

Uwe Haßelmann

Suizidprävention am Arbeitsplatz

Wenn es zu einem Suizid im Kollegenkreis kommt, fragen sich nicht selten die Kolleginnen und Kollegen und die beteiligten Führungskräfte, ob man durch eigenes Handeln die Selbsttötung hätte verhindern können. Noch drastischer stellt sich uns allen die Frage der eigenen Verantwortlichkeit, wenn ein Mensch seine Selbsttötungsabsichten uns gegenüber offenbart. Wie soll man sich dann verhalten? Was können Führungskräfte und Kolleginnen und Kollegen des unmittelbaren Arbeitsumfeldes überhaupt bei Suizidgefährdung tun? Hat nicht letztendlich jeder Mensch die Freiheit, über sein eigenes Schicksal selbstverantwortlich zu entscheiden?

Der vorliegende Artikel will versuchen, diese und ähnliche Fragen zu beantworten. Dazu möchte ich in drei Schritten vorgehen

1. Fakten zum Thema Suizid darstellen
2. ein Prozessmodell zum Verlauf des Suizides diskutieren und
3. Hinweise für den Umgang mit (möglicherweise) suizidgefährdeten Personen im Arbeitsalltag geben.

1. Fakten zum Thema Suizid

- In Deutschland nehmen sich jährlich etwa 12.000 Personen das Leben. Dies entspricht einer Quote von 18,7 Personen pro 100.000 Einwohner. Dabei bringen sich Männer etwa 2 bis 3-mal so häufig um als Frauen. Frauen begehen allerdings etwas häufiger als Männer Suizidversuche.
- Es gibt sicher tatsächlich mehr Fälle, da hier eine Dunkelziffer von 10 bis 30% geschätzt wird (Wolfersdorf, 2000, S. 77).
- Im internationalen Vergleich gibt es extrem große Unterschiede. Während die Suizidrate in Ungarn mit 41,4/100.000 am höchsten ist, liegen die Raten etwa für Griechenland bei 4/100.000 und für Italien bei 7,6/100.000. An niedrigsten liegen die Raten in Jamaica und Ägypten mit jeweils 0,1/100.000.
- Die Anzahl der Suizidversuche liegt erheblich darüber. Da hier Daten nicht zentral erfasst werden, liegen bisher nur gründliche und systematisch erhobene deutsche Daten aus einer Studie in Würzburg-Stadt und –Land vor (ca. 280.000 Einwohner). Hier wurden alle Suizidversuche von 1989 bis 1996 erfasst und wissenschaftlich ausgewertet (Datengrundlage waren „suizidale Handlungen, die mit Gesundheitsinstitutionen in Berührung kommen“). Nach diesen Stichprobendaten lassen sich die Anzahl der Suizidversuche in Deutschland auf ca. 122/100.000 bei Männern und 147/100.000 bei Frauen schätzen. Die Suizidversuchsziffern schwanken allerdings von Jahr zu Jahr stark (vgl. www.suizidprophylaxe.de) und es gibt in Deutschland auch starke regionale Schwankungen sowohl der Suizidversuchs- als auch der Suizidraten (konkrete Daten sind dazu unter der oben genannten Internet-Adresse zu finden).
- 80% der Suizide waren vorher angekündigt. Damit müssen alle Ankündigungen sehr ernst genommen werden.
- Die Wiederholungsgefahr ist groß, weshalb nach einem Versuch die Prophylaxe sehr professionell und eindringlich betrieben werden muss.
- Untersuchungen mit Hilfe von Tests oder anderen Messinstrumenten bringen keine Gewissheit über die Suizidgefährdung des einzelnen.

Deshalb kommt der Wahrnehmung von Signalen in der mitmenschlichen Kommunikation eine absolut entscheidende Bedeutung bei.

