

SUIZIDPROPHYLAXE

Nr. 200

THEORIE UND PRAXIS

Suizidgedanken, suizidale Handlungen
und Suizid bei Mitarbeitenden: Ein Thema
von Führungskräften - Untersuchungsergebnisse

Suizide in Deutschland erneut ansteigend

[U25], Konzept und Finanzierungsgeschichte

Podcast: Du fehlst – Trauer nach Suizid

Deutsche Gesellschaft
für Suizidprävention (DGS)

Österreichische Gesellschaft
für Suizidprävention (ÖGS)

Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz
(IPSILON)



ISSN 0173-458X
Listed in PSYNDEX,
Excerpta Medica

Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS), der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und der Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz (IPSILON)

Herausgeber

Uwe Sperling, Mannheim
(Koordinierender Herausgeber)
Claudius Stein, Wien,
(Stellv. Koordinierender Herausgeber)
Hellmuth Braun-Scharm, Erlangen

Thomas Bronisch, München
Stephan Kupferschmid, Bern
Jörg Schmidt, Bayreuth
Wolfram Schulze, Mainz
Manfred Wolfersdorf, Hollfeld, Bayreuth

Redaktion

Anna-Katharina Schmidt, Berlin

Wissenschaftlicher Beirat 2024 - 2027

Anna Christ-Friedrich, Heilbronn
Gert H. Döring, Kirchentellinsfurt
Elmar Etzersdorfer, Stuttgart
Werner Felber, Dresden
Benigna Gerisch, Berlin
Markus Jäger, Kempten
Thomas Kapitany, Wien

Susanne Knappe, Dresden
Ute Lewitzka, Dresden
Reinhard Lindner, Kassel
Thomas Niederkrotenthaler, Wien
Martin Plöderl, Salzburg
Daniel Radeloff, Leipzig
Barbara Schneider, Köln

Hermann Spießl, Landshut
Martin Teising, Bad Hersfeld
Tobias Teismann, Bochum
Benedikt Till, Wien
Gerd Wagner, Jena
Heinz Weiss, Stuttgart
Friedrich Wurst, Traunstein, Basel

Geschäftsstelle der DGS

DGS-Geschäftsstelle,
c/o PD Dr. **Gerd Wagner**,
Klinik für Psychiatrie und Psycho-
therapie, Universitätsklinikum Jena
Philosophenweg 3
07743 Jena
E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de

Geschäftsstelle der ÖGS

**Österreichische Gesellschaft
für Suizidprävention**
Lazarettgasse 14 A
1090 Wien

Geschäftsstelle Ipsilon

**Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz**
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur

Manuskriptsendungen werden erbeten an die Kontaktadresse der Herausgeber:

E-Mail: herausgeber@suizidprophylaxe.de

Für Angaben über Indikation und Dosierung von Arzneimitteln übernehmen Verlag und Herausgeber keine Gewähr. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet bei geschlechtsunterschiedlichen Wortformen jeweils nur eine (in der Regel die männliche) Form in den Texten dieser Zeitschrift Verwendung, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Hinweise für Autoren finden Sie als Download auf der Homepage des Verlages (www.roderer-verlag.de).

Bezugsbedingungen: Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich. Sie kann beim Verlag oder bei einer Buchhandlung bestellt werden. Der Bezugspreis beträgt im Jahresabonnement EURO 128,- zzgl. Porto EURO 6,40. Abonnementsbeginn jederzeit. Abbestellungen zum Jahresende bis 30. September des laufenden Jahres. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention erhalten laufend ein Exemplar der „Suizidprophylaxe“ im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zugesandt.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form — durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren — reproduziert oder in eine von Maschinen, besonders Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benützte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Untere Weidenstrasse 5, 81543 München.

Verlag: S. Roderer Verlag, Postfach 11 05 06, 93018 Regensburg; Tel. (0941) 7992270
E-Mail: info@roderer-verlag.de, www.roderer-verlag.de

Index: This Journal is listed in PSYINDEX,
Excerpta Medica ISSN 0173-458-X

www.suizidprophylaxe.de

Inhalt

Heft 200

Editorial	4	Tagungsbericht	
Rauchzeichen		Uwe Sperling	27
Nina von Ohlen	5	Suizidalität und Medien	
Suizidprävention durch Peer-Beratung – Ein innovatives Modell mit nachhaltiger Wirkung: [U25] Online Suizidprävention		Frühjahrstagung 2025 der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention	
Originalarbeit		Buchbesprechung	
Wolfram Schulze, Sören Wallrodt & Andreas Schulze	6	Uwe Sperling und Ursula Völkle-Sperling über Hans Wedler: Claudia – Des Daseins Makulatur	28
Suizidgedanken, suizidale Handlungen und Suizid bei Mitarbeitenden: Ein Thema von Führungskräften - Untersuchungsergebnisse		Jörg Schmidt über	28
		Céline Humm: Suizid – Reden wir darüber	
Beiträge		Tagungskalender	29
Franz-Josef Hücker	22	Corrigendum	29
Suizide in Deutschland erneut ansteigend		Der Suizid in der Bildenden Kunst	30
Hellmuth Braun-Scharm, Klaus Weckwerth [U25], Konzept und Finanzierungsgeschichte	25	Thomas Bronisch	
		Roy Lichtenstein	
Hinweis		Hopeless 1963	
Anna-Katharina Schmidt, Uwe Sperling	26	Kunstmuseum Basel, Depositum der Peter und Irene Ludwigstiftung Aachen	
Podcast: Du fehlst – Trauer nach Suizid			
Martin Plöderl, Uwe Sperling	27		
Deutschsprachige Pre-Conference zum 33. IASP –Weltkongress „Wohin entwickelt sich die Suizidprävention? Themen und Schwerpunkte im deutschsprachigen Raum 2025 – 2030			

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“

Mit der vorliegenden Ausgabe feiern wir in aller Bescheidenheit das Jubiläum von 200 Heften der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“.

Auch wenn dieses Heft von der Seitenzahl her recht schmal ist, bietet es doch hochinteressante neue „Kost“. Nur wenig ist bisher darüber bekannt, wie Führungskräfte in Unternehmen mit Suizidalität bei ihren Mitarbeitenden befasst sind und wie sie mit den sich daraus ergebenden Anforderungen umgehen. Diese Lücke schließen Wolfram Schulze, Sören Wallrodt und Andreas Schulze in Ihrer Originalarbeit mit dem Titel: Suizidgedanken, suizidale Handlungen und Suizid bei Mitarbeitenden: Ein Thema von Führungskräften – Untersuchungsergebnisse. Franz-Josef Hücker berichtet über die Suizidzahlen 2023 in Deutschland und Franz-Josef Hücker berichtet über die Suizidzahlen 2023 in Deutschland; weiter aufgeschlüsselte Darstellungen stellt das Nationale Suizidpräventionsprogramm NaSPro unter <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2023.pdf> zur Verfügung. Hellmuth Braun-Scharm und Klaus Weckwerth geben Einblick in das Konzept und die Finanzierungsgeschichte der Suizidpräventionsberatung [U25], der E-Mail-Beratung für Kinder und Jugendliche bei Suizidgedanken und in Krisen. Der Beitrag macht deutlich, wie wichtig eine kontinuierliche Finanzierung solcher Angebote ist.

Damit kann unmittelbar die Brücke zum aktuellen Stand der Bemühungen um eine gesetzliche Verankerung der Suizidprä-

vention in Deutschland geschlagen werden. Der vom Bundesministerium für Gesundheit erarbeitete Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention für ein Suizidpräventionsgesetz vom 28.11.2024 stieß in der darauf angesetzten Anhörung der Verbände und Akteure am 5.12.2024 und den dazu verfassten Stellungnahmen auf viel Kritik im Detail. Am 18.12.2024 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (Suizidpräventionsgesetz) beschlossen. Für die Behandlung des Gesetzes am 14.2.2025 liegt eine Empfehlung des federführenden Gesundheitsausschusses vor, nach der das Ziel des Gesetzentwurfs, Suizidprävention zu stärken, zwar zu begrüßen sei, zugleich wird jedoch empfohlen: „Es bedarf einer umfassenden Überarbeitung des Gesetzentwurfs und mehr Zeit für eine gründliche Beratung, in welche Expertinnen und Experten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und Akteure in der Suizidprävention sowie die Länder einbezogen werden. Dies ist notwendige Voraussetzung, um ein Suizidpräventionsgesetz wirksam und erfolgreich umzusetzen. Es wird daher gebeten, den Gesetzentwurf grundsätzlich zu überarbeiten.“ (Bundesrat, Drucksache 3/1/25; S.1). Es bleibt also weiterhin spannend.

Für die Herausgeber
Uwe Sperling

Um die digitale Version zu lesen, können Sie entweder den QR-Code einscannen (z. B. mit Ihrem Smartphone oder Tablet) oder den Link in Ihren Browser kopieren, um das Heft online abzurufen:

Link: <https://roderer-verlag.de/sp200>

Bitte verwenden Sie, wenn Sie bei der Öffnung der Datei dazu aufgefordert werden, folgendes Passwort: **sp200** (bitte auf Groß- und Kleinschreibweise achten)

QR-Code:



Rauchzeichen aus dem DGS-Vorstand

Suizidprävention durch Peer-Beratung – Ein innovatives Modell mit nachhaltiger Wirkung: [U25] Online Suizidprävention

Nina von Ohlen

//

„Danke an [U25], ich habe das Gefühl, wirklich gehört zu werden, ihr seid mir eine echte Unterstützung und gebt mir die Gewissheit, dass ich nicht allein bin.“ (09/2024)

Ich, Nina von Ohlen, seit über einem Jahrzehnt in der Suizidprävention tätig, möchte Ihnen das deutschlandweite Beratungsangebot [U25] Online Suizidprävention (www.u25.de) vorstellen. Dieses Angebot, das jungen Menschen in existenziellen Krisen eine anonyme und vertrauliche Begleitung bietet, ist mir nicht nur eine berufliche Aufgabe, sondern eine persönliche Herzensangelegenheit. Es gibt mir Mut, täglich daran mitzuwirken, dass niederschwellige Begleitung ein wesentlicher Schlüssel sein kann, Suizidprävention nachhaltig zu realisieren.

Ein Peer-to-Peer-Ansatz als Schlüssel zum Erfolg

Das Konzept von [U25] basiert auf dem „Peer-to-Peer-Prinzip“. Gleichaltrige Berater:innen, im Alter von 16 bis 25 Jahren, werden in einer mehrmonatigen Ausbildung intensiv auf ihre Aufgabe vorbereitet. Sie erwerben fundierte Kenntnisse zur Suizidprävention und lernen, empathisch und respektvoll auf die Anliegen ihrer Ratsuchenden einzugehen. Diese Altersnähe schafft eine besondere Vertrauensbasis, die den Ratsuchenden oft den Mut gibt, ihre Gedanken und Gefühle zu öffnen – ein wichtiger erster Schritt hin zur Bewältigung von Krisen.

Im Unterschied zu klassischen Beratungsformaten, bei denen erwachsene Fachkräfte dominieren, bietet die Peerberatung eine niedrigschwellige und lebensnahe Unterstützung. Peerberater:innen sprechen dieselbe Sprache, verstehen die Herausforderungen der jungen Generation und eröffnen durch diese Nähe einen sicheren Raum für Kommunikation und Reflexion.

Ein bundesweites Netzwerk mit einheitlichen Standards

[U25] Online Suizidprävention ist deutschlandweit an 11 Standorten vertreten und folgt einem einheitlichen Konzept. Gemeinsam genutzte Supervisionen und einheitliche Qualitätsstandards sichern die Effektivität und Verlässlichkeit des Angebots. Wissenschaftlich begleitete Programmevaluationen

helfen zudem, das Angebot weiterzuentwickeln und an den aktuellen Bedarf der Zielgruppe anzupassen.

Anonymität und Datenschutz als Grundpfeiler

Ein essenzieller Bestandteil der Beratung bei [U25] ist die Anonymität. Die gesamte Kommunikation erfolgt über ein datenschutzkonformes, verschlüsseltes System. Dieser Ansatz schafft Vertrauen und senkt die Hemmschwelle für junge Menschen, sich Hilfe zu suchen – ein entscheidender Vorteil gegenüber anderen Angeboten, bei denen der persönliche Kontakt für manche als Hürde empfunden wird.

Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Im Jahr 2023 bestätigte eine umfassende Studie die Wirksamkeit von ([U25] https://www.lsdiaagnostik.phil.uni-erlangen.de/evaluation_online_suizidpraevention). Die Ergebnisse zeigen, dass das Angebot insbesondere junge Frauen erreicht und von den Nutzer:innen als hilfreich und unterstützend wahrgenommen wird. Gleichzeitig fungiert [U25] als Brücke zu weiterführenden psychosozialen Hilfsangeboten. Die zeigt auch, dass männliche Jugendliche schwerer erreichbar sind, was Potenziale zur Weiterentwicklung des Angebots aufzeigt.

Fachliche Unterstützung und kontinuierliche Weiterbildung

Die ehrenamtlichen Peer-Berater:innen werden nicht allein gelassen: Hauptamtliche Fachkräfte begleiten sie durch regelmäßige Gespräche, Teamtreffen, schriftliche Feedbacks und Supervisionen, die emotionale Entlastung bieten und die Beratungsqualität sichern. Kontinuierliche Fortbildungen halten die Berater:innen auf dem neuesten Stand der Forschung und Praxis, um den hohen Anforderungen in der Suizidprävention gerecht zu werden.

Fazit: Ein unverzichtbarer Beitrag zur Suizidprävention

[U25] hat sich als eine zentrale Säule der Suizidprävention in Deutschland etabliert. Durch die Kombination aus niedrigschwelliger Peerberatung, professioneller Unterstützung und wissenschaftlicher Begleitung wird eine nachhaltige Hilfe für junge Menschen geschaffen. Gleichzeitig trägt [U25] dazu bei, das Tabu um psychische Krisen zu brechen und den Zugang zu Hilfe zu erleichtern.

Dieses innovative Modell beweist, wie wichtig zielgerichtete und spezialisierte Angebote für junge Menschen sind – ein wertvoller Beitrag zur Förderung von psychischer Gesundheit, der Krisenbewältigung und damit zur Suizidprävention.

Für mich persönlich ist dieses Projekt ein eindrucksvoller Beweis dafür, dass Suizidprävention nicht nur innerhalb von The-

rapien und Kliniken möglich ist, sondern auch durch Menschlichkeit, Zuhören und Unterstützung auf Augenhöhe. Es macht Mut, diese Botschaft weiterzutragen und sichtbar zu machen, dass jede Form von Hilfe zählt – egal, ob groß oder klein, digital oder persönlich. Zusammen können wir dazu beitragen, dass junge Menschen in Krisen Hoffnung finden und den Weg zurück ins Leben schaffen.

Originalarbeit

Suizidgedanken, suizidale Handlungen und Suizid bei Mitarbeitenden

Ein Thema von Führungskräften - Untersuchungsergebnisse

Wolfram Schulze, Sören Wallrodt & Andreas Schulze

Zusammenfassung

Dieser Artikel zeigt auf, inwieweit Führungskräfte (FK) in der Bundesrepublik Deutschland mit Suizidgedanken, -handlungen und Suizid bei Mitarbeitenden (MA) umgehen. Neue qualitative und quantitative Forschungsergebnisse werden vorgestellt und zeigen die Relevanz des Themas für FK und Organisationen auf. Dies ist bemerkenswert, da es nur wenige Daten zu diesem Thema gibt. Gleichzeitig werden Suizid und Suizidalität in den Kontext anderer Krisen bei MA gestellt, mit denen FK konfrontiert sind. Dazu gehören psychische und Abhängigkeitserkrankungen, Verschuldung, der Tod eines/einer nahen Angehörigen und der Tod eines/einer aktive/n Mitarbeitenden. Auf Basis der Erkenntnisse und unter Rückgriff auf bestehende Präventionsansätze werden konkrete Handlungsoptionen speziell für die Suizidprävention in Organisationen abgeleitet.

Schlüsselwörter: Suizid, Suizidalität, Suizidprävention, Organisationen, Führungskräfte

Abstract

This article shows the extent to which managers in the Federal Republic of Germany deal with suicidal thoughts, actions, and suicide among employees. New qualitative and quantitative research findings are presented. They demonstrate the relevance of the issue for managers/leaders and organizations. This is remarkable as there is a paucity of data on the subject. At the same time, suicide and suicidality are placed in the con-

text of other employee crises that managers/leaders face. These include mental illness and addiction, debt, the death of a close relative, and the death of an active employee. Based on the findings and drawing on existing prevention approaches, concrete options for action are derived specifically for suicide prevention in organizations.

