationen über Suizidprobleme und Suizidprävention, sowie eine kommunikative Auseinandersetzung mit Hilfe von Seminaren etc. In der aktiven, sekundären Suizidprävention beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit den suizidalen Menschen. Das wesentliche Ziel ist dabei die Hilfe zur Selbsthilfe. Die präventiven Interventionen gestalten sich demnach zu einer aktiven Krisenbewältigung. Wie schon ausführlicher im Kapitel zwei erwähnt, bietet die Soziale Arbeit eine niederschwellige, vom kontextabhängige Suizidprävention an. „Zu den niederschwelligen suizidpräventiven Angeboten gehören Telefon-Hotlines und internetbasierte Angebote, beispielsweise E-Mail-Beratung, Chats oder Foren. Außerdem zählen dazu Einrichtungen wie lokale Krisendienste, Beratungsstellen, psychosoziale Zentren und Selbsthilfegruppen“.[128] Zu den sozialpsychiatrischen Diensten zählen unter anderem Unterstützungsangebote wie Ambulanzen, Kliniken oder Tagesstätten, in der die Soziale Arbeit wirkt. Dabei ist auch die Tertiärprävention mit zu zuzählen, in der die Soziale Arbeit den Betroffenen nach einem Suizidversuch und der dann darauffolgenden sekundären, aktiven Krisenbewältigung weiterhin begleitet und unterstützt. Die Gefahr einer erneuten Suizidhandlung, vor allem in den ersten Monaten, sollte nicht unterschätzt werden. In Bezug auf den Umgang ist zu beachten, dass „[d]ie wichtigste Voraussetzung bei der Behandlung von Suizidgefährdeten […] das genaue Beobachten und die Aussprachemöglichkeit [ist]. Sie sollen die Möglichkeit haben, sich über das auszusprechen, was sie bewegt und quält“.[129] Auch sollte dem Betroffenen offen erklärt und erläutert werden, was auf sie zukommt. Ein Anstreben einer guten Vertrauensbeziehung ist

[127] vgl. Erlemeier 1992, S. 87
[128] Schneider u.a. 2021, S. 217
[129] Haenel 1989, S. 137

dabei sehr wichtig. Dafür sind Ratschläge, Ermahnungen und gut gemeinte Aufmunterungen meistens kontraproduktiv. Von Bedeutung ist die Reflexion der eigenen Einstellung und den Gefühlen gegenüber den Suizidanten. Thomas Haenel betont, dass eine innere Verurteilung von Suiziden oder emotionale Reaktionen wie Angst und Wut das eigene Engagement reduziert und eine Zurückweisung des Suizidenten erfolgt.[130] Der Umgang, sowie die Maßnahmen in der Suizidprävention, können jedoch bei Jugendlichen, sowie bei älteren Menschen unterschiedlich ausfallen. Aus diesem Grund werden nun die wesentlichen Merkmale des Umgangs, sowie die am häufigsten angestrebten Maßnahmen, in Bezug auf die oben genannten suizidalen Beweggründe, in den zwei Altersgruppen untersucht.

5.2.1 Bei Jugendlichen

Die Annäherung zu den Jugendlichen sollte über konkrete Gesprächsinhalte und realistische Alltagsbezüge erfolgen. Dabei sollten sie sich ernstgenommen fühlen, eine ehrliche, zugewandte, sowie offene Gesprächsbereitschaft des Gegenübers spüren und sich nicht bevormundet fühlen. Reaktionen wie Ablehnung, Schweigen oder Vorwürfe können bei einigen Jugendlichen vertreten sein. „Die Arbeit mit Jugendlichen erweist sich aufgrund ihrer pubertären Struktur oft als besonders problematisch. Die richtige Mischung aus persönlichem Engagement und Kontaktangebot und die Aufrechterhaltung eines für alle Beteiligten akzeptablen, aber eindeutigen Rahmens der Zusammenarbeit benötigt eine große Portion Gelassenheit, Verständnis, Einfühlungsvermögen und Wartenkönnen“.[131] Auch in angebrachten Momenten kann das Reagieren mit Humor geeignet sein. Bei Jugendlichen auf der Station sind eine Grenzsetzung und Struktur besonders wichtig. Grenzen zu setzen ist zwar gerade bei Jugendlichen, mit dem Wunsch nach eigenen Freiheitsbedürfnissen, heikel, jedoch ist dies eine Voraussetzung für eine nachsorgende Arbeit, die geprägt von Verträgen, Abmachungen und Übereinkünften ist. In dem Gespräch mit dem Jugendlichen wird häufig die Familien-,Schul- und Freundschaftssituation selbstverständlich und wertfrei aufgezeigt. Ziel von den Gesprächen mit den jugendlichen ist es ihnen klarzumachen, dass ein Suizidversuch eine Grenzüberschreitung in der Bewältigung von Konflikten darstellt und dementsprechend andere Vorstellungen, Strategien und Vorbilder verwendet werden sollten. Zudem ist es wichtig, dass die Jugendlichen im Gespräch wieder Interesse an der eigenen Weiterentwicklung gewinnen. [132] Die sozialen Bedingungen bzw. das soziale Umfeld spielt bei den Jugendlichen eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund empfehlt Thomas Haenel, dass die ganze Familie nach Möglichkeit in die Therapie

[130] vgl. Haenel 1989, S. 13
[131] Käsler/Nikodem 1996, S. 140
[132] vgl. Käsler/Nikodem 1996, S. 140 ff.

bzw. in die Behandlung miteinbezogen werden sollte, zumindest die Eltern oder deren Stellvertreter. Auch der Kontakt mit den Lehrern oder der Schulleitung ist unumgänglich.[133] D.h. bei suizidalen Jugendlichen ist es von Bedeutung, die Eltern miteinzubeziehen und gegebenenfalls ein Elterngespräch zu führen, damit die Familiensituation, das Beziehungefüge, als auch das Rollenverhalten von der Mutter und dem Vater analysiert und alternativerweise für sie eine Hilfestellung gegeben werden kann.