- Menschen, die sich umbringen, sind nicht unbedingt psychisch krank, aber äußerst verzweifelt und zutiefst unglücklich. Bestimmte psychische Erkrankungen erhöhen aber die Suizidgefährdung und gelten als primäre Risikofaktoren: Depressionen, Schizophrenie, Suchterkrankung. Weitere primäre Risikofaktoren sind frühere Suizidversuche und geäußerte Suizidabsichten.
- Neben primären Risikofaktoren wurden sekundäre und tertiäre Risikofaktoren in der Forschung zum Phänomen Suizid herausgearbeitet. Diese sind:
 - Sekundäre Risikofaktoren: früher Verlust der Eltern, Isolation, Arbeitslosigkeit/große finanzielle Probleme, schwere negative Lebensereignisse (Scheidung, Trennung, Tod naher Familienangehöriger, schwere eigene Krankheit etc.).
 - Tertiäre Risikofaktoren: männliches Geschlecht, Adoleszenz (Männer), höheres Alter (Frauen), „vulnerable Zeiten“ (Frühjahr, prämenstruelle Zeit)
- Zwei Drittel aller Geretteten sind letztlich froh, überlebt zu haben.

2. Prozessmodell zum Suizid

Vom Gedanken zur Tat werden i.d.R. verschiedene Stufen durchschritten. Diese werden in der folgenden Tabelle wiedergegeben (gekürzt und vereinfacht nach Wolfersdorf, 2000, S. 24ff. und S. 40ff.). Je weiter unten jemand einzuordnen ist, desto stärker ist die Suizidgefahr. **Ich möchte aber davor warnen, diese Tabelle allzu naiv für die Realität zu nehmen. Es handelt sich lediglich um eine einfache Modellvorstellung, die jedoch einen praktischen Nutzen für die Suizidprävention aufweist.**

Phase	Kennzeichen
I. Suizid- Gedanken	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Ruhe und Pause im Leben • Suizidgedanken, zunächst noch nicht konkretisiert
II. Planungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Planungen • Ziele und Absichten • Vorbereitende Handlungen • Zunehmende „Einengung“ des Denken und Handelns hin auf den Suizid als die Lösung der Lebensprobleme
III. Ambivalenz- Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Schwankungen zwischen Ausführen-Wollen oder Hilfesuchen • Ankündigungen, manchmal mit deutlich demonstrativ-appellativer Funktion • Entschluss zur Umsetzung wird nach und nach gebildet • Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt
IV. Ausführungs- phase	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidversuch vorbereitet • Suizidversuch durchgeführt (gefunden, selbst gemeldet) • Abgebrochen (durch Fremd- oder Selbsteinfluss) • Gezielt, geplant, impulsiv durchgeführt • Verstorben durch oder infolge der Handlung

Dieses Modell führt mich zu drei Schlussfolgerungen:

1. Von ersten Gedanken bis zu Tat liegen verschiedene Stufen vor, die Raum und Zeit für die Hilfe lassen. Leider muss man aber sagen, dass der zeitliche Verlauf von den ersten Gedanken bis zur Tat sehr unterschiedlich lang sein kann (von wenigen Stunden bis zu mehreren Monaten).
2. Von Stufe zu Stufe sollten die Anzeichen deutlicher sichtbar werden. Auch hier gilt aber, dass je nach gewählter Tötungsart mehr oder weniger aufwändiger Vorbereitungs- und Planungsaufwand erforderlich ist und schon von daher die „Signale“ unterschiedlich deutlich sein können. Denken Sie aber bitte auch daran, dass 4 von 5 Betroffenen Ihre Absicht vorher angekündigt haben.
3. Es hängt sicher neben dem Ausmaß des Vertrauens und der Nähe zu den Betroffenen auch von der eigenen Fähigkeit ab, mit dem Thema Selbsttötung angstfrei und ohne Scheuklappen umzugehen, ob rechtzeitig und entschlossen eingegriffen wird und wie dies konkret im Einzelfall aussieht.