Keywords: Suicide, suicidality, suicide prevention, organization, manager, leader

1. Ausgangsbasis

Im vergangenen Jahr erschien in der Zeitschrift Suizidprophylaxe ein Beitrag über Hintergründe zu Suizid, Suizidalität und Suizidprävention in Organisationen – Schwerpunkt Führungshandeln, verbunden mit einem Unterstützungsauftrag für eine entsprechende Studie (Schulze 2023). Die Studie wurde auf dem Hintergrund geplant, dass bisher wenig empirische Erkenntnisse zu dem Themenfeld Suizid von bzw. Suizidalität bei Mitarbeitenden (nachfolgend MA genannt) sowie betrieblicher Suizidprävention vorliegen (Lukaschek et al. 2021, Senarclens de Grancy & Haug 2020, Lukaschek et al. 2016, Lochthowe 2008). Gleichzeitig zeigt sich die Bedeutung der Thematik in der Praxis der Notfallpsychologie, psychosozialen Beratung und Psychotherapie (Senarclens de Grancy & Haug 2020, Schulze 2020, Schulze 2009). Als Ausnahme können polizeiliche Organisationen genannt werden, in denen Suizide von Polizisten und Polizistinnen registriert und zum Teil analysiert werden sowie gezielt Suizidprävention betrieben wird (Hofmann & Wagner 2022, beispielhaft Landesregierung Niedersachsen 2020).

Die Ziele der explorativen Studie von Schulze (2023:13) waren:

- „Erfassung und Kategorisierung relevanter Teilaspekte wie zum Beispiel Situationen, Umstände, Zusammenhänge, Auswirkungen, Interventionen und Unterstützungsbedarfe bei Suizid/Suizidalität von Mitarbeitenden inkl. Führungskräften in Unternehmen
- Erfassung und Kategorisierung von Suizidpräventionsmaßnahmen in Organisationen wie zum Beispiel Beratungsangebote, Informationsveranstaltungen, Schulungen, Workshops und Präventions-/ Interventionskonzepte
- Erlangung von Hinweisen zur Entwicklung quantitativer Datenerhebungsinstrumente bzw. Mixed-Methods-Ansätze für Folgestudie(n)“

Mit dem vorliegenden Beitrag werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt. Da es bei der Durchführung einen überraschenden Verlauf gab, erfolgt dies in zwei Teilen. Das begründet sich dadurch, dass im Gegensatz zur ursprünglichen Planung im Verlauf entschieden wurde, die qualitativen mit quantitativen Forschungsaktivitäten zu ergänzen.

Vorangestellt sei das allgemeine fachliche Verständnis von Suizid „als die aktive Handlung des Subjektes, die den eigenen Tod herbeiführt“ (Lindner 2006:39). Suizidalität umfasst von der Begrifflichkeit her den Suizid, die bewusst oder unbewusst intendierte Handlung zur Herbeiführung des Todes (ebd.). Wenn diese nicht tödlich enden, ist es ein Suizidversuch. Mit Suizidalität werden alle „Gedanken, Gefühle und Handlungen, ..., die auf Selbsterstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind“ (Linder 2006:39), unabhängig ihres Ausgangs beschrieben. In der vorliegenden Arbeit wird der Suizid jedoch neben Suizidalität gesondert benannt, da er mit dem Tod als endgültigem Ereignis verbunden ist und dies in der Praxis weiterführende bzw. andere Konsequenzen für An-/Zugehörige, andere MA und die Führungskräfte (nachfolgenden FK genannt) hat.

Im Zuge der empirischen Forschungsaktivitäten in den Jahren 2021 bis 2024 musste festgestellt werden, dass bei den 46 angefragten Organisationen (Wirtschaftsunternehmen, Behörden, Verwaltungen etc.) äußerste Zurückhaltung bis Ablehnung bezüglich der Beteiligung an der Untersuchung der Situation von Suiziden/Suizidalität unter MA, betrieblicher Suizidprävention und Unterstützungsbedarfen der Führungskräfte bestand. Die Anfrage an die zufällig über berufliche Netzwerke ausgewählten Organisationen zielte auf die Möglichkeit, qualitative Interviews mit FK, die mit der Thematik schon konfrontiert wurden, zu führen. Nur fünf Organisationen aus den Bereichen der freien Wirtschaft, Verwaltung, Hochschulen und Verbänden beteiligten sich in Form der Vermittlung von FK als Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern. Allein diese Erfahrung kann jedoch schon als Studienergebnis in dem Sinn gewertet werden, dass Suizid, Suizidalität und Suizidprävention in Bezug auf die eigenen MA von Organisationen bzw. ihren offiziellen Vertreterinnen/Vertretern nicht bis kaum, zumindest nach außen thematisiert werden (5 von 46 Organisationen betei-

ligten sich an der Studie, wollten aber keinesfalls namentlich genannt werden). Wenn hier ein Tabu in der Kommunikation über Suizidalität existiert und weiter bestehen bliebe, würde das suizidpräventiven Ansätzen, wie sie von der WHO (WHO 2014) und der in 2024 erstmalig für Deutschland formulierten Suizidpräventionsstrategie (Bundesministerium für Gesundheit 2024) aufgezeigt werden, widersprechen. Anders ausgedrückt: Angemessene Kommunikation über Suizidalität würde Entstigmatisierung fördern und Wege der Suizidprävention eröffnen. Ängste vor Imageschäden und Stigmatisierung von Suizidalität sind jedoch zwei naheliegende Gründe, warum Unternehmen ablehnend auf die Interviewanfragen reagierten. Die genauen Ursachen können und sollen hier jedoch nicht eruiert werden.

In der Folge kam es zur Umstellung des Studiendesigns, für das grundsätzlich ein Ethikgutachten seitens der Hochschule Koblenz, bei der der Studienleiter (Prof. Dr. Dr. Wolfram Schulze) tätig ist, vorlag. Der erste Studienteil (Teil A: qualitative Studie) wurde um einen zweiten Studienteil ergänzt (Teil B: quantitative Studie). In Teil B zeigte sich, wie sehr FK, nicht über andere Organisationsvertretende vermittelt, sondern direkt befragt, sich doch mit Suizid und Suizidalität bei MA auseinandersetzen.

2. Studiendesign (Teil A)

Bei diesem Teil handelt es sich um einen qualitativ orientierten Studienansatz. Die o. g. Zielsetzungen wurden, wie geplant, mittels qualitativer Interviews verfolgt. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner konnten über bestehende Kontakte zu Organisationen gewonnen werden (über betriebliche Sozialberater, Werkärzte und Personalmitarbeitende vermittelt). Es handelt sich explizit um FK in der öffentlichen Verwaltung/bei Behörden, Unternehmen der freien Wirtschaft, in Hochschulen und Verbänden, die mit Suizidalität/Suizid bei MA im eigenen Verantwortungsbereich konfrontiert wurden. Eigens entwickelte semistrukturierte Fragebögen dienten als Leitfäden für die nach entsprechender datenschutzkonformer Aufklärung durchgeführten Interviews. Ein positiv beschiedenes Ethikgutachten lag vor.

Die Interviews fanden im persönlichen Gespräch statt und wurden digital und/oder handschriftlich aufgezeichnet und protokolliert. Die Interviews beanspruchten 30 bis 90 Minuten Zeit. Der Interviewleitfaden enthielt folgende Fragenbereiche:

- soziodemographische Aspekte der Interviewten inkl. Führungserfahrung und Führungsspanne
- Erfahrungen mit Suizidalität/Suizid bei Mitarbeitenden in der jeweiligen Organisation inkl. Handlungsbedarfen und Vorgehensweisen bei deren Auftreten
- Unterstützung der FK bei Auftreten von Suizidalität/Suizid bei MA inkl. Bedarfen und real geleisteter Unterstützung, Schilderungen von konkreten Situationen und Verläufen
- noch nicht angesprochene, aber abschließend wichtige Aspekte.

Die Auswertung erfolgte planmäßig mittels deskriptiver Statistik und angelehnt an die Inhaltsanalyse nach Kuckartz (vgl. auch Schulze 2023).

3. Studienergebnisse (Teil A)

Insgesamt konnten 10 qualitativ orientierte Interviews mit FK durchgeführt werden. Darunter waren drei Frauen und sieben Männer, sieben mit akademischem Berufsabschluss und drei mit Fachausbildung. Ihre Führungsverantwortung belief sich auf 7 bis 130 MA (Durchschnitt 74 MA). Sie verfügten über Führungserfahrung von 3 bis 17 Jahren bei einer durchschnittlichen Führungserfahrung von 7,6 Jahren. Die Berufserfahrung insgesamt lag im Durchschnitt bei 25,7 Jahren (13 bis 33 Jahre) in den Bereichen freie Wirtschaft/Industrie, öffentliche Verwaltung/Behörden, Verbandsarbeit und Finanzwesen/Bankenbereich. Alle Organisationen hatten ihren Sitz in einer urbanen Region in Deutschland. Die Gesamtanzahl der MA je Organisation bewegte sich zwischen 180 und über 10.000.

3.1 Erfahrungen von FK mit Suizid/Suizidalität und suizidale Äußerungen von MA

Die Interviewten hatten zum Teil mehrfach Erfahrungen mit Suizidäußerungen bei MA von ihnen. Insgesamt bezogen sich die Angaben auf zehn MA und zwei Angehörige von MA, von denen sich neun indirekt zu Suizidabsichten äußerten und drei direkt. Die Äußerungen erfolgten bei acht FK ihnen gegenüber und bei zwei gegenüber MA, die sich damit hilfesuchend an die FK wandten. Zu den direkten Äußerungen zählen derartige Aussagen:

- Dann bringe ich mich und vielleicht meinen Sohn eben um.
- Ich denke darüber nach, meinem Leben ein Ende zu setzen.

Zu den indirekten Äußerungen zählen Aussagen wie:

- In der Familie gab es schon Suizid.
- Das macht alles keinen Sinn mehr.
- Morgen bin ich dann eh nicht mehr da.
- Die Klinik kann da auch nicht mehr helfen.

Neben den suizidalen Äußerungen waren den Studienteilnehmenden bekannt:

- ein Suizidversuch eines MA außerhalb der Organisation (nicht Betriebsgelände)
- zwei Suizide von MA außerhalb der Organisation (nicht Betriebsgelände)
- zwei Suizide von Angehörigen von MA.

In allen Interviews wurde deutlich, dass es sich bei den Suiziden, Suizidversuchen, Suizidgedanken um krisenhafte Entwicklungen, also Prozesse handelte, die sich jeweils entsprechend zuspitzten und zum Teil im Weiteren einen positiven Verlauf zeigten (Distanzierung von Suizidalität). Eine Besserung (gesundheitliche Stabilisierung ohne Suizidäußerungen

oder -handlungen) im Verlauf über Wochen oder Monate wurde explizit zweimal genannt. Bei drei suizidalen MA kam es später (nach der suizidalen Krise) zu Entlassungen (mehrheitlich im Einvernehmen). Einmal konnte die suizidale Krise durch Unterstützung im Team (Arbeitsumverteilung) überwunden werden. Zweimal erfolgte eine interne Versetzung, die, soweit noch bekannt wurde, zur Entlastung der suizidalen MA führte (inkl. Distanzierung von Suizidalität).

Die meisten der Interviewten konnten unabhängig davon, ob sie in direkter oder nächsthöherer Berichtlinie standen, nähere Angaben zu Lebens-, Arbeits- und Gesundheitssituationen der suizidalen MA machen. Sie setzten die folgenden Angaben in einen Zusammenhang, der die Suizidalität aus ihrer Sicht mit begründete (Mehrfachnennungen enthalten):

- viermal depressive Erkrankung und einmal vermutete depressive Erkrankung
- zweimal eine andere (unbestimmte) psychische Erkrankung
- einmal Alkoholabhängigkeit
- siebenmal private Konflikte/Probleme und viermal explizit Partnerschaftskonflikte
- einmal eine ernsthafte (lebensbedrohliche) körperliche Erkrankung
- zweimal Konflikte am Arbeitsplatz
- viermal Aufgabenwechsel und damit verbunden andere berufliche Anforderungen.

3.2 Einbezug interner und externer Unterstützung durch die FK

Kam es zu Suizid oder Suizidäußerungen, wurde in zehn Fällen die direkte und die nächsthöhere FK einbezogen (das bedeutet immer, außer bei den Angehörigensuiziden). Es bestand immer Kontakt zum suizidalen MA seitens der direkten FK. Darüber hinaus waren beteiligt:

- organisationsintern - der betriebsärztliche Dienst (zweimal), die betriebliche Sozialberatung (sechsmal), der psychologische Dienst der Organisation (zweimal), der Betriebsrat/die MA-Vertretung (viermal), die Schwerbehindertenvertretung (einmal), die Personalabteilung/Human Resource (dreimal)
- organisationsextern - der Hausarzt/-ärztin (zweimal), externe Psychologen/-in (zweimal), Krankenhaus/Klinik vor Ort (dreimal), die Polizei vor Ort (einmal), ein Pfarrer (einmal), Personen aus dem privaten Umfeld (sechsmal).

Darüber hinaus wurde in fünf Fällen von Hausbesuchen der FK zum Teil mit Vertretenden der Personalabteilung und/oder des Betriebsrates/der MA-Vertretung berichtet. In diesem Zusammenhang wurden bestehende organisationsinterne Integrationsteams positiv benannt. Hilfreiche Unterstützung in der Akutsituation und mittelfristig erlebten die Befragungsteilnehmenden gemäß expliziten Äußerungen ebenfalls seitens ihrer Vorgesetzten, der betrieblichen Sozialberatung, des internen psychologischen Dienstes, der Personalabteilung und bei drei nicht weiter definierten internen Rücksprachen.

Im Akutfall (unmittelbar bei bzw. nach Suizidäußerung) griffen die befragten FK auf internes Informationsmaterial (einmal) zurück, um Handlungssicherheit zu gewinnen, sechs hielten Rücksprache mit der betrieblichen Sozialberatung, einmal wurde der betriebsärztliche Dienst beansprucht, einmal der psychologische Dienst, zweimal das Internet befragt und dreimal intuitiv gehandelt.

3.3 Unterstützungsbedarfe aus Sicht der FK

Auf die Frage nach weiteren Unterstützungsbedarfen gaben die FK an (in Klammern die Anzahl der Nennungen), dass sie Bedarfe sehen für:

- gezielte Schulungen (sechsmal)
- ein Präventionskonzept in der Organisation (dreimal)
- eine Handreichung inkl. Notfallkoffer (fünfmal)
- ein erweitertes Angebot des betriebsärztlichen Dienstes (zweimal)
- ein erweitertes Angebot der betrieblichen Sozialberatung (zweimal)
- mehr Angebote der Selbsthilfe (einmal)
- mehr Zeit für Gespräche mit MA inkl. Zeit für Achtsamkeit und Beobachtung von Veränderungen bei MA (dreimal)
- niedrigschwellige Unterstützungsangebote und Offenheit bei psychischen Belastungen/Erkrankungen inkl. Schulungen von MA und FK (einmal)
- Angebote externer psychologischer Beratung zum Themenfeld (einmal).

3.4 Weitere Ergebnisse aus den qualitativen Interviews

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl strukturierte Suizidprävention als auch gezielte Maßnahmen der Intervention in der jeweiligen Organisation von den Studienteilnehmenden als noch wenig entwickelt bzw. etabliert beschrieben wurden. Gleichzeitig griffen alle FK auf bestehende Unterstützungsangebote zurück, die sie sich zum Teil selbst herausuchten. Sie erlebten die Angebote als hilfreich (besonders die eigenen Vorgesetzten und soziale, psychologische sowie medizinische Beratung). Eine strukturierte Vorgehensweise wurde den Aussagen zufolge im Einzelfall entwickelt, ein Gesamtkonzept zur Suizidprävention im Unternehmen wurde in keinem Fall benannt. Die Studienteilnehmenden berichteten mit Betroffenheit und Kenntnissen, die über die berufliche Situation hinaus in gesundheitliche und privat-familiäre Themen der MA gehen, zu Suizidalität bei MA, für die sie direkt oder in übergeordneter Führungsebene zuständig waren.

Weiter wurden die FK mit Suizid/Suizidalität bei Angehörigen von MA konfrontiert. Im Umgang damit suchten und fanden sie Unterstützung bei organisationsinternen und organisationsexternen Stellen. Im Verlauf wurde von einer unbestimmten Anzahl an Suiziden im weiteren Umfeld der FK bzw. bei MA außerhalb der Organisation berichtet. Gleiches gilt für erfolgreich überwundene suizidale Krisen. Alle Studienteilnehmenden zeigten unter Einbezug weiterer Stellen ein längeres, zum

Teil über Monate bis Jahre bestehendes soziales Engagement für MA (zum Beispiel bei wiederkehrender psychischer oder Abhängigkeitserkrankung mit wiederholten Suizidgedanken). Dabei übernahmen sie eine Art koordinierende Funktion bezüglich Hilfeleistungen ein. Überwiegend engagierten sich die FK für ihre MA über die reguläre Arbeitszeit hinaus und erlangten Informationen, die ihnen aufgrund deren Privatheit manchmal in ihrer Rolle als FK zu weit gingen. „In der Not“ nahmen sie das jedoch in Kauf bzw. war ihnen das lieber, um ihre MA und Angehörige von diesen in suizidalen Krisen oder nach Suizid zu unterstützen.

Das meistgenutzte Mittel waren persönliche Gespräche, darüber hinaus Vermittlung von fachspezifischen Hilfeleistungen wie Psychotherapie und stationäre Behandlung, aber auch Aufklärung über organisationsinterne Regelungen wie Arbeitsverteilung und Anlaufstellen, Schwerbehindertenvertretung und Sozialberatung. Deutlich wurde, dass es nicht um einmalige Interventionen ging, sondern darum, die Krisenzeit mit Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen möglichst bis zur Überwindung zu begleiten.

Bei einem Interview wurde sehr deutlich darauf eingegangen, dass die Sorge um andere Teammitglieder nach Suizid eines MA besonders wichtig war, um eventuelle Folgekrisen zu verhindern. Eine achtsame und wertschätzende Teamkultur zeige sich nach Aussage der FK am Umgang mit Notlagen bei MA, die sich aus privaten und/oder gesundheitlichen Situationen ergeben. Zu den ergriffenen Maßnahmen zählten hier:

- Teamgespräche inkl. Aufklärung
- Trauerarbeit
- Ermöglichung von Solidaritätserfahrung.

Bezüglich des Forschungsanliegens nach methodischen Hinweisen für weitere, besonders quantitative Forschung wird festgehalten, dass diese zum Teil direkt genutzt werden konnten (vgl. Teil B).

4. Diskussion (Teil A)

Die von den Studienteilnehmenden beschriebenen Auffälligkeiten (direkte und indirekte Suizidäußerungen, Verhaltensänderungen, gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen) finden sich in der Fachliteratur im Zusammenhang von Anzeichen und Risikofaktoren für Suizidalität wieder (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2022, Dormann 2021, Sonneck et al. 2016). Damit zeigten sich die FK sensibel für suizidale Krisen und deuteten die Auffälligkeiten entsprechend. Sie übernahmen die Initiative und suchten das Gespräch mit MA und zum Teil An-/Zugehörigen. Sie taten dies zum Teil intuitiv, zum Teil aufgrund von eigenen Vorerfahrungen im Umgang mit Suizidalität und zum Teil durch kurzfristige Informationssammlung im Internet und mittels sozialer, psychologischer oder medizinischer Beratung. Die Motivation für ihr Handeln speiste sich zum einen aus ihrer formalen Verantwortung als FK. Hierbei wurde in den Untersuchungsergebnissen deutlich, dass sich die FK in ihrer Ver-

antwortung gegenüber suizidalen und anderen MA sowie der Organisation sahen und diese wahrnahmen, was sozial verantwortungsvollem bzw. ethisch orientiertem Führungsverständnis entspricht (Rybnikova & Lang 2021, Schein & Schien 2018).

Ein zweiter Motivationsaspekt kam zum Tragen: Die FK sahen sich zwischenmenschlich in der Verantwortung einzugreifen, um Negativentwicklungen bis hin zum Suizid von MA möglichst zu verhindern.

Die gezeigten Haltungen und Handlungen der Studienteilnehmenden können dahingehend interpretiert werden, dass sie zwei wesentlichen Elementen der Krisenintervention und Suizidprävention entsprachen: konstruktive Beziehungsgestaltung und im Notfall aktives Eingreifen (Sonneck et al. 2016). So verstehen Klesse et al., wenn auch in anderem Zusammenhang beschrieben, Suizidalität als Krisensituation, „die vor allem auch in Beziehungen verstärkt, vermindert oder bewältigt werden“ (Klesse et al. 2022:13). Die Arbeitsbeziehung zwischen MA und FK kann, konstruktiv gestaltet, als Ressource bei der Überwindung (suizidaler) Krisen verstanden werden sowie gesundheitsförderlich, motivierend und leistungssteigernd wirken (Häfner et al. 2019). Platen (2021) betont die Bedeutung der Haltung bei der Überwindung von Krisen und der Gestaltung von Veränderungsprozessen. Wertschätzung, Klarheit, Konsequenz und Stabilität bzw. Nachhaltigkeit können hier als Haltungen, die das Handeln mit bzw. gegenüber den MA bestimmen, benannt werden.

Gerade bei den Interviewteilnehmenden, die Kontakt mit der betrieblichen Sozialberatung hatten, zeigte sich, dass in der Beratung über Gesprächsführung in suizidalen Krisen gesprochen wurde, was die FK als Unterstützung erlebten. Entsprechende spezifische Kompetenzen der FK braucht es, um in der Extremsituation Handlungssicherheit zu haben und zielführend agieren zu können (Senarclens de Grancy, von, M. & Haug, R. 2020).

Aus den Interviews geht hervor, dass nicht immer ein Suizid verhindert werden kann und Trauer unter den MA, den Angehörigen sowie den FK selbst relevant ist. Dies betont die Notwendigkeit, bei Präventionskonzepten nicht allein auf Vorsorge und Intervention bei Suizidalität zu setzen, sondern auch Postventionskonzepte zu erstellen. Hier können und müssten mangels eigener Konzepte (vgl. Lukaschek 2021:137) Empfehlungen aus anderen Postventionskonzepten wie zum Beispiel für Österreich bei Patientinnen- und Patientensuiziden (SUP-RA-AG Postvention 2021) adaptiert und evaluiert werden. Das Thema der Trauer sollte dabei unbedingt Berücksichtigung finden (vgl. auch Causer et al. 2022).

Trauer wurde im Einzelfall im Team der Kolleginnen und Kollegen seitens einer FK thematisiert, was auf die persönliche Kompetenz der FK zurückzuführen ist. Explizite Hinweise und strukturierte Vorgehensweisen der Trauerarbeit in Organisationen, wie sie Achenbach (2020) mit Angabe von Handlungsorientierungen beschreibt und Fröhlingdsdorf mit rechtlichem

Fokus untersuchte (2021), sind nicht feststellbar. Sie bieten jedoch Anhaltspunkte für Postventionskonzepte unter Einbezug von Trauer.

Die Ergebnisse der Interviews weisen einen individuellen Umgang mit suizidalen Krisen auf. Der individuelle Umgang ist insofern angemessen, da jede suizidale Krise und jeder Suizid eben auch ganz persönlich und individuell ist (Sonneck et al. 2016). Gleichzeitig vermissen die Interviewten selbst handlungsorientierende Leitfäden, Kriseninterventionspläne, Suizidpräventionskonzepte sowie strukturierende und an die Organisation und Region angepasste Hilfepläne bzw. Maßnahmenübersichten. Notfallpläne, Abläufe, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie konkrete Handlungsempfehlungen sind gewünschte Aspekte, die von den Organisationen erstellt und vorgehalten sowie in Schulungen vermittelt werden sollten. Damit werden Forderungen der WHO (2014) und des Bundesministeriums für Gesundheit (2024) zur Suizidprävention indirekt unterstützt. Bestätigt wird die Aussage im ersten Bericht zur Suizidprävention in Deutschland: „Vorgesetzte und Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention am Arbeitsplatz“ (Lukascheck et al. 2021:121).

Dass entsprechende Maßnahmen erfolgreich sein können, zeigte das Suizidpräventionsprogramm der Polizei in Kanada (WHO 2014) und indirekt, da auf Suizide und suizidale Krisen bei Klientel/Patienten/Patientinnen und nicht MA abzielend, eine Übersichtsarbeit von Sequeira et al. (2021).

Da unter den MA auch psychische und Suchterkrankungen im Zusammenhang mit der suizidalen Krise stehen, kann bezüglich präventiver Maßnahmen gerade in Verbindung mit Entstigmatisierung auf Dreier et al. (2020) verwiesen werden. Sie entwickelten und evaluierten E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (ebd.).

Zusammenfassend ist festzustellen:

Die interviewten FK übernahmen stark eigeninitiativ Verantwortung im Umgang mit Suizid/suizidalen Krisen bei MA. Sie mussten eigene Lösungswege finden, wozu es unter anderem eine hohe Motivation brauchte. Im Felde möglicher unterstützender Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen fanden sie trotzdem Anschluss und Hilfe für sich und ihre MA bei betrieblichen und außerbetrieblichen Stellen.

Das Vorliegen strukturierter Krisen- und Notfallpläne im Umgang mit Suizid und zur Suizidprävention in der Organisation hätte, so muss angenommen werden, weniger Ressourcen in der konkreten Situation gebunden. Weiter ist davon auszugehen, dass nicht alle FK dazu bereit und in der Lage sind, was in den Interviews zum Teil ebenfalls anklingt, suizidale Krisen so zu erfassen und sich so für ihre MA einzusetzen. Darüber hinaus haben nicht alle Organisationen eigene Fachstellen wie soziale, psychologische, medizinische und personalrechtliche Beratungsangebote oder nicht alle FK sensibilisierte eigene Vorgesetzte, die in Krisen und Notfällen zur Verfügung stehen.

Eine Limitation der Untersuchung kann in der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner gesehen werden, da sie motiviert waren und in Organisationen arbeiteten, die entsprechende Unterstützungen anboten. Trotzdem zeigt sich eine Lücke zwischen theoretischen Ansätzen/wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischem Handeln/Handlungsoptionen in der Praxis.

Die Auswahl der FK als auch die geringe Bereitschaft von Organisationen, FK für die Interviews zu vermitteln, kann zu Verzerrungen bei den Ergebnissen geführt haben. Eventuell wollten FK, die negative Erfahrungen gemacht und/oder keine Unterstützung in Anspruch nahmen (nicht gewollte oder nicht vorhanden), sich nicht in einem Interview exponieren.

Wie die Ergebnisse zeigen, wurde das Studienziel der Erfassung und Kategorisierung relevanter Teilaspekte bei Suizid von MA erreicht (Schulze 2023).

Da sich die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern im Studienverlauf schwieriger als erwartet herausstellte und die Aussagekraft der Untersuchung erhöht werden sollte, wurde entschieden, eine quantitative Befragung anzuschließen (Teil B). Mit Hilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes (Kuckartz 2014) sollte also ein vertiefter Erkenntnisgewinn erzielt werden.

5. Studiendesign (Teil B)

Die Entscheidung fiel zugunsten einer ergänzenden quantitativen Studie, mit bewusst explorativem Charakter. FK sollten möglichst direkt, ohne vermittelnde Stelle und unabhängig der Organisation angesprochen werden, um die Wahrscheinlichkeit zur Studienteilnahme zu erhöhen. Gleichzeitig sollte die Möglichkeit der Relativierung eröffnet werden. Die Auftretenswahrscheinlichkeit der Konfrontation mit Suizid bzw. suizidalen Krisen bei MA sollte vergleichbar mit anderen psychosozialen Krisen bzw. Erkrankungen bei MA werden. Bei der Auswahl der anderen Krisen bzw. psychosozialen Belastungen oder Erkrankungen wurde Wert darauf gelegt, dass sie im Zusammenhang mit der Auftretenswahrscheinlichkeit von Suizidalität stehen. Grundsätzliches Anliegen dieses Studienteils war, das Erleben von (psychosozialen) Krisen bei MA aus Sicht der FK quantitativ zu erfassen. Bisherige Studien dazu sind nicht bekannt. Vier Fragestellungen wurden verfolgt:

- Welche Krisen werden bei MA erlebt?
- Wie oft wurden die Krisen bei MA erlebt?
- Wie belastend wurden die erlebten Krisen empfunden?
- Welche Anlaufstellen wurde zur Krisenbewältigung genutzt?

Als (psychosoziale) Krise bei MA wurde definiert: psychische Erkrankung, Tod eines/einer nahen Angehörigen eines/einer Mitarbeitenden, Tod eines/einer aktiv beschäftigten Mitarbeitenden, Suizid (letal), Suizidalität (Suizidgedanken/-handlungen inkl. Suizidversuch), Abhängigkeitserkrankung, Verschuldung und sonstige. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die-

se Benennung auch in den Fragebögen gewählt wurde, da sie sich an der kommunikativen Praxis in Unternehmen orientiert. Fachlich betrachtet sind (psychische) Störungen und (Abhängigkeits-) Erkrankungen keine Krisen. Seelische bzw. psychosoziale Krisen lassen sich in Anlehnung an Cullberg (1978) als Dysbalance zwischen Individuum und Umwelt beschreiben, in der sich bisherige Bewältigungsstrategien als unzureichend zeigen (Jungbauer & Stelling 2008). Erkrankungszeiten können also psychosoziale Krisen beinhalten, müssen es aber nicht. Psychosoziale Krisen wiederum können sich zu Erkrankungen entwickeln, müssen es aber nicht.

Die ergänzenden Kategorien wurden gewählt, da Suizid und Suizidalität immer wieder mit psychischen Erkrankungen assoziiert wird (Scherr 2016, Wolfersdorf 2008). Dass bis 90 % der Suizide im Kontext einer psychischen Erkrankung stehen, wie häufig angegeben, stellen Brieger et al. in Frage (Brieger et al. 2021). Sie verweisen darauf, dass psychische Störungen das Risiko eines Suizides gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 30- bis 50-Fache erhöhen, Suizide jedoch multifaktoriell bedingt sind (ebd.). Zu weiteren Faktoren zählen sie unter anderem hier relevante Faktoren wie Beziehungsprobleme, Substanzmissbrauch, akute Krisen im Beruf und finanzielle Probleme (ebd.).

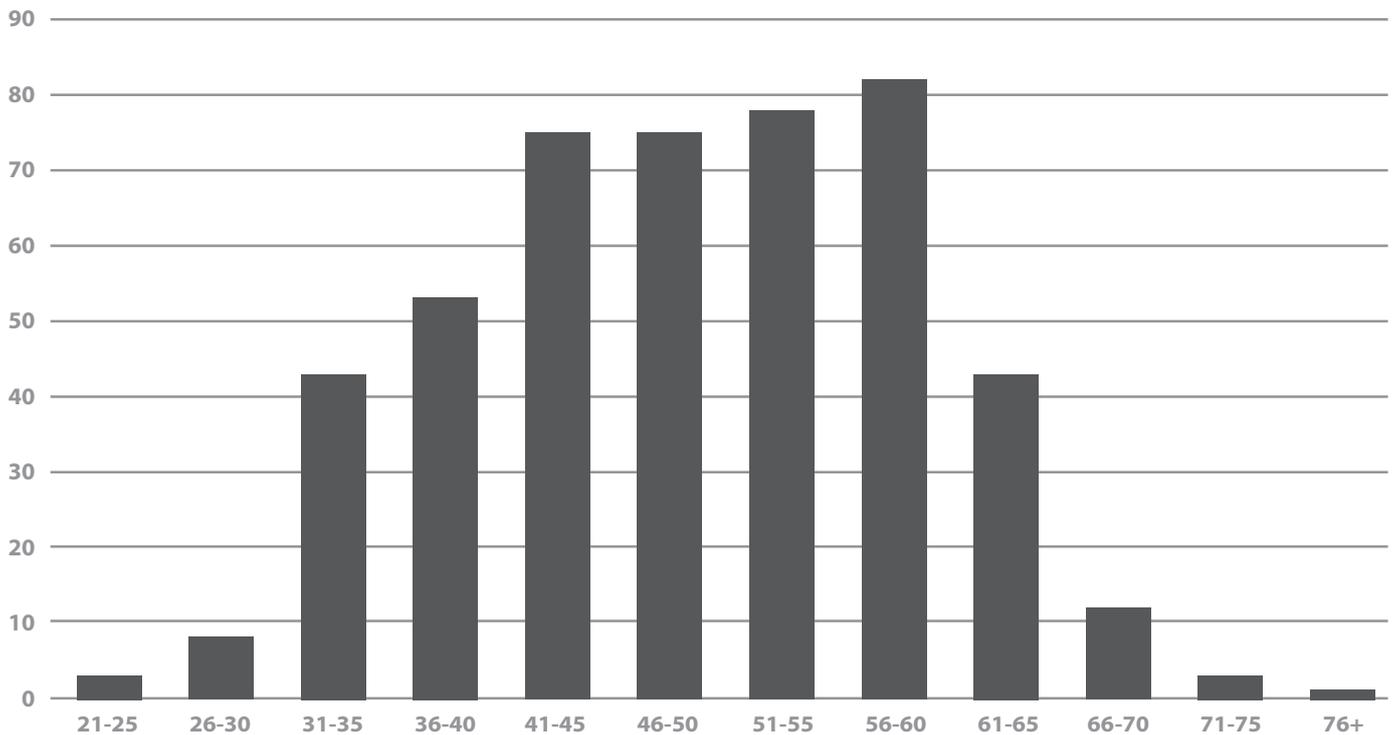
Ca. 7 % der Suchterkrankten versterben durch Suizid (Schneider et al. 2007), und Sucht am Arbeitsplatz hat eine besondere Relevanz – arbeitsrechtlich, leistungsbezogen und in Hinblick auf die Teamdynamiken (DAK 2019). Verschuldung wiederum wurde einbezogen, da Jobverlust, Zwangsversteigerung des Hauses und finanzielle Unsicherheiten, verbunden mit anderen Risikofaktoren, das Suizidrisiko erhöhen (Chang et al. 2008) und zum Beispiel durch Gehaltspfändung beim Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin auffällig werden können. 8,5 % der Erwachsenen in Deutschland waren 2022 bei seit 2018 rückläufiger Tendenz überschuldet (Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen 2024).

Bei der Auswahl von Anlaufstellen, die von den FK potenziell genutzt werden und entsprechend im Fragebogen abgefragt werden sollten, wurde zum einen auf die Ergebnisse der quantitativen Studie (Teil A) sowie auf Erkenntnisse aus der betrieblichen sozialen Arbeit im Umgang mit psychisch erkrankten MA zurückgegriffen (Schulze & Botek 2017).

Auf diesem Hintergrund wurde ein eigener Online-Fragebogen entwickelt und FK unter Berücksichtigung des Datenschutzes befragt. Einziges Auswahlkriterium für die Probanden war die Funktion „Führungskraft“ (mit oder ohne Personalverantwortung). Hierzu wurde eine bestehende Datenbank eines sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitutes genutzt, die keine repräsentative Stichprobe zuließ, sondern auf freiwillig bei dem Institut registrierte Studienteilnehmende zurückgreift. Die Datenerhebung fand Ende 2023 digital statt. Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe der statistischen Datenauswertungssoftware SPSS (deskriptive und analytische Statistik). Die geltenden Datenschutzregelungen wurden beachtet und eingehalten.

6. Studienergebnisse (Teil B)

Altersverteilung



Tab. 1: Altersverteilung der Studienteilnehmenden (Anzahl und Altersspannen)

6.1 Angaben zu den befragten FK

Insgesamt nahmen 796 FK an der Studie teil, wobei 474 (59,5 %) von erlebten Krisen bei MA berichteten. 527 (66,2 %) der Befragten waren männlichen Geschlechts und 296 (33,8 %) weiblichen Geschlechts. Die Geschlechterverteilung ist dabei nahezu gleich zwischen den beiden Gruppen, die schon eine Krise bei MA erlebt haben (66,4 % männlich) und denen, die noch keine Krise miterlebt haben (65,9 % männlich).

Die weiteren Analysen beziehen sich auf die Gruppe von befragten FK, die schon mindestens eine Krise bei MA terlebt haben.

Das Alter dieser FK konzentriert sich auf die Altersspanne von 31 bis 65 Jahre (Tab. 1) mit einem Mittelwert von 48,7 Jahren (SD = 10,0).

Die Ausbildungshintergründe der FK mit Krisenerfahrung bei MA (n = 474) konzentrieren sich (bei Mehrfachnennungen) auf folgende Anteile: 68,5 % mit Berufsausbildung und 54,1 % mit Hochschulabschluss. Promoviert sind 3 % und weitere 4,2 % haben keinen Berufsabschluss.

Bei der Erfahrung in Leitungsfunktion zeigt sich im Median (10 Jahre Erfahrung in Leitungsfunktion) kein Geschlechterunterschied.

Auf die Frage nach der Anzahl der MA, für die die FK verantwortlich sind, ist der Median bezüglich mit und ohne Perso-

nalverantwortung gleich bei 10 Mitarbeitenden. Männer haben durchschnittlich für M = 39,8 MA Personalverantwortung, Frauen für M = 26,8 MA (Unterschied nicht signifikant; $t = 1,21$; $p = 0,11$).

6.2 Erlebte Krisen der FK bei MA

Krisen bei MA erlebten FK wie Tabelle 2 zeigt (n = 796, Mehrfachnennung möglich) (Tab. 2).

Hier ist zu betonen, dass 34 der 796 Studienteilnehmenden mindestens einen Suizid bei MA von ihnen erlebten und 322 von ihnen mindesten einmal eine psychische Erkrankung bei einem/einer MA bekannt wurde. Diese Angaben beziehen sich im Mittel über einen Zeitraum von 12,8 Jahren Führungsfunktion bei 35,4 bzw. 22 Mitarbeitenden (mit und ohne Personalverantwortung).

Bei der Anzahl und der Art von FK erlebten Krisen bei MA zeigen sich in der Branchendifferenzierung Unterschiede. Zum Beispiel gab es im Bildungsbereich keinen Suizid, bei Verkehr und Logistik sowie Gesundheitswesen dagegen am meisten (17 % und 18 % der Angaben). Diese Unterschiede sind aufgrund der geringen Anzahl an erfassten Suiziden nicht signifikant. Allerdings weisen einige Branchen signifikant mehr Fälle anderer erlebter Krisen auf, die jeweils größten Abweichungen sind in Tabelle 3 grau markiert (Tab. 3)

Erlebte Krise	Anzahl der FK	Relativer Anteil der Befragten	Mittelwert	Standardabweichung	Maximale Anzahl der Nennungen
Psychische Störung	322	41 %	1,16	3,10	40
Tod eines/r nahen Angehörigen eines/r Mitarbeitenden	277	35 %	1,01	2,53	30
Abhängigkeits-erkrankungen	229	29 %	0,75	2,39	34
Tod eines/r aktiv beschäftigten MA	169	21 %	0,54	2,83	50
Verschuldung	115	14 %	0,42	1,15	15
Suizidale Handlungen, Suizidgedanken, Suizidversuch	44	6 %	0,13	0,79	11
Suizid (tödlich)	34	4 %	0,06	0,33	5
Sonstige	8	1 %	0,02	0,37	10

Tab. 2: Erlebte Krisen bei MA seitens der FK (Mehrfachnennungen möglich)

Erlebte Krisen (nur FK mit erlebten Krisen; N = 476)					
Branche	Gesamtanzahl (FK)	Psychische Erkrankungen MA	Abhängigkeits-erkrankungen MA	Suizid MA	Aktiver MA verstorben
Handel	47	60 %	45 %	15 %	64 %
Dienstleistungen und Handwerk	46	70 %	41 %	4 %	70 %
Finanzen, Versicherungen und Immobilien	46	72 %	37 %	4 %	61 %
Metall und Elektronik	39	72 %	51 %	3 %	72 %
Verkehr und Logistik	34	59 %	56 %	18 %	44 %
Baugewerbe	31	48 %	61 %	6 %	45 %
Bildungsbereich	30	73 %	47 %	0 %	77 %
Gesundheitswesen	24	88 %	54 %	17 %	58 %
Telekommunikation und IT	24	88 %	75 %	4 %	67 %

Tab. 3: Erlebte Krisenhäufigkeit der FK nach Branchen

6.3 Belastung der FK durch die erlebten Krisen bei MA

Inwieweit die Krisen bei MA als persönliche Belastung der FK erlebt wurden, zeigt Tabelle 4. Dabei ist wichtig zu berücksichtigen, dass eine Skalierung für die Antworten vorgegeben war, die von 1 (= gar nicht belastet) bis 7 (= extrem stark belastet)

reichte. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die weiblichen FK durchgehend eine höhere Belastung angeben als die männlichen FK. Die durchschnittliche Belastung über alle erlebten Krisen ist bei Frauen mit 4,8 gegenüber 4,5 zwar signifikant höher ($t = 1,9$; $p = 0,03$) allerdings mit nur sehr geringer Effekt-

stärke von $d = 0,17$. Ein statistisch signifikanter Unterschied auf Ebene einzelner Krisen liegt allein bei dem geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich des Tods eines nahen Angehörigen eines MA vor. Hier ist die Belastung der weiblichen FK um 0,6 Skaleneinheiten höher ($t = 2,68$; $p < 0,01$), was einem geringen Effekt von $d = 0,34$ entspricht.

Krise	Gesamt		weiblich		männlich	
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert
Suizid	34	5,5	4	6,5	30	5,3
Suizidale Handlungen, Suizidgedanken inkl. Suizidversuch	44	5,4	10	5,9	34	5,2
Tod eines/r aktiv beschäftigten Mitarbeitenden	168	5,4	50	5,5	118	5,3
Sonstige	8	4,9	6	5,0	2	4,5
Psychische Erkrankungen	319	4,7	117	4,7	202	4,6
Abhängigkeitserkrankungen	226	4,5	68	4,7	158	4,4
Tod eines/r nahen Angehörigen eines/r Mitarbeitenden	274	4,4	94	4,8	180	4,2
Verschuldung	115	4,0	36	4,2	79	3,9
Durchschnittliche Belastung	475	4,6	160	4,8	w315	4,5

Tab. 4: Persönliche Belastung der FK durch das Krisenereignis

Betrachtet man die Einschätzung der Störung im Betriebsablauf durch die auftretenden Krisen (Tab. 5), wird deutlich, dass die Störungen seitens der weiblichen FK im Vergleich zu den männlichen FK durchgehend höher eingeschätzt werden. Über alle Krisen beträgt der geschlechtsspezifische Unterschied 0,4 Skaleneinheiten, was einen signifikanten Unterschied mit geringer Effektstärke darstellt ($t = 3,00$; $p < 0,001$; $d = 0,29$). Der Unterschied ist bei den Krisen „Psychische Erkrankung“, „Tod eines nahen Angehörigen des Mitarbeitenden“ sowie „Verschuldung“ für Frauen signifikant höher mit geringen Effektstärken. Bei der Betrachtung ist wichtig zu berücksichtigen, dass eine Skalierung für die Antworten vorgegeben war, die von 1 (= gar nicht störend) bis 7 (= extrem stark störend) reichte.

Krise	Gesamt		weiblich		männlich	
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert
Abhängigkeitserkrankungen	227	4,7	68	5,0	159	4,6
Suizid	34	4,7	4	5,5	30	4,6
Tod eines/r aktiv beschäftigten Mitarbeitenden	167	4,7	50	4,9	117	4,6
Sonstige	8	4,6	6	4,8	2	4,0
Psychische Erkrankungen	319	4,4	117	4,6	202	4,3
Suizidale Handlungen, Suizidgedanken inkl. Suizidversuch	43	4,3	10	4,9	33	4,1
Tod eines/r nahen Angehörigen eines/r Mitarbeitenden	276	3,6	95	3,9	181	3,5
Verschuldung	115	3,6	36	4,1	79	3,4

Tab. 5: Störung des Betriebsablaufs durch die Krise

Bei der Betrachtung der Dringlichkeit einer Lösung zum Umgang mit der Krise sind es durchgehend die weiblichen Führungskräfte, die dies dringlicher einschätzen als die männlichen Führungskräfte (Tab. 6). Der Unterschied ist allerdings weder über alle Krisen noch für einzelne Krisen statistisch signifikant. Dabei ist wichtig zu berücksichtigen, dass eine Skalierung für die Antworten vorgegeben war, die von 1 (= gar nicht dringlich) bis 7 (= extrem dringlich) reichte.

6.4 Unterstützungssuche und genutzte Anlaufstellen

Bei der Nutzung von Anlaufstellen durch die FK je Krise zeigt sich ein gemischtes Bild (Tab. 7). Bei der Gesamtbetrachtung ist auffällig, dass die FK zu einem Drittel keine Anlaufstelle nutzen und in der weiteren Rangfolge eher die internen Stellen in Anspruch nahmen (besonders: andere FK, Personalabteilung und betriebsärztlicher Dienst). Unterschiede zeigen sich im Detail, je nach Krisenart wurden andere Stellen mehr oder weniger genutzt, wobei außer „sonstige“ alle aufgeführten Anlaufstellen in Anspruch genommen wurden.

Krise	Gesamt		weiblich		männlich		Krise	Gesamt		weiblich		männlich	
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert		Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert
Abhängigkeitserkrankungen	227	5,6	68	5,9	159	5,5	Tod eines/r aktiv beschäftigten Mitarbeitenden	167	5,1	50	5,4	117	5,0
Suizid	34	5,6	4	6,8	30	5,5		Verschuldung	115	4,6	36	5,0	79
Suizidale Handlungen, Suizidgedanken inkl. Suizidversuch	43	5,5	10	5,8	33	5,4	Tod eines/r nahen Angehörigen eines/r Mitarbeitenden		276	4,1	95	4,3	181
Sonstige	8	5,3	6	5,7	2	4,0		Durchschnittliche Dringlichkeit	476	4,9	160	5,1	316
Psychische Erkrankungen	320	5,2	117	5,3	203	5,2							

Tab. 6: Dringlichkeit einer Lösung

Anlaufstelle	Gesamt	Psychische Erkrankung	Abhängigkeitserkrankung	Suizid	Suizidale Handlung	Tod aktive MA	Tod nahe Angehörige	Sonstige Krisen
Ich habe keine Anlaufstelle / Beratung genutzt.	33 %	22 %	22 %	30 %	19 %	40 %	54 %	35 %
Rücksprache mit anderer/n Führungskraft/-kräften	22 %	30 %	24 %	27 %	33 %	19 %	12 %	17 %
Personalabteilung	21 %	26 %	21 %	18 %	19 %	23 %	14 %	25 %
Ärztlicher Dienst	21 %	33 %	31 %	24 %	21 %	13 %	9 %	9 %
Rücksprache mit Person aus dem privaten Umfeld	15 %	16 %	14 %	9 %	12 %	18 %	15 %	18 %
Personalvertretung	14 %	19 %	15 %	18 %	19 %	11 %	8 %	17 %
Psychologischer Dienst	12 %	16 %	14 %	27 %	14 %	10 %	8 %	2 %
ärztliche Praxis	11 %	15 %	17 %	12 %	14 %	10 %	4 %	7 %
Sozial-/ Gesundheitsberatung/ Employee Assistance Program (EAP)	10 %	14 %	12 %	18 %	17 %	6 %	4 %	10 %
Psychotherapeut/in	8 %	14 %	7 %	12 %	7 %	8 %	5 %	3 %
Kliniken	7 %	8 %	12 %	6 %	24 %	5 %	1 %	2 %
Krisen-/ Notfalldienst	6 %	7 %	5 %	21 %	17 %	8 %	4 %	2 %
Coach	3 %	6 %	2 %	3 %	2 %	1 %	1 %	4 %
Sonstiges	1 %	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %

Tab. 7: Nutzung von Anlauf-/Unterstützungsstellen (prozentualer Anteil der Nennungen)

6.5 Wahrscheinlichkeit des Erlebens einer Krise bei MA durch FK

Auf Grundlage der Untersuchungsdaten wird festgestellt, dass FK bei 200 MA durchschnittlich ca. viermal pro Jahr eine psychische Erkrankung bei MA erlebten und Suizid und Suizidalität ca. einmal pro Jahr (Tab. 8). Anders ausgedrückt: In 100 Mitarbeiterjahren (zum Beispiel 4 MA in 25 Jahren Führung oder 10 MA in 10 Jahren Führung) treten im Durchschnitt 6,32 Krisen bei MA auf. Für die Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass aus befragungstechnischen Gründen nur FK befragt worden, die mindestens eine Krise bei Mitarbeitenden erlebten, was bedeutet, die angegebenen Zahlen (Tab. 8) müssen relativiert werden. Real treten aller Wahrscheinlichkeit nach weniger Krisen pro Mitarbeiterjahr auf. Weiter ist die Anzahl der Krisen über die Branchen ungleich verteilt, so dass ein Durchschnittswert hier allein eine bedingte Orientierung bietet.

Krise	Anzahl	durchschnittlich erlebte Krisen pro 100 Mitarbeitendenjahren
Gesamt	476	6,32
Psychische Erkrankungen	476	2,01
Tod eines/r nahen Angehörigen eines/r Mitarbeitenden	476	1,48
Abhängigkeitserkrankungen	476	1,05
Verschuldung	476	0,78
Tod eines/r aktiv beschäftigten Mitarbeitenden	476	0,55
Suizid	476	0,29
Suizidale Handlungen, Suizidgedanken inkl. Suizidversuch	476	0,13

Tab. 8: Durchschnittliche Anzahl erlebter Krisen/Störungen pro FK je 100 MA-Jahren

7. Diskussion (Teil B)

Aufgrund der bisher geringen Datenlage, inwieweit FK Krisen bei MA erleben, hat der Studienteil B einen explorativen Charakter und bietet gleichzeitig starke Aussagen zu betrieblichen Realitäten. Es zeigt sich, dass FK, direkt befragt, sehr wohl das Thema Suizid und Suizidalität (Suizidgedanken-/Handlungen inkl. Suizidversuch) bei MA in ihrem Zuständigkeitsbereich beschäftigt (10 % der Befragten, n = 796). Seitens der angefragten Organisationen wurde das Thema eher abgewehrt (vgl. Teil A). Hier besteht also eine Diskrepanz zwischen der Unternehmens-

praxis und der offiziellen Unternehmenskommunikation. Dies ist neben dem Einzelschicksal insofern von Bedeutung, dass sich die FK durch Suizid/Suizidalität bei MA sehr stark belastet fühlen (5,4 bei Suizidalität bzw. 5,5 bei Suizid (max. 7)) (vgl. auch Illes et al. 2015), die Betriebsabläufe als stark bis sehr stark gestört (Stufe 4,3 Suizidalität bzw. 4,7 Suizid von max. 7) und in starkem bis sehr starkem Maße Lösungsbedarf (im Sinne eines konstruktiven Umgangs mit der Situation) sehen (Stufe 5,5 Suizidalität bzw. 5,6 Suizid von max. 7). Die maximale Anzahl erlebter Suizide bei MA durch eine einzelne FK war fünf, bei Suizidalität elf. Nimmt man die Angaben zum Tod eines/einer aktiven MA (ohne Suizid) und den Tod eines/einer nahen Angehörigen hinzu, waren 44 % der befragten FK mit dem Thema Tod und in der Folge auch Trauer konfrontiert. Dieser Wert ist sogar höher als der Wert für psychische Erkrankungen (41 %). FK sind also häufiger mit dem Thema Tod als mit psychischen Erkrankungen konfrontiert. Dass FK im Umgang damit geschult würden, benannte keine der Führungskräfte (vgl. Teil A). Im Gegenteil wurde darauf verwiesen, dass hier Bedarf besteht (ebd.). Von den FK, die Suizid/Suizidalität bei MA erlebten (n = 34), wurde in der konkreten Situation jedoch auf bestehende Unterstützungsangebote zurückgegriffen. Besonders waren dies interne Angebote wie Personalabteilung, Personalvertretung/Betriebsrat, betriebsärztlicher Dienst, psychologischer Dienst und betriebliche Sozialberatung. Bei Suizidalität kamen verstärkt der Einbezug von Kliniken hinzu, bei Suizid Krisen-/ Notfalldienste. In Verbindung mit den Studienergebnissen aus Teil A muss davon ausgegangen werden, dass FK mit verstärkter Eigeninitiative im Einzelfall Lösungen/ Wege finden (müssen), um mit der Situation umzugehen. Häufigkeit und betriebliche Auswirkungen sowie der Bedarf der FK sprechen jedoch dafür, allgemeine Handlungsleitfäden und betriebliche Regelungen zu finden. Dadurch könnten Ressourcen eingespart, schneller und zielgerichteter eingesetzt werden sowie bei aller Individualität der Krisen einheitlichere Vorgehensweisen, angepasst an die Organisation und regionale Gegebenheiten, etabliert werden. Dies wäre zu evaluieren.

Suizid und Suizidalität stehen in engem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (Brieger et al. 2021). Psychische Erkrankungen und dadurch begründete Ausfallzeiten am Arbeitsplatz stiegen über die letzten Jahre kontinuierlich an (DAK Gesundheit 2024). Die Relevanz spiegelt sich unter den befragten FK wider. 41 % von ihnen (n = 796) erlebten Krisen mit psychischen Erkrankungen bei MA. Nimmt man die weiteren Untersuchungsergebnisse zu Abhängigkeitserkrankungen (29 % der 796 FK bei MA erlebt) hinzu, ist der Verweis auf die Einbindung und gezielte Strukturierung von (Suizid-)Präventionsmaßnahmen in ein betriebliches Gesundheitsmanagement (Struhs-Wehr 2017) unabdingbar.

Die Verschuldung von MA wird von 14 % der befragten FK als Thema benannt. Mit dem Verweis auf den Zusammenhang mit Suizid/Suizidalität (Chang et al 2008) liegt auch im Bereich der Schuldnerberatung, wie sie von einigen Organisationen für ihre MA angeboten werden (Klein Appelt 2013), indirekt suizidpräventives Potenzial.

Bei der Branchenverteilung von Suizid/Suizidalität gemäß Angaben der FK (Tab. 3) gibt es eine leichte Tendenz zur Häufung in Branchen, die eher einen Zugang zu Suizidmitteln und -möglichkeiten haben, was mit Erkenntnissen aus der Suizidforschung korrespondiert (Lukaschek et al. 2021, WHO 2014).

Auffällig bei den Untersuchungsergebnissen ist, dass sowohl bei der persönlichen Belastung, der Störung im Betriebsablauf als auch der Dringlichkeit einer Lösung weibliche FK stärker ausgeprägte Werte als die männlichen FK zeigten. Dies erscheint in der Abfolge logisch. Gleichzeitig kann sich in den Untersuchungsergebnissen widerspiegeln, dass Frauen in ihrem Führungsverhalten empathischer als Männer sind und stärker die Personalentwicklung verfolgen, wie es an anderen Stellen zu geschlechtsspezifischem Führungsverhalten beschrieben ist (Schreurs & Leis 2014). Die Geschlechterverteilung der Stichprobe fällt im Vergleich zur offiziellen Statistik zum Geschlechterverhältnis in Führungspositionen in Deutschland mehr zu Gunsten der weiblichen FK aus. In der Statistik für Deutschland liegt der Frauenanteil im Jahr 2023 bei 28,7 % (Destatis 2024), in der Untersuchungsstichprobe beträgt er 33,8 %.

Aufgrund des Studiendesigns sind die Angaben nicht repräsentativ. Sie zeigen jedoch die Relevanz der Thematiken in organisationalem Zusammenhang auf und unterstützen deutlich Erkenntnisse, wie sie in Teil A schon vorgestellt wurden (zum Beispiel Forderungen der WHO 2014 zur Suizidprävention im betrieblichen Setting und Entstigmatisierung von Suizid gemäß Dreier et al. 2020).

8. Limitationen

Bezüglich der Limitationen der Studie seien zwei zentrale Aspekte herausgegriffen: die möglichen Auswahl- (Selection Bias) und Erinnerungsfehler (Recall Bias) (Choi & Noseworthy 1992).

Das Finden von FK, die für ein Interview zur Verfügung stehen, war schwieriger als erwartet. In der Folge wurden zunächst weniger FK zur Teilnahme gewonnen und stärker auf eigene berufliche Netzwerke der Autoren zurückgegriffen, als es geplant war. So konnten FK überwiegend über Kontakte zur betrieblichen sozialen Arbeit und werkärztlichen Diensten (Teil A) gewonnen werden. Für Teil B wurde dann auf FK zurückgegriffen, die sich grundsätzlich zur Teilnahme an Befragungen bereit erklärt hatten. Insofern waren die Studienteilnehmenden einseitig selektiert und gleichzeitig stark zur Teilnahme motiviert. Damit liegt keine Repräsentativität bezüglich der Studienergebnisse vor. Da es sich jedoch in Teil A um eine qualitative Studie und in Teil B um eine erste derartige quantitative Studie für Deutschland mit hohen Teilnehmendenzahlen handelt, bieten die Ergebnisse eine aussagekräftige Basis für weitere Studien.

Da es sich im Rahmen der Studie (Teil A und Teil B) um eine retrospektive Befragung handelt, können Erinnerungsfehler nicht ausgeschlossen werden. Dazu zählen mögliche Verzerrungen, unklare Erinnerung von Fakten und fehlende Aspekte

zu den relevanten Situationen. Dem steht gegenüber, dass den FK zum Teil ausführliche Dokumentation zu den suizidalen Ereignissen bei Mitarbeitenden vorlagen (Teil A) und damit darüber die Recall Bias relativiert werden konnte. Für Teil B kann als relativierender Aspekt bezüglich Recall Bias angeführt werden, dass erfahrungsgemäß suizidale Ereignisse bei Mitarbeitenden den FK aufgrund der existenziellen Thematik sehr eindrücklich in Erinnerung bleiben.

Erst im Nachklang wurde bewusst, dass bei den ergänzenden Kategorien in Teil B das Thema Trennung/Scheidung/Verlust als möglicher Einflussfaktor für Suizidalität hätte aufgenommen werden können (vgl. auch Ide et al. 2010). Dies wäre auch naheliegend gewesen, da in Teil A in den Interviews Trauer angesprochen wurde. Gleichzeitig war es nicht das Anliegen der Studie, umfassend Risikofaktoren für Suizidalität aufzugreifen.

9. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

9.1 Studienbasis

Die vorliegenden Ergebnisse der explorativen Studien liefern wichtige Erkenntnisse für die Entwicklung der Suizidprävention im betrieblichen Kontext. Soweit bekannt, wurden erstmalig branchenübergreifend FK in Deutschland qualitativ (n = 10) und quantitativ (n = 796) zum Umgang mit Suizidalität und Suizid bei MA befragt. Alle 10 Studienteilnehmende im qualitativen Teil (Teil A) erlebten Suizid, suizidale Handlungen oder/und Gedanken bei Mitarbeitenden von ihnen. Bei dem quantitativen Studienteil (Teil B) waren es 9 % der FK (73 der 796 befragten FK). Aufgrund dessen, dass im Studienteil B auch andere Krisen bei MA aufgegriffen wurden (z. B. psychische Störung, Abhängigkeitserkrankung und Verschuldung), kann Suizid und Suizidalität bei MA in der Auftretenswahrscheinlichkeit in Relation gesetzt werden. Es wird deutlich, dass der Umgang mit psychischen Erkrankungen bei MA mit 41 % der FK diese stark betrifft. Bei Suizid sind es laut Studienergebnissen 4 % der FK. Insgesamt sind aber 44 % der FK in ihrem Berufsleben in irgendeiner Form mit dem Thema Tod bei MA konfrontiert worden.

9.2 Relevanz von Suizid und Suizidalität in Organisationen

Die Studienergebnisse sprechen klar dafür, dass FK mehr mit (suizidalen) Krisen konfrontiert sind, als Unternehmen nach außen kommunizieren. Die qualitativen Ergebnisse legen nahe, dass ebenso organisationsintern wenig(er) über die Thematik Suizid/Suizidalität bei Mitarbeitenden gesprochen wird, als FK damit umgehen (müssen). Suizid/Suizidalität bei Mitarbeitenden scheint eher das unmittelbare kollegiale und Führungsumfeld zu betreffen und dort teilweise offiziell thematisiert zu werden (z. B. vorübergehende Arbeitsentlastung für suizidale MA und Trauergespräche nach Suizid eines MA). Dass FK weitere Bedarfe an der Stelle haben, wird später aufgegriffen.

Waren die Ursachen für Suizid/Suizidalität bei MA nicht Gegenstand der Studie, gibt es doch Hinweise, die mit multifaktoriellen

Modellen der Entstehung und dem Verlauf von Suizidalität/Suizid (vgl. z. B. Schneider & Fiedler 2021) korrespondieren. Dazu gehören Aspekte, die in der Untersuchung genannt wurden, wie Partnerschaftskonflikt, private Probleme, depressive und Suchterkrankungen, Konflikte am Arbeitsplatz und Wechsel von Arbeitsaufgaben (hier als problematisch, überlastend erlebt).

Auffällig ist, dass die FK zum Teil umfangreiche Kenntnisse über die private, gesundheitliche Lebenssituation von MA hatten und vorwiegend die MA unterstützen wollten, ohne die betrieblichen Belange aus dem Blick zu verlieren. Relativierend ist an dieser Stelle insofern auf das Studiendesign zu verweisen, dass eher die FK teilnahmen, denen die soziale Unterstützung ihrer MA wichtig war/ist.

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Suizidprävention im organisationalen Zusammenhang erfolgreich möglich ist. Den Angaben von Studienteilnehmenden zufolge trugen zur Auflösung suizidaler Krisen beispielsweise Umorganisation von Arbeitsaufgaben, betriebliche Umsetzung und Vermittlung therapeutischer Maßnahmen bei. Gleichzeitig gibt es keine Garantie für den Erfolg, wie Angaben zu erfolgtem Suizid trotz Unterstützung zeigen. In dem Zusammenhang ist der Prozesscharakter von (suizidalen) Krisen zu betonen (Sonneck et al. 2016). Erkennen FK die Krise und greifen fachlich fundiert ein, erhöht das die Wahrscheinlichkeit eines positiven Verlaufes und positiven, ggf. schnelleren Endes der Krise (was im Einzelnen jedoch noch weiter empirisch zu belegen wäre).

Wie deutlich wurde, konnten FK ihre Kenntnisse aus privaten und betrieblichen Zusammenhängen bezüglich der MA nutzen, um fachliche Unterstützung (z. B. durch ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, betriebliche Sozialberatung und Einbezug von Personalvertretung/Betriebsrat) einzuleiten. Gleichzeitig handelten die FK zunächst allein, als sie Hinweise auf suizidale Krisen und/oder Suizid erhielten, und eher ohne weiterführende Kenntnisse zur Thematik. Ihre Motivation zogen sie aus zwischenmenschlichem Engagement, sozialer Verantwortung und ihrem Führungsverständnis. Erst im Verlauf griffen sie selbst mehrheitlich auf Unterstützung (z. B. soziale und psychologische sowie Personalberatung, Rücksprache mit eigener FK und im privaten Umfeld) zurück.

Die FK zeigten sich durch die Suizidalität und/oder den Suizid bei MA persönlich stark bis sehr stark belastet (im Durchschnitt Stufe 5,4 bzw. 5,5 von 7) und den Betriebsablauf eher stark gestört (im Durchschnitt Stufe 4,7 von 7). Die Gewichtung der Dringlichkeit einer Lösung war ebenfalls stark bis sehr stark ausgeprägt (im Durchschnitt Stufe 5,5 bzw. 5,6 von 7).

Über alle befragten Krisen hinweg, zeigen sich weibliche FK signifikant stärker belastet als ihre männlichen Kollegen, was mit der in der Fachliteratur beschriebenen stärkeren Empathie (Schreurs & Leis 2014) im Zusammenhang stehen kann, vielleicht aber auch mit höheren Erwartungshalten an ihr Führungsverhalten verbunden ist. Die Gründe müssten in einer gesonderten Studie eruiert werden (vgl. Punkt 9.5).

- Festgehalten wird, dass sich Suizidalität und Suizid bei MA im betrieblichen/organisationalen Zusammenhang unabhängig möglicher Ursachen mehrfach äußert:
- auf der zwischenmenschlichen Ebene zu Kolleginnen und Kollegen sowie der FK und Angehörigen wie persönliche Anteilnahme und Unterstützungsbedürfnis
- auf der Ebene der Rollen MA und FK wie Verantwortlichkeiten und Arbeitsleistungsverpflichtungen
- auf der Ebene der Arbeitsleistung, der Arbeitsergebnisse und der Arbeitsprozesse wie betrieblicher Belange der Aufrechterhaltung des Produktionsprozesses und der Steuerung durch die FK
- auf der Ebene der Ressourcenverteilung und Zugangseröffnung zu Hilfeleistungen wie betriebliche und außerbetriebliche Unterstützungsmaßnahmen
- auf der Ebene der betrieblichen Kultur im Umgang mit Trauer, Krankheit und Krisen bei MA.

9.3 Betriebliche Suizidprävention

Die Ausführungen stützen den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung, wie er mehrfach beschrieben ist (WHO 2014, Engelmann & Halkow 2008). Er gilt als Schlüsselstrategie und findet sich auch in gesetzlichen Regelungen der Prävention wieder (z. B. Sozialgesetzbuch V). Kernelement des Setting-Ansatzes ist die Praxis von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen in der Lebens- bzw. Arbeitswelt von Menschen, also dort, wo sie sich aufhalten und ihr Leben gestalten. Elemente sind Partizipation, Empowerment und Strukturentwicklung (Engelmann & Halkow 2008). Ohne dies explizit so geäußert zu haben, gehen die Bedürfnisse der befragten FK damit einher. In der Art der Hilfeleistung und ob des weiteren Vorgehens suchten sie das Gespräch und Commitment mit den betroffenen MA, der eigenen FK und bei Suizid zum Teil mit Angehörigen und zum Teil mit dem Team (partizipativer Ansatz). Bei suizidalen Krisen von MA versuchten die FK über Gespräche und Einbindung von internen und externen Unterstützungen den MA selbst zu befähigen, die Krise zu überwinden (Empowerment-Ansatz) und vermissten überwiegend betriebliche Regelungen und Strukturen, die ihrem Vorgehen Orientierung geben (z. B. Handlungsleitfaden) bzw. bildeten selbst krisenbezogene Unterstützungsstrukturen (z. B. Team mit Personalvertretung und Betriebsrats-/Personalratsvertretung für Rücksprachen und Hausbesuch).

Die Studie zeigt, FK wollen nicht allein mit einer existenziellen Krise eines MA umgehen. 30 % von ihnen gaben jedoch an, bei Suizid eines MA keine Anlaufstelle bzw. Beratung genutzt zu haben. Dem stehen geäußerte Bedürfnisse und Verbesserungswünsche wie mehr Kenntnisse zum Thema Suizid/Suizidalität und Gesprächsführung (Schulungen), Präventionskonzepten und Handlungsleitfäden (einheitliche betriebliche Regelungen auch zur Postvention) sowie mehr Angebote betrieblicher Sozialberatung und betriebsärztlicher Beratung, mehr Zeitressourcen für MA-Gespräche (Verbesserung des internen und externen Unterstützungsangebotes) u. a. entgegen.

9.4 Schulungen von FK zur Suizidprävention

Die geäußerten Bedürfnisse der FK nach Schulungen entsprechen bekannten und erfolgreichen Maßnahmen der Suizidprävention. Aufgeführt sei hier das von der WHO publizierte Programm zur Suizidprävention der Polizei in Montreal/Kanada, das die Suizidrate unter den Polizisten und Polizistinnen um 79 % senkte (WHO 2014). Das Programm enthielt halbtägige Schulungen zum Thema Suizid für alle Polizistinnen und Polizisten mit dem Schwerpunkten Risikoerkennung und Hilfemöglichkeiten (FK eine ganztägige Schulung) und eine ehrenamtlich besetzte Hotline (ebd.). Ergänzt in Anlehnung an Takada & Shima (2010), Lukasczek et al. (2016) und Sequeira et al. (2021) kann aufgeführt werden, dass die Schulungen beinhalten sollten:

- Wissenserweiterung über Suizid und zur Beurteilung von Suizidgefährdung (z. B. Modell zu Suizidalität, epidemiologische Daten und Risikofaktoren, betriebliche Relevanz)
- Kompetenzerweiterung im betrieblichen Umgang mit suizidalem Verhalten und nach Suizid bei MA (z. B. erschwerter Zugang zu Suizidmitteln, Gesprächsführung, Haltungen und Selbstvertrauen der FK in ihr Handeln)
- Aneignung von Kenntnissen bezüglich Trauer, psychischer Erkrankungen und Abhängigkeitsstörungen sowie Kompetenzen im betrieblichen Umgang damit
- Aneignung von Kenntnissen über organisationsinterne und -externe Unterstützungsangebote für betroffene MA, Angehörige, Kollegen, Kolleginnen und FK
- Aneignung von Kenntnissen über betriebliche Kriseninterventionspläne, ggf. Krisenteams und suizidpräventiven Handlungsleitfäden.

Das korrespondiert mit Erkenntnissen aus dem Umgang mit Kliniksuiziden bzw. der Suizidprävention im stationären klinischen Kontext. Hier gehören zu den Schulungsinhalten in der Regel Sensibilisierung für Risikofaktoren, der Einsatz von Checklisten oder Fragebögen, die gleichzeitig als Gesprächsleitfäden dienen und die Gesprächsführung als auch eine umfassende Exploration unterstützen (Lindner, Drinkmann, Fiedler et al., 2021; Lindner, Sperling, Drinkmann et al., 2021). Dabei sind allerdings der Behandlungsauftrag und der therapeutische Ansatz vom betrieblichen Anliegen der Suizidprävention und Krisenintervention bei Suizid/Suizidalität von MA mit Schwerpunkt der Gefahrenabwehr, Vermittlung von Hilfeleistungen sowie menschenfreundlicher Gestaltung von Arbeitssituationen/-abläufen zu unterscheiden.

Sequeira et al. (2021) weisen unter Bezugnahme auf Mann et al. (2005) in ihrer Übersicht zur Wirksamkeit von suizidpräventiven Schulungsmaßnahmen für verschiedene Berufsgruppen darauf hin, dass die Schulung „nur dann einen Effekt auf Suizidraten zu haben [scheint], wenn Suizidgefährdete auch leicht verfügbare Behandlungswege in Anspruch nehmen können“ (ebd. S.58). Weiter geben sie an, dass es wenig Schulungsangebote und noch weniger evaluierte Schulungsangebote gibt sowie die Schulungsinhalte regelmäßig aufgefrischt werden sollen (Sequeira et al. 2021).

Inwieweit die Präventionsmaßnahmen inkl. Postvention branchenspezifisch abgestimmt sein sollten, bleibt hier offen. Deutlich wird die Notwendigkeit der unternehmens-/ organisationspezifischen Ausrichtung.

Die Anliegen der FK können als Wunsch nach Professionalisierung im Umgang mit Suizidalität und Suizid verstanden werden. Dies zeigte sich auch bei einer qualitativen Studie von Bergamo (2024), bei der drei Apothekerinnen zum Umgang mit Suizidalität befragt wurden. Speziell interessierte, was sie an Hintergrundwissen und Fertigkeiten zur Suizidprävention in der Apotheke als Ort, an dem potenzielle Suizidmittel verkauft werden, brauchen (Bergamo 2024).

9.5 Ausblick

Aus der Forschung zu betrieblicher sozialer Arbeit ist bekannt, dass die niedrigschwellige Vermittlung von Behandlungsangeboten bei psychisch erkrankten MA aufgrund des Mangels an Angeboten eine Schwierigkeit darstellt (Schulze 2009, Schulze & Botek 2017). Nicht anders verhält es sich bei Suizidgefährdung (Schneider et al. 2021). Die Verbesserung der Versorgungsstrukturen für suizidgefährdete MA ist also eine sich bestätigende Notwendigkeit.

Gleichzeitig wird aus der vorliegenden Untersuchung deutlich, dass die FK mehr Unterstützung suchen als angeboten wird. Das betrifft vor allem Schulungen und Handlungsleitfäden. Diese gilt es zu konzipieren, wozu wissenschaftliche Erkenntnisse existieren (vgl. Punkt 9.4), durchzuführen und zu evaluieren.

Die vorliegende Studie bietet neue Hinweise aus Perspektive der FK, dass bei der betrieblichen Suizidprävention Trauer (vgl. auch Achenbach 2020) als ein Aspekt einbezogen werden sollte und die Einbettung der Suizidprävention in betriebliche Maßnahmen zur psychosozialen Gesundheit im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sinnvoll ist. Das stellt sich gleichzeitig mit Trauer als zu entwickelndes Themenfeld dar.

Die Relevanz der Thematik für Organisationen wurde deutlich. Der Studie nach ist zu erwarten, dass sie zukünftig steigt, wenn die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschlands mit verstärkten Arbeitsplatz- und Einkommensverlusten, Veränderungen von Arbeitsplätzen bzw. am Arbeitsplatz und sozialen Verwerfungen einhergeht, was Durkheim schon 1898 in seiner soziologischen Theorie zur Entwicklung von Suizid erörterte (Durkheim 1983). Umso dringlicher erscheint es, bekannterweise erfolgreiche suizidpräventive Maßnahmen anzuwenden und weitere auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Offen bleibt, inwieweit zum Beispiel durch den Einsatz von Handlungsleitfäden und Kriseninterventionsteams ein effizienterer Einsatz von FK möglich wäre sowie zum Beispiel eine offener Kommunikation über Suizid und Trauer die Unternehmenskultur positiv beeinflussen könnte.

Weiterer Forschungsbedarf besteht in Bezug auf quantitative Studien mit hypothesentestendem Charakter. Dafür liefert die explorative Studie erste Hinweise wie geschlechtsspezifische Belastungen der FK, Wahl der Unterstützungsleistung der FK oder zur Wirksamkeit verschiedener Unterstützungsleistungen für FK und für suizidale MA.

Literatur

- Achenbach Th (2020) *Mitarbeiter in Ausnahmesituationen. Trauer, Pflege, Krise*. Frankfurt: campus
- Bergamo K (2024) Suizidalität in der Apotheke. In: *Psychotherapie im Alter*. 21(2), Gießen: Psychosozial-Verlag. S.195-205
- Brieger P; Menzel S. & Hamann J. (2021) Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2022; 65(1), S.25-29
- Bundesministerium für Gesundheit (2024) *Nationale Suizidpräventionsstrategie für Deutschland*. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf zuletzt geprüft 11.09.2024
- Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (2024) *Deutschlandatlas. Überschuldung von Privatpersonen seit 2018 rückläufig*. Online abrufbar unter <https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Wie-wir-arbeiten/074-Ueberschuldung-Privatpersonen.html> zuletzt geprüft 12.09.2024.
- Causser H, Spiers J, Efstathio N et al. (2022) *The Impact of Colleague Suicid and the Current State of Postvention Guidance for Affected Co-Workers: A Critical Integrative Review*. In: *International Journal of Environment Research and Public Health*. 2022, 29, 11565
- Chang SS, Stuckler D, Yip P & Gunnell D. (2008) *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*. *BMJ*. 2013;347:f5239
- Choi B & Noseworthy A (1992) *Classification, Direction, and Prevention of Bias in Epidemiologic Research*. In: *Journal of Occupational Medicine*. 34(3):265-271, March 1992.
- Destatis (2024) *Frauen in Führungspositionen*. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/frauen-fuehrungspositionen.html> zuletzt geprüft 16.09.2024
- Dreier M, Ludwig J, Baumgardt J et al. (2020) *Sachbericht – Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität*. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/suizidprojekt_4E_abschlussbericht_bf.pdf zuletzt geprüft 12.09.2024
- Durkheim E (1983) *Der Selbstmord*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Engelmann F & Halkow A (2008) *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung*. Online verfügbar unter: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-302.pdf> zuletzt geprüft 24.10.2024
- Fröhlingsdorf S M (2021) *Tod und Trauer am Arbeitsplatz*. Baden Baden: Nomos.
- DAK (2019) *praxis & recht. Das Magazin für Unternehmen und Selbstständige*. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/praxis-und-recht-ausgabe-2--2019-2087890.pdf> zuletzt geprüft am 12.09.2024
- DAK Gesundheit (2024) *Gesundheitsreport*. Online verfügbar unter https://www.dak.de/presse/bundesthemen/gesundheitsreport_48012 zuletzt abgerufen 14.09.2024
- Dorrmann W (2021) *Suizid*. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Häfner A, Pinneker L & Hartmann-Pinnecker J (2019) *Gesunde Führung. Gesundheit, Motivation und Leistung fördern*. Berlin: Springer
- Hofmann L & Wagner B (2022) *Psychische Belastungen im Polizeiberuf: COPS – Ein Online-Suizidpräventionsprogramm für Polizistinnen und Polizisten*. In: Wehe D & Siller H (eds) *Handbuch Polizeimanagement*. Springer Gabler, Wiesbaden
- Die N, Wyder M, Kolves K & De Leo D (2010) *Separation as an Important Risk Factor for Suicide: A Systematic Review*. Online verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0192513X10365317> zuletzt geprüft am 11.01.2025
- Illes F, Jendreyshak J, Armgart C & Juckel G (2015) *Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeitende im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Schattauer
- Jungbauer J & Stelling K (2008) *Krisenintervention*. In: *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z*. Berth H, Balck F & Brähler E (Hrsg.) (2008). Göttingen: hogrefe. S.268-270
- Klein S & Appelt H-J (Hrsg.) (2013) *Praxishandbuch Betriebliche Sozialarbeit*. 3. Auflage. Kröning: Asanger Verlag
- Klesse R, Teising M, Lewitzka U, Bäurle P et al. (2022) *Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch?* In: *Psychosozial*. 45. Jg. (2022) Heft III (Nr. 169). S.3-27
- Kuckartz U (2014) *Mixed Methods*. Wiesbaden: Springer VS
- Landesregierung Niedersachsen (2020) *Antwort auf die Kleine Anfrage zu Suiziden und Suizidversuchen bei niedersächsischen Polizisten*. Online verfügbar unter: https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_18_07500/06001-06500/18-06007.pdf zuletzt geprüft 11.09.2024
- Lindner R (2006): *Suizidale Männer in der psychoanalytischen Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Lindner R, Drinkmann A, Fiedler G. et al. (2021) *Niedrigschwellige Suizidprävention*. In: Schneider B, Lindner R., Giegling I et al. (Hrsg.) *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP). S. 214-235
- Lindner R, Sperling U, Drinkmann A et al. (2021) *Suizidprävention für alte Menschen*. In: Schneider B, Lindner R., Giegling I et al. (Hrsg.) *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP). S. 141-168
- Lochthowe Th (2008) *Suizide und Suizidversuche bei verschiedenen Berufsgruppen*. Dissertation Universität Würzburg: Online verfügbar unter: <https://d-nb.info/1000578682/34> zuletzt geprüft am 11.09.2024

- Lukaschek K, Baumert J & Ladwig KH (2016) Arbeitsplatz und Suizidrisiko – Möglichkeiten der Prävention. In: *Der Klinikarzt*. 45(01). Stuttgart: Thieme. S.38-41
- Lukaschek K, Schulze W, Schlagintweit D et al. (2021) Suizidprävention im beruflichen Umfeld. In: Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S, Müller-Pein H, Rujescu D, Urban B, Fiedler G (Hrsg.) (2021) *Suizidprävention Deutschland: aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP), S. 118 – 139
- Platen A von (2021) *Führung mit Haltung: Mit Herz, Kopf und Hand Zusammenarbeit erfolgreich gestalten*. Freiburg: Haufe Verlag
- Rybnikova I & Lang R (2021) *Aktuelle Führungstheorien und -konzepte*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler
- Schein E & Peter Schein P (2018) *Organisationskultur und Leadership*. 5. Auflage. München: Vahlen
- Scherr S (2016) *Depression – Medien – Suizid*. Wiesbaden: Springer VS
- Schneider B, Lindner R., Giegling I et al. (Hrsg.) (2021) *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP)
- Schreur M & Leis T (2014) *Frauen in Führungspositionen – Erfolgreiche Unternehmensführung im Mittelstand*. Online verfügbar unter <https://www.rkw-kompetenzzentrum.de/publikationen/studie/frauen-in-fuehrungspositionen-erfolgreiche-unternehmensfuehrung-im-mittelstand/erfolgsworter-chancengleiche-unternehmensfuehrung-wie-unternehmen-von-mehr-frauen-in-fuehrungspositionen-profitieren/> zuletzt geprüft am 14.09.2024
- Schulze W (2023) *Suizid, Suizidalität, Suizidprävention in Organisationen: Hintergründe und Unterstützungsauftrag zu einer aktuellen Studie mit Schwerpunkt Führungshandeln*. In: *Suizidprophylaxe: Theorie und Praxis*. Bd. 50. H. 1. 192. Regensburg: Roderer 2023 S. 12 – 15
- Schulze W (2020) *Suizidalität und Suizidprävention in Organisationen – Perspektiven in der Betrieblichen Sozialarbeit*. In: *Suizidprophylaxe: Theorie und Praxis*. Bd. 47. H. 4. 183. Regensburg: Roderer 2020. S.134-140
- Schulze W (2009) *Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung*. Online verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2009-schulze-wolfram-motivationsfoerderung-zur-inanspruchnahme-von-psychotherapie/> zuletzt abgerufen 12.09.2024
- Schulze W & Botek O (2017) *Competent handling of psychological illness and stress at the workplace: Occupational Social Work in Germany*. Lage: Jacob Verlag.
- Schneider B & Fiedler G (2021) *Suizid – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung*. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*. Tiemann M & Mohokum M (Hrsg.) (2021). Wiesbaden: Springer. S.955-966
- Schneider B, Pallenbach E, Wetterling T & Wedler M (2007) *Sucht und Suizid*. In: *Suizidprophylaxe: Theorie und Praxis*. Bd. 34. H. 3. 120. Regensburg: Roderer 2007. S.187-189
- Senarclens de Grancy M von & Haug R (2020) *Suizidalität am Arbeitsplatz. Prävention und Krisenintervention*. Wiesbaden: Springer
- Sequeira D C, Baumgartel J & Knappe S (2021) *Fortbildungsprogramme für verschiedene Berufsgruppen zum Umgang mit Suizidalität in Deutschland*. In: *Suizidprophylaxe: Theorie und Praxis*. Bd. 48. H. 2. 185. Regensburg: Roderer 2021. S.53-66
- Sonneck G, Kapusta N, Tromandl G & Voracek M (Hrsg.) (2016) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 3. Auflage. Wien: UTB facultas
- Struhs-Wehr K (2017) *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung*. Wiesbaden: Springer
- SUPRA-AG Postvention (2021): *SUPRA – Empfehlungen für Suizid-Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen*. Wien: Gesundheit Österreich
- Takada M & Shima S (2010) *Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings*. In: *Health*, 48(4) (2010). S. 416-42
- WHO (2014) *Preventing suicide: A global imperative*. Online abrufbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> zuletzt geprüft am 11.09.2024
- Wolfersdorf M (2008) *Suizidalität*. In: *Der Nervenarzt*, 79. Berlin: Springer Medizin. S.1319–1336
- Wolfersdorf M & Etzersdorfer E (2022) *Suizid und Suizidprävention*. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Eingegangen: 08.11.2024

Angenommen: 17.01.2025

Korrespondenzadresse

Prof. PhD. Dr. rer. medic. Wolfram Schulze
 Fachbereich Sozialwissenschaften
 Hochschule Koblenz
 Konrad-Zuse-Straße 1
 56075 Koblenz
 E-Mail: wschulze@hs-koblenz.de

Suizide in Deutschland erneut ansteigend

Franz-Josef Hücker

Im Kalenderjahr 2023 beendeten 10.304 Menschen ihr Leben mit einem Suizid, im Mittel rund 28 Menschen täglich (Tabelle). Die Verteilung zwischen Männern (73 %) und Frauen (27 %) ist dabei relativ konstant geblieben. Der Anstieg der Suizide im Jahr 2023 ist vor allem auf eine Zunahme der Suizide von 6,0 % bei den Frauen zurückzuführen, während es bei den Männern 0,3 % waren. In den deutschen Bundesländern ereigneten sich die meisten Suizide in Bayern (1.799), in Nordrhein-Westfalen (1.631) und in Baden-Württemberg (1.373), also allein in drei Bundesländern mit 46,6 % nahezu die Hälfte aller 2023er-Suizide. An allen Todesursachen haben Suizide wie bereits zuvor

einen Anteil von etwa 1,0 %. Bei den Männern ereigneten sich im Kalenderjahr 2023 die meisten Suizide in der Altersgruppe 55 bis 59 (822 Suizide), bei den Frauen in der Altersgruppe 80 bis 84 (313 Suizide). Die häufigste Suizid-Methode war mit 4.234 Suiziden „Erhängen, Strangulieren oder Ersticken“. Rund 46,1 % aller Männer, die einen Suizid beging, starb auf diese Art und Weise, bei den Frauen waren es 27,6 %, die diese Art der Selbsttötung wählten.

Im Vergleich zum Vorjahr (10.119 Suizide) zeigt sich auch in 2023 ein weiterer Anstieg der Suizide. Was dafür ursächlich ist, kann nur rein spekulativ beantwortet werden. Ungeachtet dessen weist die Entwicklung der Suizide im Vergleich zum Vorjahr

Todesursache Suizid (ICD-10, Kapitel XX, Gruppe X60-X84: Vorsätzliche Selbstbeschädigung)

Jahr	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug
2005	891	780	857	964	940	909	890	836
2006	780	696	851	822	966	818	946	801
2007	800	686	823	823	849	822	864	746
2008	849	771	822	831	866	821	788	815
2009	766	737	824	861	853	773	828	808
2010	794	773	957	928	812	849	909	808
2011	814	719	855	903	914	838	884	941
2012	887	747	910	769	885	770	863	932
2013	822	748	830	969	891	899	896	843
2014	842	762	884	876	927	807	931	803
2015	824	785	933	880	870	862	905	854
2016	872	747	877	867	861	852	864	803
2017	793	752	850	758	860	812	775	789
2018	858	633	832	852	867	782	824	757
2019	776	704	765	786	767	768	808	778
2020	780	771	776	721	842	840	805	796
2021	716	657	753	755	778	787	775	795
2022	826	702	843	846	932	846	917	888
2023	908	766	912	875	960	836	875	886
Gesamt	15.598	13.936	16.154	16.086	16.640	15.691	16.347	15.679
Anteil in %	8,4	7,5	8,7	8,7	9,0	8,5	8,8	8,5

Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen (Dr. Franz-Josef Hücker, 19.08.2024)

einen deutlichen Anstieg von 185 Suiziden auf und über einen längeren Zeitraum betrachtet, etwa von 2005 (10.260 Suizide) bis 2023 (10.304 Suizide), eine zunehmende Suizidrate (Tabelle) auf. Wie in den Vorjahren lag der Anteil der Suizide an allen Todesursachen konstant bei rund ein Prozent.

Bei einem Suizid wird in der Regel davon ausgegangen, dass etwa 6 bis 9 Angehörige unmittelbar betroffen sind. Darüber hinaus sind beim Schienensuizid (Tabelle) nicht nur die Notfallkräfte und Ermittlungsbeamten betroffen, sondern auch die Fahrgäste, die bis zum Abschluss der polizeilichen Ermittlungen über Stunden den Zug nicht verlassen dürfen, um den Tatort nicht zu verschmutzen. Vor allem betroffen ist aber der Zugführer, der sofort abgelöst wird und den Zug nicht weiterbewegen darf. Die Zugführer der Vollbahnen müssen damit rechnen, in ihrem Berufsleben durchschnittlich zweimal mit einem Schienensuizid konfrontiert zu werden, der oftmals erhebliche gesundheitliche Belastungen bei dem Zugpersonal

verursacht und ursächlich für eine Berufsunfähigkeit sein kann.

Die nachstehend einsehbaren statistischen Zahlenwerke können stets nur bedingt für die oftmals beklagte mangelhafte Forschung zur Suizidprävention verwendet werden, weil dort unter anderem nicht erkennbar ist, um welche Art von Suizid es sich genau handelt. Also etwa um Suizid, Erweiterten Suizid, Assistierte Suizid. – Konkretisiert am Erweiterten Suizid wäre dafür eine ICD-Klassifikation für den Erweiterten Suizid erforderlich, die allerdings seit Jahren von der WHO (World Health Organization) aus hier unbekanntem Gründen blockiert wird und die Forschung für die Suizidprävention auf ungewisse Zeit weiterhin erschwert.

Ebenso wie bei den unerwünschten Berichten über Suizide in den Medien (Werther-Effekt) findet sich auch im Abspann der Suizidstatistiken des Statistischen Bundesamtes als Beitrag zur Suizidprophylaxe der Hinweis: „Wenn es Ihnen nicht gut geht

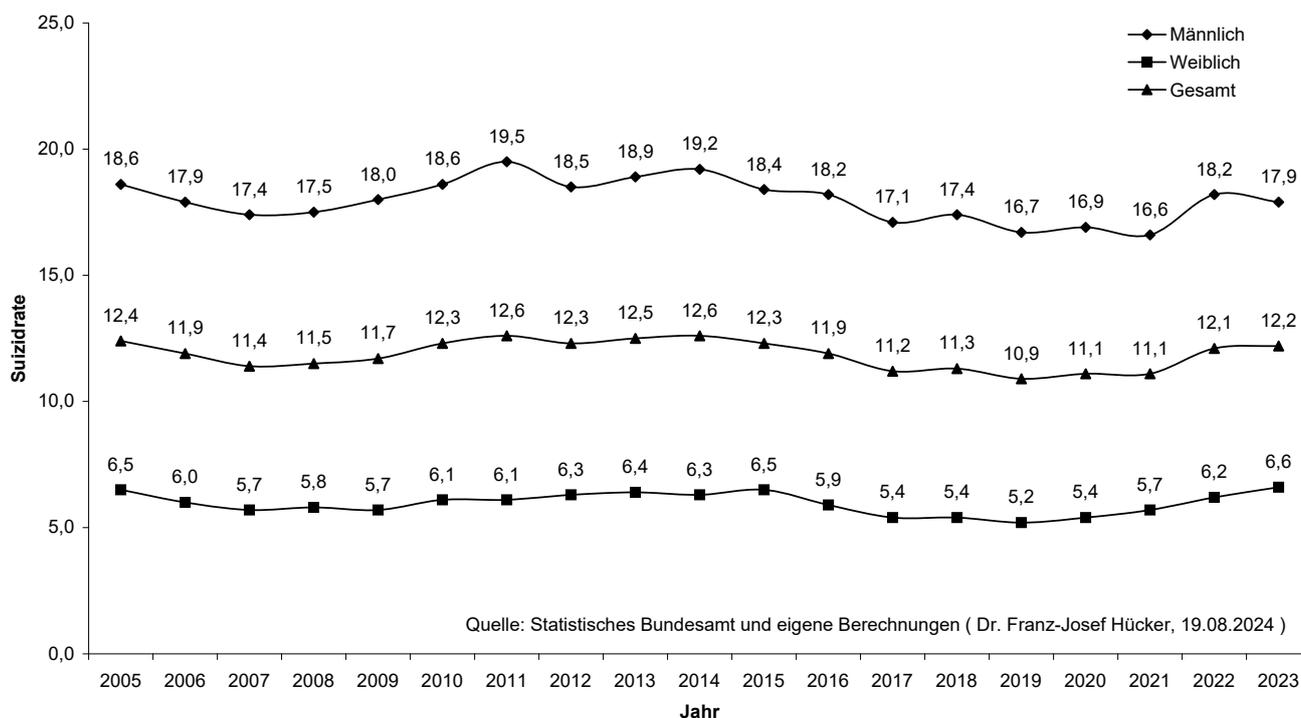
						Gender	
Sep	Okt	Nov	Dez	Gesamt	Ø täglich	Männlich	Weiblich
761	868	800	764	10.260	28,1	7.523	2.737
772	801	749	763	9.765	26,8	7.225	2.540
755	762	718	754	9.402	25,8	7.009	2.393
714	765	724	685	9.451	25,8	7.039	2.412
795	770	839	762	9.616	26,3	7.228	2.388
824	801	854	712	10.021	27,5	7.465	2.556
846	858	793	779	10.144	27,8	7.646	2.498
769	804	810	744	9.890	27,0	7.287	2.603
842	848	768	720	10.076	27,6	7.449	2.627
873	840	859	805	10.209	28,0	7.624	2.585
816	811	819	719	10.078	27,6	7.397	2.681
802	824	747	722	9.838	26,9	7.374	2.464
685	740	739	682	9.235	25,3	6.985	2.250
760	786	744	701	9.396	25,7	7.111	2.285
660	760	756	713	9.041	24,8	6.842	2.199
750	747	714	664	9.206	25,2	6.944	2.262
781	848	784	786	9.215	25,2	6.805	2.410
839	862	803	815	10.119	27,7	7.504	2.615
868	819	812	787	10.304	28,2	7.522	2.782
14.912	15.314	14.832	14.077	185.266	26,7	137.979	47.287
8,0	8,3	8,0	7,6			74,5	25,5

Schienensuizide bei Vollbahnen

	Suizide		Suizidversuche		Ø täglich	
	Absolut	Relativ*	Absolut	Relativ*	Suizide	Versuche
2007	720	0,686			2,0	
2008	714	0,684			2,0	
2009	875	0,872			2,4	
2010	899	0,871			2,5	
2011	853	0,802			2,3	
2012	872	0,840			2,4	
2013	834	0,806			2,3	
2014	781	0,749			2,1	
2015	806	0,774	101	0,097	2,2	0,3
2016	798	0,748	91	0,085	2,2	0,2
2017	771	0,719	97	0,090	2,1	0,3
2018	732	0,675	96	0,089	2,0	0,3
2019	646	0,594	103	0,095	1,8	0,3
2020	678	0,638	88	0,083	1,9	0,2
2021	678	0,613	89	0,080	1,9	0,2
2022	684	0,597	12	0,010	1,9	0,0
2023	690	0,610	97	0,086	1,9	0,3
Summe	13.031		774			
Mittel	767	0,722	86	0,079	2,1	0,2

* Suizide je Million gefahrene Zugkilometer. Quelle: Eisenbahn-Bundesamt und eigene Berechnungen (Dr. Franz-Josef Hücker, 15.09.2024)

Suizide je 100.000 Einwohner in Deutschland



oder Sie daran denken, sich das Leben zu nehmen, versuchen Sie, mit anderen Menschen darüber zu sprechen. Das können Freunde oder Verwandte sein, es gibt aber auch Hilfsangebote. Die Telefonseelsorge ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr unter 0800/111 0 111 und 0800/111 0 222 erreichbar. Es gibt auch die Möglichkeit einer E-Mail-Beratung oder eines Hilfe-Chats. Weitere Informationen finden Sie bei der Telefonseelsorge.“ In einigen Medien wird dieser Hinweis teilweise ergänzt mit dem schließenden Verweis auf die „Empfehlungen

zur Berichterstattung über Suizid“ der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Korrespondenzadresse

Franz-Josef Hücker
Nollendorfstraße 10
10777 Berlin
E-Mail: info@huecker.com

Beiträge

[U25], Konzept und Finanzierungsgeschichte

Hellmuth Braun-Scharm, Klaus Weckwerth

Zusammenfassung

Das Konzept und der bisherige Finanzierungsverlauf der suizidpräventiven Mailberatung [U25] werden beschrieben. Auf die Notwendigkeit einer staatlichen Finanzierung und Verstärkung der Suizidprävention wird hingewiesen.

Schlüsselwörter: Suizidprävention, Jugendliche, Online-Beratung

[U25], history of the concept and funding

Abstract

The concept and funding history of suicide prevention mail counseling [U25] are described. The need for state funding and continuation of suicide prevention is pointed out.

Keywords: Suicide prevention, adolescents, online counseling

[U25] ist eine kostenlose und anonyme Mailberatung für unter 25-jährige Personen (Jugendliche und junge Erwachsene) in suizidalen Krisen. Dies ist deshalb erforderlich, weil Jugendliche und junge Erwachsene von den etablierten suizidpräventiven Angeboten (Beratungsstellen, Ambulanzen etc.) nur ungenügend erreicht werden.

[U25] wurde 2001 vom Arbeitskreis Leben (AKL) Freiburg entwickelt und wird seit 2012 gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband (DCV) angeboten. Die Beratung erfolgt durch ausgebildete und supervidierte ehrenamtliche Jugendliche und erfolgt an elf Standorten in der Bundesrepublik. Die Aufgabe der Standorte besteht hauptsächlich in der Rekrutierung,

Ausbildung und Supervision der insgesamt 300 Peers und ihres Mail-Verkehrs.

Die Aufgabe des Deutschen Caritasverbandes und der elf Caritasverbände besteht vorwiegend im Kontakt zu den Medien sowie in organisatorischen und verwaltungstechnischen Aufgaben. Dazu zählen auch Teilzeitstellen für Teamleitung, Projektleitung sowie Sachkosten. Im Deutschen Caritasverband gibt es eine Bundeskoordinatorin (zurzeit Frau Janna Drechkötter), die für die Koordination der Standorte und die Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in Zusammenarbeit mit den Verbänden zuständig ist.

Die ratsuchenden Personen melden sich mit einem Nickname per E-Mail an und erhalten die erste Nachricht innerhalb von 48 Stunden von den hauptamtlichen MitarbeiterInnen. Anschließend wird die anfragende Person einer passenden Peerberater:in zugeteilt und erhält spätestens binnen sieben Tagen eine Antwortmail.

Nach Start des Programms und Durchsicht der Literatur wurde festgestellt, dass keine zufriedenstellende Evaluation der bestehenden Online-Suizid-Präventionsprogramme vorlag. Mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) wurden deshalb Drittmittel eingeworben, um eine wissenschaftliche Evaluation durchführen zu können. Diese wird seitdem von Mitarbeitenden des Lehrstuhls für Psychologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen (FAU: Stemmler, M., Hildebrand, A., Weiss, M.) geleistet. Die Ergebnisse der Evaluation wurden in mehreren Forschungsberichten und in Fachzeitschriften publiziert und auf verschiedenen wissenschaftlichen Fachkongressen vorgetragen (siehe Literaturliste). Diese Studie stellt weltweit die einzige Arbeit dar, die ausgehend von einer genügend großen Stichprobe und mit

adäquaten methodischen Instrumenten durchgeführt wurde. Die Darstellung der Ergebnisse würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, resümierend soll nur festgehalten werden, dass das Programm [U25] von jungen Menschen gut angenommen wird und zur Reduktion der Suizidalität beiträgt.

Da es bisher in Deutschland keine staatliche Förderung von Suizidprävention gibt, war die bisherige Finanzierung von [U25] von befristeten Förderanträgen abhängig, die Ende 2024 endeten. Es war deshalb längere Zeit unklar, ob [U25] weiterarbeiten kann. Durch intensive Verhandlungen und Lobbyarbeit mit verschiedenen Kostenträgern, insbesondere mit dem BMFSFJ und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention konnte jedoch das erfreuliche Ergebnis erreicht werden, dass [U25] bis zum 31.12.2027 weiter finanziert wird.

Grundsätzlich und langfristig wäre es aber erforderlich, dass eine dauerhafte staatliche Finanzierung der Suizidprävention sowie ein Übergang von der bisher vorwiegend ehrenamtlichen zu einer professionalisierten Suizidprävention geschaffen wird; Vorschläge für ein Suizidpräventionsgesetz liegen bereits vor.

Literatur

Weiss M, Hildebrand A, Stemmler M (2024) Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen bei jungen Erwachsenen mit suizidalem Erleben und Verhalten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. <https://doi.org/10.1055/a-2398-6074>

Hildebrand A, Weiss M, Stemmler M (2023) Life adversities of clients seeking advice for suicidal ideation from an online peer counseling service: Characteristics and associations with outcomes. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 11(2). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3721>

[org/10.13129/2282-1619/mjcp-3721](https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3721)

Hildebrand A, Weiss M, Braun-Scharm H, Stemmler M (2022) Wirken Online-Peer-Suizidpräventionsprogramme? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 51:117-126. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000663>

Weiss M, Hildebrand A, Braun-Scharm H, Stemmler M (2021) Online Peer Counseling for Suicidal Ideation: Participant Characteristics and Reasons for Using or Refusing This Service. *Psych* 3(2):61-71. <https://doi.org/10.3390/psych3020007>

Weiss M, Hildebrand A, Braun-Scharm H, Stemmler M (2020) [U25] – Online-Suizidpräventions-Beratung. Erste Ergebnisse zu Implementation und Evaluation. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis* 65(1):26-29

Weiss M, Hildebrand A, Braun-Scharm H, Weckwerth K, Held D, Stemmler M (2020) Werden suizidgefährdete junge Menschen durch Online-Beratung erreicht? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 48(3):1-11. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000712>

Hildebrand A, Weiss M, Stemmler M (2019) Online-Peer-Suizid-Präventionsprogramme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Eine systematische Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67:221-229. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000392>

Korrespondenzadressen

Hellmuth Braun-Scharm
E-Mail: braunscharm@gmail.com

Klaus Weckwerth
E-Mail: klaus.weckwerth@caritas-nuernberg.de

HINWEIS

Podcast: Du fehlst – Trauer nach Suizid

Anna-Katharina Schmidt, Uwe Sperling

„Du fehlst – Trauer nach Suizid“ ist ein Podcast der Berliner Beratungsstelle für suizidbetroffene An- und Zugehörige (BeSu-Berlin). In der Serie werden Themen besprochen, die viele Suizidhinterbliebene beschäftigen. Dabei werden neben Tabuthemen auch alltägliche Veränderungen und Herausforderungen aus unterschiedlichen Perspektiven thematisiert, um mögliche Wege in die Entlastung aufzuzeigen. In der Podcast-Serie sprechen die Therapeuten und Therapeutinnen der Beratungsstelle über Themen, die viele Suizidhinterbliebene beschäftigen. Trauer, insbesondere nach Suizid, ist weiterhin ein Tabuthema, mit dem viele Hinterbliebene allein bleiben. Es geht insbesondere um Schwierigkeiten, Veränderungen und Herausforderungen, die sich im Alltag nach dem Verlust auftun.

Insgesamt sind bisher fünf Folgen zu folgenden Themen herausgekommen:

- Folge 1:** Verlust
- Folge 2:** Wie verändert sich mein soziales Umfeld?
- Folge 3:** (Teile 1, 2 und 3): Trauer als Lebensthema!
- Folge 4:** Scham, Schuld ... und was noch?
- Folge 5:** (Teile 1 und 2): Rituale und Abschied nehmen – muss ich das?

Für 2025 sind neue Folgen angekündigt, die jetzt stärker in einem Interviewformat gestaltet werden sollen. Aktuelle Informationen dazu sind über Instagram unter berlin-besu erhältlich. „Du fehlst“ erscheint auf allen gängigen Podcast-Plattformen oder unter:

<https://besu-berlin.de/podcast>

HINWEIS

Deutschsprachige Pre-Conference zum 33. IASP –Weltkongress

Martin Plöderl, Uwe Sperling

„Wohin entwickelt sich die Suizidprävention? Themen und Schwerpunkte im deutschsprachigen Raum 2025 – 2030“
am 10. Juni 2025 von 9:00 – 12.30 Uhr, Messe Wien
Im Fokus steht der Austausch zwischen Österreich,

Deutschland, Schweiz und Südtirol. Es sollen Ideen für zukünftige Kooperationen und gegenseitige Unterstützung gefunden werden.

Wien, Österreich

Info: <https://www.iasp.info/vienna2025/>

Tagungsbericht

Suizidalität und Medien

Frühjahrstagung 2025 der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention

Uwe Sperling

Pünktlich um 9.15 Uhr startete am 14. Februar 2025 die diesjährige Frühjahrstagung der DGS. Sie wurde online durchgeführt. Die in der DGS beheimatete Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens kooperierte als Ausrichter mit der Fortbildungsbeauftragten der LVR-Klinik Köln und sorgte für einen reibungslosen Ablauf. Fast 200 Teilnehmende erlebten in den angesetzten fünf Stunden spannende und hochinteressante Vorträge und eine lebendige Diskussion.

Nach der Tagungseröffnung durch Prof. Dr. Barbara Schneider ging es in den beiden ersten Themenblöcken unter dem Titel „Film und Fernsehen“ bzw. Journalismus und Soziale Medien zunächst um die protektive Wirkung des Films „Für einen Moment wirst du fliegen“, der sich mit Suizidalität und psychischer Gesundheit auseinandersetzt. Der nächste Vortrag berichtete über eine aktuelle Inhaltsanalyse zum assistierten Suizid in österreichischen Printmedien, gefolgt von Einblicken in die journalistische Berichterstattung über Suizidalität.

Die beiden weiteren Themenblöcke beinhalteten jeweils Vorträge zu Formen der Beratung und Therapie, die über Medien (Internet, E-Mail) oder als Online-Learning Programm angeboten werden. Bei den Beratungsangeboten ging es im Einzelnen um das Webangebot MEN ACCESS zur Suizidprävention

für Männer und ihre Angehörigen, das E-Mail-Angebot MANO für Menschen ab 25 Jahren mit Suizidgedanken und das Unterstützungsangebot „Es wird besser“ für LGBTQ+-Personen im Coming-out. Im Themenblock der Online-Learning-Programme erhielten die Teilnehmer:innen Einblicke in das europäische Projekt ELLIPSE Gatekeeper+ und ELLIPSE Postvention, das bereits weit vorangeschritten ist, und in das gerade gestartete deutsche Projekt Grundkurs Suizidprävention im Gesundheitswesen, in dem in den kommenden Jahren ein E-Learning-Programm für Angehörige der Gesundheitsberufe entwickelt werden soll.

Die Referentinnen und Referenten wurden eingeladen, ihre Beiträge zur Veröffentlichung in der Suizidprophylaxe einzureichen; für eine der nächsten Ausgaben ist ein Themenschwerpunkt „Suizidalität und Medien“ geplant.

Insgesamt war es in meinen Augen eine sehr gelungene Tagung mit hochinteressanten Vorträgen, mit engagierten Referentinnen und Referenten und mit vielen aufmerksam diskutierenden Teilnehmenden. Sehr gut fand ich die Aufteilung in überschaubare knapp einstündige Themenblöcke mit fest eingeplanter und eingehaltener Diskussionszeit sowie daran jeweils anschließender kurzer Pause.

Beim Stichwort „Frühjahrstagung der DGS“ erinnern sich seit langen Jahren Beteiligte schon auch einmal zurück an die

Reisensburg bei Günzburg, wo die Tagung bis ins erste Corona-Jahr stattfand. Man kann das dort erlebte konzentrierte Miteinander und die unmittelbare Begegnung zwischen den Generationen der forschend und praktisch Tätigen auf dem Feld der Suizidprävention vermissen. Auf der anderen Seite

denke ich, dass die neu gefundene Form der Frühjahrstagung als Online-Veranstaltung durchaus das Ziel erreicht, engagierten Jüngeren ein Forum zur Vorstellung ihrer Arbeiten zu bieten und diese mit allen Engagierten zu diskutieren. Die hohe Zahl der Teilnehmenden spricht jedenfalls dafür.

Buchbesprechung

Hans Wedler

Claudia – Des Daseins Makulatur

S. Roderer-Verlag, Regensburg 2024. 472 Seiten. 26,80 €

Wirklich Liebe zu empfinden, das ist für Claudia, die im Mittelpunkt des Romans von Hans Wedler steht, das zentrale Lebensziel. Als sie meint, dieses nicht erreichen zu können, unternimmt sie einen spektakulären Suizidversuch, den sie wider alle Wahrscheinlichkeit überlebt. Durch Zufall wird ihr Geliebter Leo, von dem sie sich zuvor abgewandt hatte, Zeuge des Geschehens und kommt während ihrer Rehabilitation erneut mit ihr in Kontakt.

Der Roman erzählt die weitere Lebens- und Beziehungsgeschichte dieser ungewöhnlichen Frau, die als Sängerin mit unverkennbarer Stimme auch ohne die Erfahrung, wirklich Liebe zu einem Menschen zu empfinden, Lebenssinn findet. Wedler erzählt ihre teilweise abenteuerliche Geschichte in der Welt des klassischen Musikgeschäfts und führt dabei die Lesenden kenntnisreich von Deutschland über Südamerika nach Norwegen und Schweden. Wedler verliert dabei nie die Beziehung und das Erleben von Claudia und Leo, der sie liebt und dem sie zu verschiedenen Zeitpunkten wieder begegnet, aus den Augen. Kann Claudia ihr zentrales Lebensziel erreichen?

Eingestreut in die Erzählung vermittelt der Autor grundlegendes Wissen über Suizidalität und Suizid. Fachleute erkennen sofort die an zahlreichen Stellen des Buches angesprochenen Hinweise auf anerkannte suizidologische Wissensbestände. Sie erkennen über den Gesamtverlauf des Romans auch, dass es immer falsch ist zu meinen, man könne die Suizidalität und den Suizid(versuch) eines Menschen allein aufgrund bestimmter offensichtlicher Ereignisse, Enttäuschungen oder anderer Faktoren erklären und verstehen.

Fachlich weniger Beschlagenen fallen die Wissensinhalte zu Suizidalität und Suizidprävention weniger ins Auge. Sie nehmen jedoch mit, dass das Erleben von Lebenssinn, auch wenn es nicht vollkommen ist, ein bedeutender Schutzfaktor ist, suizidal zu handeln.

Hans Wedler nimmt die Leser:innen in seinem Roman Claudia mit auf eine große Reise und fordert ihnen dabei durchaus etwas Durchhaltevermögen ab.

Uwe Sperling und Ursula Völkle-Sperling

Céline Humm

Suizid – Reden wir darüber

Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2024. 19,- €

Der Titel des Buches drückt schon deutlich aus, was den Leser bzw. die Leserin erwartet. Das Thema Suizid soll aus dem Tabu geholt werden. Doch wie das geschieht, ist zunächst überraschend.

Die Autorin Céline Humm (Jahrgang 1985) führt mit mehreren Menschen Interviews, die auf unterschiedlichste Weise von Suizid betroffen sind: Dies sind vor allem Hinterbliebene wie die Autorin selbst, die 2019 ihre Mutter durch Suizid verlor. Zum anderen berichten aber auch z. B. Bestatter, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Mitarbeitende in Notfalldiensten, Polizisten sowie Fachexperten. Man bekommt so einen umfassenden Überblick, wie viele Menschen es neben und mit den Angehörigen sind, die mit einem Suizid konfrontiert werden. Die Autorin beschreibt es folgendermaßen: „Aufgewühlt von den unzähligen Fragen machte ich mich auf den Weg. Ich traf viele Menschen und sie alle haben eines gemeinsam: Berührungspunkte mit Suizid. Ich traf unzählige Menschen [...], die keine Hinterbliebenen aus erster Reihe und doch tief betroffen sind. [...] Schnell wurde mir klar, dass es sich um ein wahnsinnig breites Thema handelt, ein komplexes und kompliziertes Zusammenspiel verschiedener Faktoren.“

Die einzelnen Interviews sind zwischen drei und acht Seiten lang. Sie lesen sich daher sehr schnell, haben aber dadurch nicht weniger Tiefgang.

Jörg Schmidt

Tagungskalender

33rd IASP World Congress

10.-13 Juni 2025

Deutschsprachige Pre-Conference am

10. Juni 2025 von 9:00 – 14 Uhr

Wien, Österreich

Info: <https://www.iasp.info/vienna2025/>

Jahreskongress SGPP 2025

18.-19. September 2025

Basel, Schweiz

Info: <https://www.psy-congress.ch/frontend/index.php>

53. DGS-Herbsttagung

10.-11. Oktober 2025

Bayreuth, Deutschland

Info: <https://www.suizidprophylaxe.de>

Corrigendum

Im Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich – Bericht 2023“ (Suizidprophylaxe 51 (2024), Heft 2) wurde im letzten Absatz auf Seite 32 ein falsches Zitat angeführt. Statt (Sonneck et. al 2012“) muss es heißen (BMG 2011).

BMG. SUPRA - Suizidprävention Austria. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2011.

Des Weiteren wurde eine im letzten Absatz auf Seite 34 verwendete Abkürzung nicht erklärt: ÖBB steht für Österreichische Bundesbahnen.

Im letzten Absatz auf Seite 33 findet sich der Klammersausdruck (vierte Säule). Dieser bezieht sich auf die vierte der sechs Säulen des SUPRA-Programms „Bewusstsein und Wissen“.

Anzeige

Walter Kopp

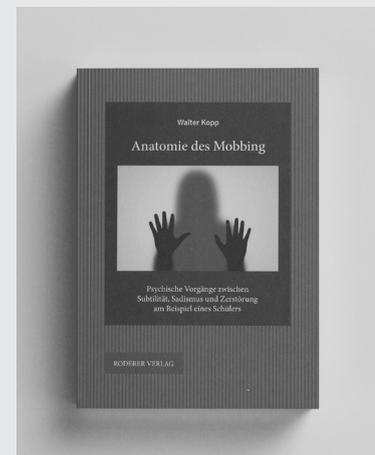
Anatomie des Mobbing

Psychische Vorgänge zwischen Subtilität, Sadismus und Zerstörung am Beispiel eines Schülers

ISBN 978-3-86910-003-2, 26,80 Euro; Roderer Verlag

Mobbing, ein Phänomen, das erst in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts seinen Namen erhielt, dringt immer tiefer in unsere Gesellschaft ein und führt auch in Fachkreisen zur resignativen Haltung, dass wir damit leben müssen. Dem tritt der Autor entgegen und betrachtet dieses Phänomen am Beispiel eines konkreten Einzelbei-

spiels, unter einem kulturkritischen und psychoanalytischen Aspekt. Wer das Phänomen verstehen will, muss sich mit den Entstehungsbedingungen auseinandersetzen. Mobbing wird als wichtiges Projekt eines ethischen Diskurses betrachtet, der in einer Gesellschaft des Narzissmus von zentraler Bedeutung ist.



Hopeless

Roy Lichtenstein (1963): Kunstmuseum Basel. Depositum der Peter und Irene Ludwigstiftung Aachen

Dem Bild lag als Vorlage das Einzelbild aus dem Comic Strip „Run For Love!“ im Comic-Heft Secret Hearts, Nr. 83 (November 1962) D.C. zugrunde.

Die pure Abstraktion und der Konstruktivismus der Nachkriegsjahre wurden durch eine expressive abstrakte Malerei abgelöst, die sich vor allem durch Jackson Pollock und die New Yorker Schule mit Künstlern wie Willem de Kooning aber auch der „Art Brute“ in Paris wie Pierre Soulage manifestierte. Eine entscheidende Wende allerdings erfolgte mit der Pop Art, die sich Ende der 50ziger Jahre ebenfalls in New York Bahn brach mit Künstlern wie Andy Warhol und Robert Rauschenberg. Hier stand im Mittelpunkt die Aufarbeitung der Erfahrungen mit der Werbung sowie die zunehmende Profanisierung – Popularisierung und die Reproduzierbarkeit der Kunst (Bronisch und Felber 2014).

Roy Lichtenstein (* 27.10.1923 Manhattan – † 29.09.1997 Manhattan) nahm sich als erster der Comics an, die mit seinem Siebruckverfahren zum Prototyp der Popart wurde. Er griff alle Themen auf, seien es profane Themen aus den Comicheften oder aber auch ernsthafte Themen wie etwa den Suizid. Auf diese Art versuchte Roy Lichtenstein, die Kunst mit dem Konsumgut zu verbinden. Er nutzte bewusst Elemente der industriellen Produktion kommerzieller Produkte, wie Comic-Hefte und Werbeanzeigen. Er verband diese mit der Kunst und kritisierte damit die fehlende Nähe der Kunst zum alltäglichen und konsumgeprägten Leben. Roy Lichtenstein malte mit kräftigen, klaren Farben. Für seine Zwecke entwickelte Roy Lichtenstein eine besondere Maltechnik weiter, die im Englischen „Benday Dots“ genannt wird und von dem amerikanischen Künstler und Erfinder Benjamin Day für die industrielle Illustration entwickelt wurde. Dabei setzte er statt Farbflächen nur gleichmäßige Farbpunkte und verlieh somit seinen großformatigen Werken eine künstliche Wirkung. Wie der kommerzielle Produzent von Druckwerken versuchte er, so wenige Farben wie möglich einzusetzen. Während der Drucker dies aus ökonomischen Gründen tut, wird es bei Lichtenstein zu einem künstlerischen Mittel (Waldmann 1994, Bodin 2024).

Hopeless (Hoffnungslosigkeit) stellt einen zentralen Prädiktor für Suizidalität dar und ist ein Symptom einer Depression (Bronisch 2020). In Hopeless wie in dem anderen Bild, das schon von mir beschrieben wurde, Drowning Girl agieren die Heldinnen von Lichtenstein als Opfer unglücklicher Liebesaffären, was sich bei der einen als Trotzhaltung manifestiert (sie würde lieber ertrinken, als ihren Geliebten um Hilfe bitten). Sie sind keine Heldinnen, sondern dem männlichen Ego als Bittstellerinnen ausgeliefert. Man trifft auf sie und ihresgleichen in der Werbung und den Herz-Schmerz-Comics von damals. Bei Hopeless, das auf ein Motiv aus dem Comic-Strip „Run for Love“ in dem bei D.C. Comics erschienen Heft Secret Hearts Nr 83 vom November 1962 zurückgeht, betreffen die wichtigsten Veränderungen die Haarfarbe (statt blau gelb), die Form der Sprechblase, die hinzugefügte Hand des Mädchens und die Art und Weise, wie die Figur in den Bildrahmen hineingepresst wird. In diesem wie in anderen Frauenbildern von Lichtenstein bringt die dargestellte Szene ein Drama zur Aufführung, in dem das Glück und die Daseinsberechtigung einer Frau aus ihrem ursprünglichen Zusammenhang die Daseinsberechtigung einer Frau durch die Vorstellung ihrer Verletzlichkeit in Frage gestellt wird (Waldmann 1994).

Lichtenstein treibt der Comiczeichnung jeden Anschein von Wirklichkeitsnähe aus, indem er hervorhebt, wie eine Linie auf eine andere stößt, sowie durch die Gegenüberstellung von Primärfarben und den Einsatz des Punktrasters zur Verstärkung der Zweidimensionalität der Bildfläche. Durch die Herauslösung der weiblichen Figur aus ihrem ursprünglichen Zusammenhang unterstreicht Lichtenstein noch die Abstempelung der Frau zu schmückendem Beiwerk auf dem nur das Auge des Mannes ruhen soll (Waldmann 1994, Bodin 2024).

Mit diesen und anderen Bildern wurde ich in der Retrospektive von Lichtenstein im Sommer 2024 in der Albertina konfrontiert (Bauer & Schröder 2024), die mir den Anlass gaben, wieder Lichtenstein, wie schon in der Bildbeschreibung von Drowning Girl (Bronisch 2013), mit einem anderen Bild mit dem Titel Hopeless zu präsentieren.

Literatur

Bauer G & Schröder K A (Hrsg.) (2024) Roy Lichtenstein. München-London-New York: Albertina Prestel

Bodin C (2024) Krach!Bumm!Peng! Art Roy Lichtenstein zum 100. Geburtstag (Bauer G & Schroeder K, Hrsg.) Hamburg: Gruner & Jahr. April 2024, S 28-45

Bronisch T (2013) Der Suizid in der bildenden Kunst. Roy Lichtenstein. Drowning girl (1963). Suizidprophylaxe 40:134a

Bronisch T (2020) Die klinische Sicht-Ursachen und Behandlung von Suizidalität. In: Suizidalität und Suizidprävention bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (Hrsg. Gerngroß J). Stuttgart: Schattauer, S 99-134

Bronisch T & Felber W (2014) Der Selbstmord in der Bildenden Kunst. Regensburg: S.Roderer

Waldmann D (1994/1995) Roy Lichtenstein (dt. Übersetzung von Bram Opselten und Magda Moses). Verlag Hatje/Guggenheim

Der Suizid in der bildenden Kunst



Roy Lichtenstein: Hopeless (1963)

Kunstmuseum Basel

Depositum der Peter und Irene Ludwigstiftung Aachen