Die Soziale Arbeit kann, aufgrund ihrer vielfältigen Angebote, direkt mit dem suizidgefährdeten Jugendlichen bzw. mit seinem Umfeld Kontakt aufnehmen, sowie aber auch anonym - mit Hilfe von Telefonseelsorge oder Emails - den Betroffenen unterstützen. Jedoch stellt sich die Frage, wie ein präventiver Ansatz der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Schule aussehen kann. Die Schule nimmt einen großen Stellenwert in der jugendlichen Lebensphase ein und wird, wie schon erwähnt, als möglicher suizidaler Beweggrund besonders hervorgehoben. „Wenn die Erziehung von Kindern und Jugendlichen eine der Hauptaufgaben der Schulen ist, dann gehört die Suizidprävention als Teilaufgabe der Erziehung zur Lebensbewältigung dazu“.[134] Heidrun Bründel bevorzugt dafür Präventionsprogramme, die mehr auf Verringerung der Häufigkeit des Suizids angelegt sind, als auf eine vollständige Verhinderung. Diese Präventionsprogramme, die unter anderem auch Sozialarbeiter übernehmen können, haben eher mit Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung zu tun, als mit therapeutischen Interventionen für die Lehrer und Schüler. „Ein Programm sollte auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, klar gegliedert sein, Nah- und Fernziele angeben, die Zielgruppe deutlich ansprechen, konkrete Handlungsanweisungen enthalten und in der Durchführung für Lehrer/innen praktikabel sein, d.h., es muß in Unterrichtseinheiten aufteilbar sein und Material und Übungen für die Schüler/innen enthalten“.[135] Allgemein sollten die Präventionsprogramme die Schüler befähigen, Belastungsbewältigungsstrategien und Problemlösefertigkeiten zu entwickeln, suizidgefährdete Schüler zu erkennen, sowie eine Nachsorge und Betreuung diesen Schülern zu gestatten, was vor allem die Lehrer umsetzen sollten. Dafür erhalten die Lehrer Informationen zu dem Thema Suizid, zu den Theorien, zu Verursachungsbedingungen, sowie zu der Sensibilisierung für das Thema und der zugebenen Krisenintervention. Zu der Suizidprävention zählt auch die Schaffung einer guten Lernatmosphäre, das Thematisieren der Aufarbeitung von Tod-, Trennungs- und Verlusterlebnissen, sowie die Jugendlichen im Umgang mit suizidgefährdeten Freunden zu stärken. Besonders nach einem erfolgten Suizid oder Suizidversuch in der Schule, sollte in kleinen Gruppen zeitig mit den Schülern darüber

[133] vgl. Haenel 1989, S. 23
[134] Bründel 1993, S. 234
[135] Bründel 1993, S. 235

gesprochen werden, als zu schweigen, um den Nachahmungseffekt zu verhindern. In den USA und in Kanada wurden die Präventionsprogramme Bestandteil der Lehrpläne. In Deutschland haben die Schulen eher seltener, aufgrund von möglichen Ängsten, Befürchtungen und Vorurteilen, diese Präventionsprogramme aufgenommen. Dies erschwert es auch der Soziale Arbeit, die Schulen zu erreichen. Dazu äußert sich Heidrun Bründel: „[…] wenn durch ein Programm auch nur ein einziger Suizid eines Jugendlichen verhindert werden könnte, wäre sein Einsatz schon gerechtfertigt“.[136]

Die Medien stellen, genau wie die Schule, einen weiteren Einflussfaktor im Leben der Jugendlichen da und können, wie schon beschrieben, ein möglicher suizidaler Beweggrund sein, unter anderem aufgrund des Nachahmungseffektes. Die Mediennutzung hat in der heutigen Zeit einen bedeutenden Stellenwert bekommen, den auch die Soziale Arbeit in ihren Tätigkeiten wahrgenommen hat. Unter anderem soll die Soziale Arbeit die Medien als Hilfsmittel für Menschen zu deren Lebensbewältigung verwenden und die Medienfunktion dementsprechend anerkennen, verdeutlichen und unterstützen. Darunter zählt ein genauer Überblick bzw. Verweise auf die einzelnen Angebote, Online-Gesprächstherapien, Chats (auch für Hinterbliebene), Selbsthilfegruppen im Internet oder auf den Plattformen sozialer Medien. Die Medien können die Suizidalität einer Person erhöhen, jedoch dementsprechend auch die Suizidprävention unterstützen. Dies erforscht auch Sebastian Scherr. Er sieht den Zusammenhang zwischen den Medien und der Suizidalität als einen hochrelevanten Forschungsbereich in der Kommunikationswissenschaft an und erläutert zwei Präventionsansätze, die auch die Soziale Arbeit unterstützen könnte. Zum einen ist es wichtig, „[…] Fragebogenscreenings zu entwickeln, die es nach dem Prinzip der Selbstauskunft erlauben, das individuelle Risiko für Depressionen und Suizidalität abzuschätzen“.[137] Damit soll unter anderem das routinemäßige valide Erfassen und die Prognose von Depressionen und Suizidalität verbessert werden. Zum anderen könnte die Soziale Arbeit versuchen zu helfen die Forschungslücken, hinsichtlich der Fragen einer angemessenen Suizidberichterstattung, des Rollenverständnisses und der Arbeitsweise von Journalisten, zu beseitigen. Es existieren bisher veraltete Leitlinien zur Suizidberichterstattung, die jedoch nicht greifen, da sie teilweise aus der Zeit stammen, wo es noch keine sozialen Medien oder Videoplattformen gab. Aus diesem Grund sollte die Integration von Tabuthemen, wie Depression und die von ihr ausgehenden Suizidgefahr, sowie den Suizid, in der Ausbildung von Journalisten, die auf einen geschulten Umgang mit den Themen abzielt, gestärkt werden. Des Weiteren plädiert Scherr für ein

[136] Bründel 1993, S. 246
[137] Scherr 2016, S. 258

Gegenlesen der Artikel von Experten vor deren Publikation, um zu vermeiden, dass Journalisten die Expertenaussagen in einem verfälschten Kontext wiedergeben.[138] Die Medien stellen somit eine allgemeine Suizidgefahr dar. Jedoch können sie auch helfen, der Stigmatisierung von Suizidgefährdeten oder den Hinterbliebenen entgegen zu treten und den internetaffinen Jugendlichen aufzuklären bzw. zu unterstützen. Dafür, und für die Ermöglichung der geforderten Präventionsansätze von Sebastian Scherr, benötigt es die Hilfe der Sozialen Arbeit.

5.2.2 Bei älteren Menschen

Der Umgang mit älteren suizidgefährdeten Menschen ist geprägt von einigen Herausforderungen, unter anderem von der Tatsache, dass die Helfer meistens jünger sind. Dementsprechend kann ein großer Altersunterschied, sowie ein bis zwei Generationen zwischen der suizidalen älteren Person und den jüngeren Helfenden liegen. Daraus folgend, können Vorurteile, aber auch Erwartungen, Vorstellungen und gefühlsmäßige Einstellungen existieren, die wiederum geprägt sind von den Vorerfahrungen mit ähnlich erscheinenden Menschen. Die älteren Suizidenten begegnen jüngeren helfenden Personen häufig mit Skepsis, sowie mit provozierender Ablehnung, unter anderem um den potentiellen Behandler zu testen. Somit kann es vorkommen, dass die helfende Person sich nicht mehr in der Experten- oder Elternposition befindet, sondern sich klein und entwertet fühlt und damit das Problem des Klienten gewissermaßen am eigenen Leibe erlebt. Im Gegensatz dazu zeigen die helfenden Personen, wie unter anderem Sozialarbeiter, häufig eine akzeptierende Haltung, trotz ihrer Helfermentalität. Jene besitzen die Einstellung, die älteren Menschen das Recht zu geben, nach einem langen Leben zu gehen, einzuschlafen und zur Ruhe zu kommen. Dabei sollte das Ziel sein, mit den älteren Personen zusammen neue Lösungswege zu suchen, damit sie sehen, dass trotz eines erhöhten Alters, das Leben immer noch lebenswert sein kann. Dementsprechend ist es wichtig, die älteren Menschen in der Gestaltung ihrer neuen Lebensphase zu unterstützen. Martin Teising fasst jedoch einige Überlegungen zusammen, warum die Begegnung mit älteren Suizidgefährdeten eine Herausforderung, vor allem für die jüngeren Helfer, darstellen könnte und somit eine wirkungsvolle Unterstützung nicht zustande kommt. Die jungen Helfer wollen, nach Teisings Auffassung, häufig nichts mit älteren Menschen zu tun haben, da sie Angst vor zornigen älteren Personen haben. Zudem können ältere Personen bei dem Helfer Schuldgefühle und Scham auslösen, Druck ausüben, ihn erpressen und alleine lassen. Die jungen Helfer können zu einer außerordentlich wichtigen Bezugsperson werden, jedoch ist die Übertragungsliebe, bei der z.B. ältere Klienten die helfende Person wie ihr Enkelkind behandeln, besonders schwer zu

[138] vgl. Scherr 2016, S. 259

handhaben. Auch besteht die Gefahr, dass bei einem idealisierenden Umgang eine heftige Enttäuschung besteht und auch unter Umständen die Ablehnung von Hilfsangeboten akzeptiert werden muss.[139] Die Abgrenzung zu den älteren Personen entsteht schon alleine, wenn über *die Alten* gesprochen wird und damit „die anderen" gemeint sind. Den älteren suizidgefährdeten Menschen in Not, sollten die Hilfsangeboten dennoch nicht vorenthalten werden. Wie Martin Teising betont „[…] sind die Alten eben nicht nur die Alten, sondern sie leben mit ihren neurotischen, das heißt, aus der eigenen Kindheit stammenden Konflikten. Oft ist es das Kind in ihnen, unerfüllte kindliche Bedürfnisse oder aus der kindlichen Position nicht zu bewältigende Konflikte, die ihren Leidensdruck verursachen".[140] Aus diesem Grund sollten sich die Helfenden, darunter zählen auch Sozialarbeiter etc., als gutwillige, freundliche Personen zur Verfügung stellen. Das Wissen über die Schwierigkeiten kann die Beziehung zu den älteren Suizidenten erleichtern und ein ausdrückliches Eingehen auf die Suizidproblematik ermöglicht ein professionelles Ausüben der Tätigkeiten. Im Umgang mit älteren Menschen ist eine gründliche Analyse der Selbsterfahrungen zu beachten, sowie eine Durcharbeitung eigener Konflikte auf dem Gebiet des Älterwerdens und den Umgang mit dem Tod. Dies hat eine besondere Notwendigkeit, da die eigene selbstreflektierte Fähigkeit, zwischen der notwendigen Identifikation mit dem Klienten und der zu erbringenden persönlichen Distanz, gefordert wird.

Es musste erst einige Zeit länger vergehen, als bei den Jugendlichen, bis auch die älteren Menschen systematisch in die Gestaltung der Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit miteinbezogen wurden. Dabei arbeitet die Soziale Arbeit in verschiedenen Berufsfeldern, wie in Krankenhäusern, Gerontopsychiatrie, in Sozialstationen, Altenheimen oder in anderen Einrichtungen mit älteren Menschen, die möglicherweise suizidgefährdet sein könnten. Die sozialarbeiterische Tätigkeit ist vernetzt mit den sozialen, medizinischen und psychiatrischen Arbeitsfeldern und hilft bei der psychosozialen Anamnese, da sich meistens die älteren Menschen nicht trauen, dem Hausarzt seine vermutlich begrenzte Zeit für Gespräche zu nehmen. Die Wohnsituation, die finanzielle Situation, die sozialen Kontakte, die Tagegestaltung, sowie die Konsumgewohnheiten oder einschneidende Lebensereignisse von der älteren Person werden daher eher dem Sozialarbeiter erzählt, als dem eigentlichen Arzt. Ältere suizidale Menschen, insbesondere Männer, gehen bzw. suchen sich seltener Hilfe, aufgrund von Bewegungseinschränkungen oder Schamgefühl. Auch das Benutzen von Internetangeboten, sowie auch die Verwendung der Telefonseelsorge, sind bei den älteren Personen geringer. Die Soziale Arbeit hat dementsprechend den suizidalen Präventionsansatz Hausbesuche bzw.

[139] vgl. Teising 1992, S. 105
[140] Teising 1992, S. 99

zugehende Kriseninterventionen und Beratungen anzubieten. Es kommt bei Hausbesuchen häufig vor, dass die Sozialarbeiter wegen eines anderen Problems informiert werden, jedoch auf lebensmüde ältere Menschen treffen, woraufhin die akute Suizidgefahr abgeklärt werden muss. Die Soziale Arbeit hat insgesamt den Vorteil der Vernetzungsarbeit. Besonders in Bezug auf einsame ältere Menschen kann dies unterstützend sein. „Die Sozialarbeiter, die gemeindenah für die Suizidprophylaxe zuständig sind, können im Vorfeld und in Krisen in Kooperation mit anderen Berufsgruppen und in Kontakt zu Angehörigen und Nachbarn tätig werden, z.B. wenn es darum geht, einen alleinstehenden alten Menschen zwar zu Hause, aber nicht allein zu lassen".[141] Die zugehende Suizidprävention benötigt eine hohe Zahl an Sozialarbeiter, um so viele ältere, lebensmüde gewordene Menschen wie nur möglich zu erreichen. Jedoch sollte auch den älteren Menschen, die kurz vor dem Renteneintritt stehen, Angebote für die Freizeitgestaltung in Form von z.B. Zeitungsartikeln, Flyern, Radio - oder Fernsehbeiträgen zukommen lassen. Die Soziale Arbeit kann so mit Angeboten und begleitender Unterstützung den Berufseintritt erleichtern und ein Suizidrisiko vermindern.

Vereinsamte, suizidgefährdete ältere Menschen benötigen unter anderem Soziale Kontakte und ein wiederaufzubauendes Selbstwertgefühl. Mit Hilfe von z.B. kreativen Angeboten, ehrenamtlichen Tätigkeiten in Vereinen oder tiergestützten Interventionen können die Betroffenen dabei unterstützt werden. Neben den notwendigen einzelnen Beratungsangeboten, kann auch die Teilnahme an Gruppensitzungen versucht werden. Martin Teising warnt jedoch vor einen Gruppenversuch mit suizidgefährdeten älteren Menschen: „Menschen in narzißtischen Krisen sind aufgrund ihrer Störung schwer in Gruppen zu integrieren. […] Möglicherweise wird die Empfehlung, an einer Gruppe teilzunehmen, von Menschen in suizidalen Krisen bereits als schwere kränkende Zurückweisung empfunden".[142] Zudem beobachtet Teising, dass in der Gruppe um fehlende Teilnehmer keine Besorgnis entsteht oder Nachfragen kommen, sondern über sie hergezogen wird, wie über andere außenstehende Aggressionsprojekte. „Sie [die fehlenden Gruppenmitglieder] wurden Opfer der narßistischen Wut, hatten sie doch dem Gruppenkörper eine Wunde zugefügt."[143] Jedoch stellen Gruppensitzungen, nach Teisings Auffassung, immer noch ein präventiver Ansatz da. Es müssen nur weitere Erfahrungen unter anderen Bedingungen, vielleicht mit genauerer Indikationsstellung, gesammelt werden.[144]

[141] Teising 1992, S. 119
[142] Teising 1992, S. 153
[143] Teising 1992, S. 151
[144] vgl. Teising 1992, S. 153

Wie in den möglichen suizidalen Beweggründen schon erwähnt, steigt das Suizidrisiko, aufgrund der Vereinsamung, die unteranderem durch Verlust und Trennung von Ehepartnern entstehen kann. Bei einem Verlust des Partners durch Tod, kann dem noch überlebten Partner mit den, wie schon erwähnten, unterstützenden Angeboten oder der Unterstützung von Familienangehörigen geholfen werden. Um eine Trennung von Ehepaaren im höheren Alter jedoch entgegenzuwirken, um somit eine möglicherweise unnötige Vereinsamung zu vermeiden, kommen Paartherapien in der Suizidprävention eine besondere Bedeutung zu. Eine lange, bestehende Partnerschaft ist stark mit dem Selbstwertgefühl verbunden und in keiner anderen Lebensphase erfordert die Umwelt so viele Neustrukturierungen der Partnerschaft, wie im Alter. Eine Paartherapie oder Angebote, speziell für ältere Paare, kann zu einer Stabilisierung und zu emotionalen Wachstum führen und somit eine Trennung vorbeugen. Spezielle Paartherapien, die besonders die Bedingungen älterer Menschen berücksichtigt, sind noch nicht weitverbreitet. Jedoch ist dies ein angestrebter suizidaler Präventionsansatz, den die Soziale Arbeit mit Hilfe von darauf zugeschnittenen Angeboten, sowie mit der Informationsverbreitung, unterstützen kann.

6. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann über den jetzigen Forschungsstand gesagt werden, dass der Sozialen Arbeit, in Bezug auf den Umgang mit der Suizidalität, eine große Bedeutung und Verantwortung zugetragen wird. Mit ihren vielfältigen Angeboten, ihrem ausgebauten Netzwerk, sowie ihren unterschiedlichen Einsatzbereichen, kann den suizidgefährdeten Menschen eine wirksame Unterstützung geboten werden. Vor allem die Bestandsaufnahme der Suizidalität in Deutschland beweist, dass der Suizid eine ernstzunehmende Todesursache darstellt. Aus diesem Grund sollten die bestehenden Risikofaktoren, wie Lebenskrisen durch äußere Veränderungen, Berufsverlust oder psychische Erkrankungen, nicht ignoriert werden. Umso bedeutender ist es, die Herausforderungen, die die Soziale Arbeit in ihrer Hilfe einschränkt, zu bewältigen. Darunter zählen Herausforderungen, wie fehlende zeitliche, räumliche, finanzielle und personelle Ressourcen, die ungeklärte Kostenübernahme oder die umstrittene Gesetzgebung.

Eine Unübersichtlichkeit der Angebote, sowie eine zu geringe Zusammenarbeit bzw. Absprache untereinander hat zur Folge, dass nicht alle Betroffene erreicht werden können und eine Hilfe geboten bekommen. Vor allem Männer, die, wie die Statistik zeigt, vom Suizid am meisten betroffen sind, stellen in der Erreichung eine spezielle Herausforderung dar, welche in Zukunft verbessert werden sollte.

Aus der Arbeit kann außerdem geschlussfolgert werden, dass die Soziale Arbeit versucht, jeder Altersgruppe eine gerechte Unterstützung mit den dazu passenden Angeboten anzubieten. Dabei wird kein Unterschied gemacht, ob in der jeweiligen Altersgruppe vermehrt Suizidversuche oder ausgeführte Suizide vorkommen. Die Soziale Arbeit bietet Unterstützungen an, egal welches Alter betreffend. Die vergleichende Untersuchung der Lebensphase, die gleichzeitig mögliche suizidale Beweggründe beinhaltet, von den Jugendlichen mit der, der älteren Menschen, sind Unterschiede, jedoch auch einige Gemeinsamkeiten aufzuweisen. Die Jugendlichen, die sich in der Pubertätszeit befinden, machen eine körperliche, als auch psychische Veränderung bzw. Entwicklung durch. Jedoch auch die älteren Menschen verändern sich in ihrer Lebensphase. Der Körper wird schwächer, Krankheiten entstehen und kognitive Einschränkungen können dazu kommen. So wie die Jugendlichen ihre Entwicklungen und Veränderungen akzeptieren müssen, so müssen es auch die älteren Menschen mit den in ihrem Lebensabschnitt vorkommenden Veränderungen. Dabei ist es bei beiden Altersgruppen wichtig, dass jene, die Hilfe brauchen, auch nach ihr fragen und sie annehmen, sei es die von Eltern, Familienangehörigen, Freunden oder von dem Lebenspartner, sowie von der Sozialen Arbeit mit deren Angeboten. Bei den Jugendlichen nehmen äußerer Faktoren, wie die Schule, Medien oder die Familie einen großen Einfluss auf ihr Leben. Die Schule, mit ihren Anforderungen und dem Druck bei den Anderen dazugehören zu müssen, die Medien, die den Jugendlichen positive, aber auch negative Nachrichten oder Bilder überliefern oder die Familie, die eine Unterstützung, aber auch ein Stressor darstellen kann. Je nachdem, wie die Jugendlichen diese Einflussfaktoren aufnehmen, mit ihnen umgehen und bewältigen, könnte eine Suizidgefährdung entstehen oder nicht. Dasselbe gilt auch für älterer Menschen, mit dem Unterschied, dass diese mit anderen Herausforderungen umgehen müssen. Zum einen mit dem Berufsverlust, der verschiedene Emotionen, wie Minderwertigkeitsgefühle, auslösen kann, zum anderen mit den Gedanken und Sorgen um das eigene Sterben, sowie Streitigkeiten mit dem Lebenspartner. Vor allem die Einsamkeit kann bei älteren Menschen zu einem belstanden Gemütszustand werden, der eine Suchtgefahr zu Alkohol, als auch eine Suizidgefährdung hervorrufen kann. Sowohl bei Jugendlichen, als auch bei älteren Menschen ist die Depression eine psychische Erkrankung, die am meisten vertreten ist. Beide Altersgruppen besitzen dabei ein erhöhtes Suizidrisiko, auch wenn Depressionen aufgrund unterschiedlicher Faktoren entstanden sein können.

Die indirekte Suizidprävention der Sozialen Arbeit, die die Primär,-Sekundär- und Tertiärprävention beinhaltet, weist ebenso Gemeinsamkeiten, als auch Unterschiede zwischen den zwei Altersgruppen auf. Vor allem in der Suizidprävention wird es deutlich, dass die Soziale Arbeit nicht mehr wegzudenken ist. Eine Gemeinsamkeit besteht darin, dass, egal welche Altersgruppe betreffend, die Soziale Arbeit das Thema *Suizid* in der Gesellschaft enttabuisieren und der Gesellschaft mehr Bewusstsein und Wissen über dieses Thema vermitteln möchte. Des Weiteren ist eine Gemeinsamkeit in den niederschwelligen suizidpräventiven Angeboten der Sozialen Arbeit zu sehen, welche die Jugendlichen, als auch ältere Menschen, mehr oder weniger, in Anspruch nehmen können. Darunter zählen Beratungsstellen, lokale Krisendienste, Selbsthilfegruppen, Telefon-Hotlines oder internetbasierte Angebote. Ein Unterschied wiederrum besteht darin, dass innerhalb des Angebotes verschiedene Ziele verfolgt werden, sowie ein unterschiedlicher Umgang mit den Suizidgefährdeten besteht, abhängig davon, ob es ein Jugendlicher oder eine ältere Person ist. Vor allem der richtige Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, egal ob jung oder alt, kann für die Sozialarbeiter eine weitere Herausforderung darstellen. Die suizidalen Präventionsansätze der Sozialen Arbeit unterscheiden sich je nach Altersgruppe. Dabei basieren diese auf die jeweiligen möglichen suizidalen Beweggründe. Bei den Jugendlichen wird der Fokus auf das Einbeziehen des Umfeldes, wie die Familie, Schule oder Freunde gelegt, sowie auf das Entwickeln von Programmen, explizit für jugendliche Schüler und Lehrer an den Schulen. Auch die Medien bzw. die Journalisten sollten auf eine bessere Berichterstattung, in Bezug auf die Suizidthematik, achten. Bei den älteren Menschen wird das Augenmerk besonders auf die zugehenden Angebote, auf Werbungen mit Zeitungsartikeln oder Flyern, sowie auf Hausbesuche gelegt, unter anderem aufgrund der Bewegungseinschränkung und der wenigen Internetnutzung. Selbsthilfegruppen und Paartherapien sind weitere mögliche Präventionsansäte, die speziell für ältere suizidgefährdete Menschen hilfreich sein könnten.

Zukünftig wird das Thema *Suizid* erstmal weiterhin ein Tabuthema bleiben. Es wird immer mal wieder zu einer Thematik in der Gesellschaft, vor allem wenn prominente Personen einen Suizid begehen und es in den Medien benannt wird. Jedoch wird es seine Zeit dauern, bis die Stigmatisierung aufhört und die Betroffenen ihre Ängste überwinden und sich trauen, ihre Sorgen und Gedanken der Öffentlichkeit anzuvertrauen. Doch wenn sich die Gesellschaft dem Thema Suizid widmen und sich nicht davor verschließen würde, so würde auch das Zitat am Anfang von William Shakespear, in dem der Tod als Arzt bezeichnet wird, wenn das Leben eine Qual ist, nicht auf Unverständnis und Abneigung treffen. Für einige Menschen ist der Suizid, aufgrund verschiedener Erklärungsansätze, inneren Gefühlzuständen und Beweggründen, der einzige Lösungsweg bzw. der Arzt, der die Qualen des Lebens ein Ende bereiteten kann. Es liegt

unter anderem an der Sozialen Arbeit, die von jedem einzelnen Menschen in der Gesellschaft unterstützt werden sollte, den Betroffenen einen sinnvolleren Lösungsweg aufzuzeigen und den suizidgefährdeten Menschen, wie ein verständnisvoller und hilfsbereiter Arzt, entgegen zu kommen.

7. Quellenverzeichnis

Bilke-Hentsch, Oliver: Pathologischer Internet- und Medienkonsum- psychodynamische Erkundungen. In: Trautmann-Voigt, Sabine/Voigt, Bernd (Hrsg.): Jugend heute. Zwischen Leistungsdruck und virtueller Freiheit. Gießen 2013, S. 79-89

Bründel, Heidrun: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention. Weinheim/München, 1993

Dreier, Mareike/Liebherz, Sarah/Härter,Martin: Psychische Gesundheit. Suizidalität. URL: https://www.psychenet.de/de/psychischegesundheit/themen/suizidalitaet.html#:~:text=Die%20Suizidh%C3%A4ufigkeit%20in%20Deutschland%20liegt,1%20Suiziden%20pro%20100.000%20Einwohnern [Stand: 28. 3. 2022]

Erlemeier, Norbert: Suizidalität im Alter. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familien und Senioren. Bonn 1992

Haenel, Thomas: Suizidhandlungen. Neue Aspekte der Suizidologie. Berlin 1989

Holderegger, Adrian: Suizid und Suizidgefährdung. Humanwissenschaftliche Ergebnisse. Anthropologische Grundlagen. Schweiz 1979

Jiménez, Fanny: Gesundheit. Warum die Suizidrate bei Männern höher ist. URL: https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article140153773/Warum-die- Suizidrate-bei-Maennern-hoeher-ist.html [4.04.2022]

Junglas, Jürgen: Partizipation Jugendlicher in Deutschland. Vom Objekt der Beobachtung zum Subjekt der Zukunft. In: Trautmann-Voigt, Sabine/Voigt, Bernd (Hrsg.): Jugend heute. Zwischen Leistungsdruck und virtueller Freiheit. Gießen 2013, S. 43-59

Käsler, Helga/Nikodem, Brigitte: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen. München 1996

Keupp, Heiner: Von der (Un-) Möglichkeit erwachsen zu werden. In: Trautmann-Voigt, Sabine/Voigt,Bernd (Hrsg.): Jugend heute. Zwischen Leistungsdruck und virtueller Freiheit. Gießen 2013, S. 19-42

Labatzki, Uwe: „Events Occur in Real Time“. „Neue Medien“ in der Diskussion. In: Trautmann-Voigt, Sabine/Voigt, Bernd (Hrsg.): Jugend heute. Zwischen Leistungsdruck und virtueller Freiheit. Gießen 2013, S. 91- 105

Oldenburg, Jörn: Lebensstrategien. Ein Simulationsmodell zur Früherkennung von Suizidalität und Optionen zur Stärkung der Lebensfähigkeit. Lüneburg 2007

Rotthaus, Wilhelm: Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen. Erkennen, verstehen, vorbeugen. Heidelberg 2020

Schaar, Yannick/Schipper, Marc: Suizid und Alter: Eine Bestandsaufnahme. URL: https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/pubhef-2017-0008/html [31.3.2022]

Schäfer, Thomas: Ethik für die Soziale Arbeit und helfende Berufe. Eine Einführung in ethisches Denken, Handeln und philosophische Reflexion. Toronto 2021

Scherr, Sebastian: Depression-Medien-Suizid. Zur empirischen Relevanz von Depressionen und Medien für die Suizidalität. Wiesbaden 2016

Schiele, Wolfgang: Rastlos im Beruf, ratlos im Ruhestand?. Wegweisende Impulse zur aktiven Gestaltung der dritten Lebensphase. Berlin 2018

Schneider, Barbara u.a.: Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel 2021

Schwarz, Marion: Immer jünger-was heißt das für den psychotherapeutischen Beruf?. In: Trautmann-Voigt/Voigt, Bernd (Hrsg.): Jugend heute. Zwischen Leistungsdruck und virtueller Freiheit. Gießen 2013, S. 171-185

Sonneck, Gernot u.a.: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2016

Statistisches Bundesamt: Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen in den Jahren 2012 bis 2019. URL: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318378/umfrage/anzahl- der-suizide-in-deutschland-im-vergleich-zu-ausgewaehlten-todesursachen/ [Stand: 31.3. 2022]

Teising, Martin: Alt und lebensmüde. Suizidneigung bei älteren Menschen. München 1992

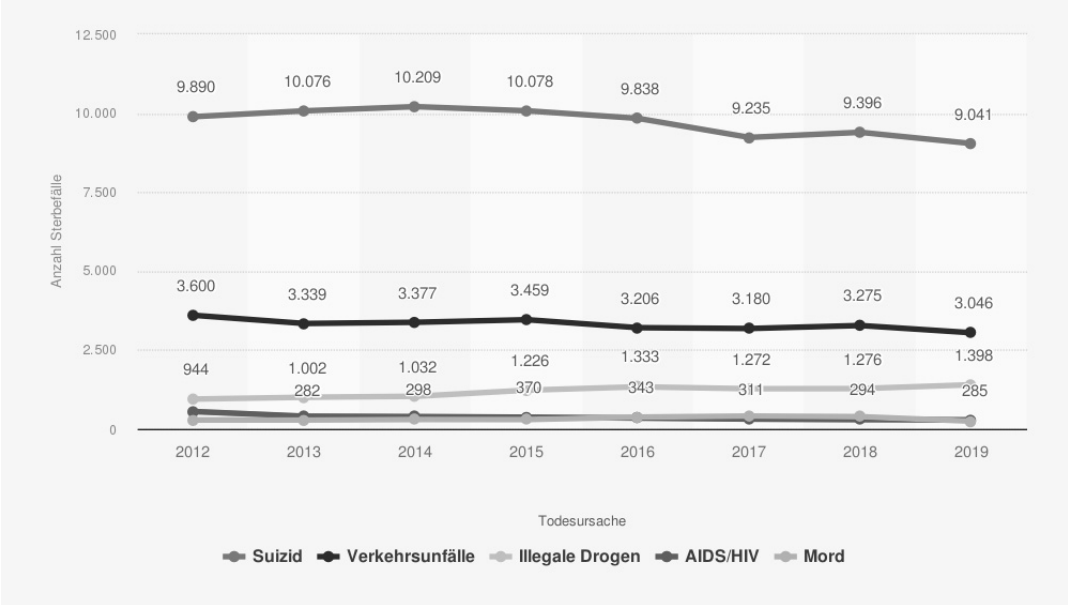
Trautmann-Voigt, Sabine/ Voigt, Bernd: Editorial. In: Trautmann-Voigt, Sabine/Voigt, Bernd (Hrsg.): Jugend heute. Zwischen Leistungsdruck und virtueller Freiheit. Gießen 2013, S. 7-18

Von Senarclens de Grancy, Moritz/Haug, Rebekka: Suizidalität am Arbeitsplatz. Prävention und Krisenintervention. Wiesbaden 2020

Wenig, Ruediger: William Shakespear. Und der Rest ist Schweigen. URL: http://www.william-shakespeare.de/othello1/othello.htm [Stand: 23.3. 2022]

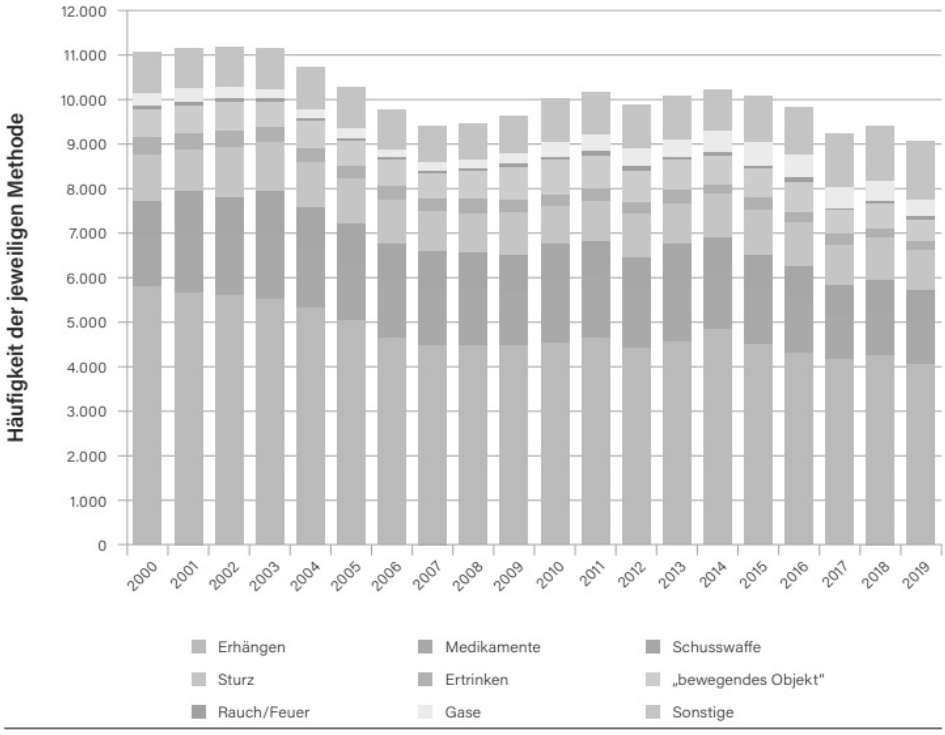
8. Anhang

Abbildung 1: Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen in den Jahren 2012 bis 2019



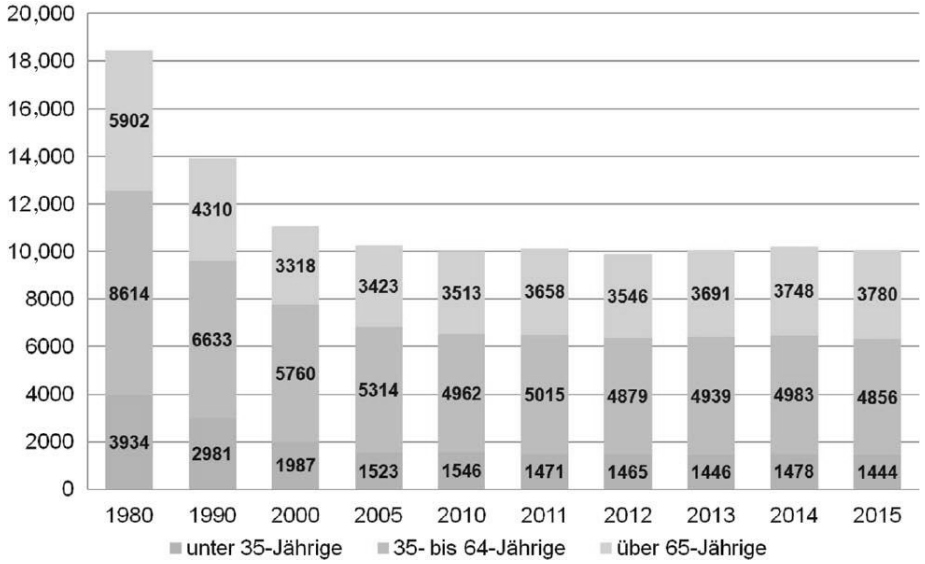
Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2022 (Internetquelle)

Abbildung 2: Suizidmethoden in Deutschland in den Jahren 2000-2019



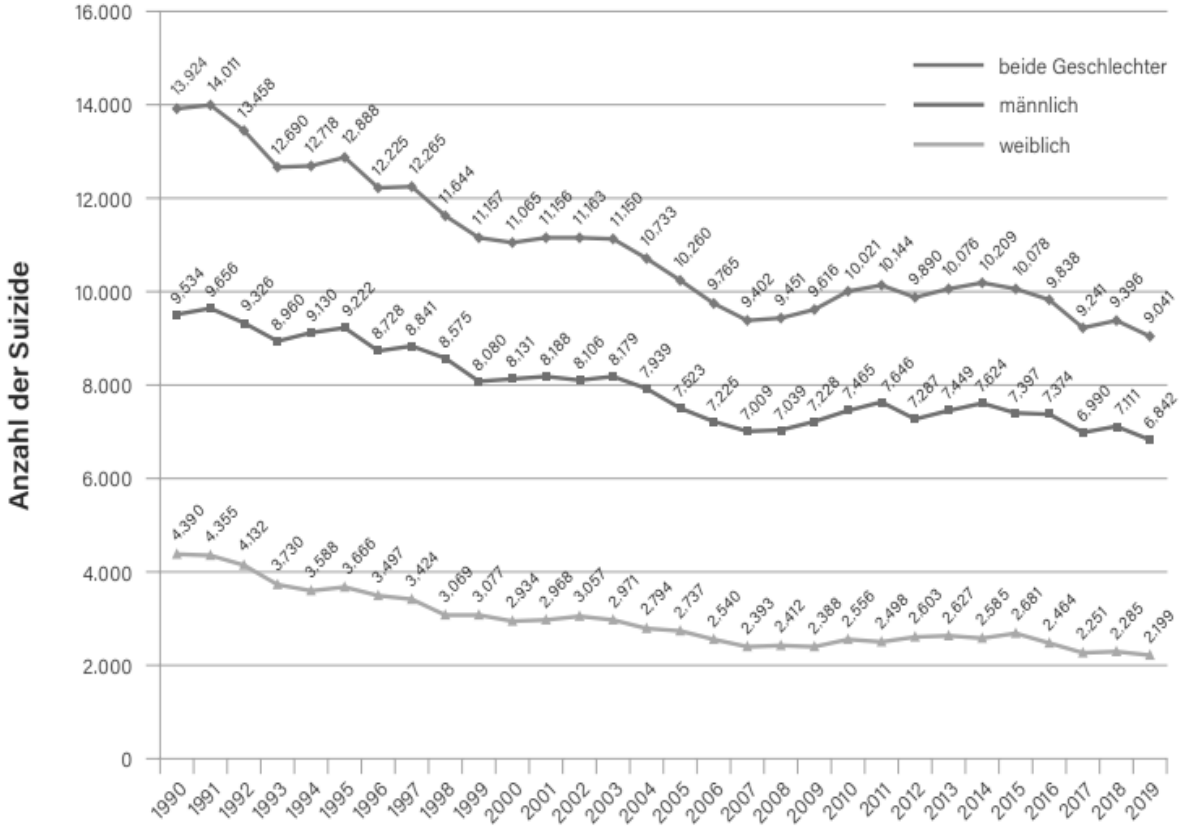
Datenquelle: Schneider u.a. 2021

Abbildung 3: Anzahl der Suizide nach Altersgruppen in den Jahren 1980 bis 2015



Datenquelle: Schaar, Yannick/ Schipper, Marc 2022 (Internetquelle)

Abbildung 4: Anzahl der Suizide in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 1990 bis 2019



Datenquelle: Schneider u.a. 2021