3. Hinweise für den Umgang mit Suizidgefährdeten

Ich möchte im folgenden allgemeine Hinweise und Hinweise für Gespräche mit Suizidgefährdeten geben. Hierbei gilt immer, **dass eine fachgerechte Therapie und Behandlung** hierdurch nicht ersetzt werden kann. Ganz allgemein sollte man sich als therapeutischer Laie grundsätzlich hüten, „Dingen auf den Grund gehen zu wollen“ oder eigene Interpretationen der Lebensprobleme anzubieten. Meist sind auch Ratschläge oder Tipps nicht besonders hilfreich und sinnvoll. **Es kann einzig darum gehen, den angekündigten Suizid zu verhindern, indem für die betreffenden Personen Hilfe organisiert wird.**

Allgemeine Hinweise:

- Aus den Daten zum Thema lassen sich Risikogruppen herausfiltern, die besonders sorgfältig beobachtet und betreut werden sollten.
- Möglicherweise werden diese Risikopersonen ohnehin schon von Seiten der Kolleginnen und Kollegen und der Führungskräfte intensiver betreut. Dann sollte das Thema Suizidgefahr nicht übertrieben kommuniziert, aber auch nicht „verdrängt“ werden.
- Bei psychisch auffälligen oder kranken Personen gilt grundsätzlich, dass eine fachgerechte Behandlung meistens dringend erforderlich ist. Sofern betriebliche Ansprechpartner existieren (Sozialarbeiter, Arbeitsmediziner etc.) sollte wenn immer möglich eine Kontaktaufnahme eingeleitet und von Seiten der Führungskräfte auch nachgehalten werden.
- Je nach Grad des Vertrauens sollte aktiv daraufhin gewirkt werden, dass Personen sich in fachgerechte Behandlung begeben. Auch hier sollte wenn immer möglich nachgefragt werden, ob die Betroffenen sich in Behandlung befinden und wie die Behandlung konkret aussieht. Verweigert die Kollegin oder Kollege hier die Antwort, ist dies ihr oder sein gutes Recht. Es sollte dann nicht weiter in die Person gedrungen werden.
- Wenn eine sicherkritische Tätigkeit ausgeübt wird (Feuerwehr, Handwerker, Fahrtätigkeiten etc.) sollte bei dem geringsten Zweifel an der Handlungsfähigkeit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit medizinisch festgestellt werden:
- In der Praxis sollte darauf hingewirkt werden, ein Betreuungskonzept auch für psychisch auffällige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - ähnlich wie heute

im Bereich der Suchterkrankungen schon vorhanden - zu etablieren. Dies setzt auch voraus, dass alle mit dem Thema befassten Stellen einer Organisation sich vernetzen und aktiv zusammenarbeiten (Personalwirtschaft, Führungskräfte, Betriebsärzte, Sozialarbeiter etc.)

- Hinweise zum Gespräch
 - Wenn sich Ihnen jemand anvertraut oder Signale der Suizidabsicht aussendet, muss dies unbedingt ernst genommen werden. Die Sorge um die Person sollte deutlich kommuniziert werden und es sollten weiterführende Schritte eingeleitet werden (s.u.). Sie sollten auch deutlich machen, dass Sie sich jetzt die notwendige Zeit nehmen.
 - Hören Sie gut zu, fragen Sie ggf. in nicht inquisitorischer Weise nach, verzichten Sie auf Ratschläge oder Tipps, vermeiden Sie einen „Therapeutenjargon“ oder laienhafte Therapieversuche, lassen Sie die Person nicht allein und organisieren Sie die notwendige Hilfe (im Einzelfall sicher sehr unterschiedlich).
 - Wenn Sie die Situation als ernsthaft einschätzen oder sich überfordert fühlen, sollten Sie Hilfe herbeiholen (Polizei, sozialpsychiatrischer Dienst, Betriebsarzt, Familienangehörige etc.) und die Person auf keinen Fall unbeaufsichtigt lassen.
 - Alternativ könnten Sie auch die Person selbst zum Hausarzt, zum Facharzt, in ein Krankenhaus begleiten und dort darauf bestehen, dass die Person fachkundig betreut wird.
 - Wenn jemand mit Ihnen kommuniziert, dann will die Person etwas von Ihnen – andernfalls wäre kein Kommunikationsversuch gestartet worden: dies ist aber auch Ihre Chance!
 - Sie müssen sich sicher sein – und dies auch überzeugend kommunizieren -, dass Sie selbst viele auch extreme Lebenssituationen durchstehen und ertragen können – ohne sich selbst zu töten (evtl. ausgenommen sind Krankheiten im finalen Stadium).

Literatur/Informationsquellen:

- www.suizidprophylaxe.de
- Dorrman, W. (1996). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München.
- Wolfersdorf, M. (2000). Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart.