

Suizidprävention im schulischen Kontext

Eine Bestandsaufnahme von suizidpräventiven Angeboten im
Bezirk Murau

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

vorgelegt von
Tanja STOCKER

am Institut für Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Heimgarnter, Arno, Univ.-Prof. Dr. phil.

Graz, 2016

Weiter im Leben

Weiter im Leben - wohin weiter?
Wer kann mir das sagen?
Wen kann ich fragen?
Soll ich wen fragen
und kann mir ein anderer was sagen
Oder soll ich nichts sagen
und meinen Kummer begraben?
Das wäre das Ende
und keine Wende
zum neuen Leben,
sondern ein Ergeben.
Das Weiter im Leben ist richtig,
denn jeder Mensch ist wichtig.

(geschrieben 1995, inspiriert durch WEIL)

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

.....

Ort, Datum

.....

Stocker Tanja

Abstract deutsch

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit suizidpräventiven Angeboten für Schüler und Schülerinnen im Bezirk Murau. Ausgangspunkt liefert die stetig hohe Suizidrate in diesem Bezirk und die Annahme, dass Suizidprävention bereits im Jugendalter beginnen sollte. Das Forschungsziel dieser Arbeit besteht darin, die vorhandenen Angebote der Suizidprävention für Schüler und Schülerinnen, an höheren Schulen im Bezirk Murau, aufzuzeigen. Außerdem werden Erklärungsansätze für die stetig hohe Suizidrate gesucht und erörtert. Als Erhebungsinstrument diente ein leitfadengestütztes problemzentriertes Interview. Insgesamt wurden acht Interviews mit jeweils vier ExpertInnen und LehrerInnen durchgeführt. Bei der Auswertung und Interpretation der Daten wurde in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring vorgegangen. Um die Interviews strukturieren und kategorisieren zu können, wurde computergestützt, mit dem Programm MAXQDA, gearbeitet. Die Ergebnisse zeigen, dass zwar einige suizidpräventive Angebote für SchülerInnen im Bezirk Murau zur Verfügung stehen, jedoch kaum jemand darüber Bescheid weiß. Dazu kommt, dass sich die LehrerInnen nicht genügend geschult sehen, um solche Thematiken mit den SchülerInnen zu behandeln. Bezogen auf die hohe Suizidrate im Bezirk, wurden aufgrund der Komplexität des Themas, unterschiedlichste Erklärungsansätze geliefert.

Abstract englisch

The following master thesis addresses the range of offers regarding suicide prevention for pupils in the district "Murau". The starting point for this is the continuously high suicide rate in this district and the assumption that suicide prevention should already start in adolescence. The research objective for this thesis is to illustrate the available range of offers regarding suicide prevention for pupils of high schools in the district "Murau". Furthermore, an explanation attempt for the constantly high suicide rate in this region will be outlined. A problem-centered, guided interview functioned as survey instrument. Overall eight interviews with respectively four experts and teachers were conducted. The evaluation and interpretation of the data was approached based on the structured content analysis according to Mayring. In order to structure and categorize the interviews MAXQDA was used. The results show that there is an offer regarding suicide prevention for pupils in the district "Murau", however almost nobody is aware of this. Additionally, teachers do not feel well enough trained in order to address this topic to pupils. Regarding the high suicide rate in the district, various explanation attempts were provided due to the complexity of this topic.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Zuerst gebührt mein Dank Herrn Univ.-Prof. Dr. Heimgartner und Frau Dr. Walzl-Seidl, die mich während der Arbeitsphase betreut und meine Masterarbeit begutachtet haben. Vielen Dank für die kompetente Unterstützung, die zahlreichen Anregungen und die konstruktive Kritik, die mir seit Beginn dieses Arbeitsprozesses sehr weitergeholfen haben.

Ein weiterer Dank geht an meine KommilitonInnen, welche mir immer wieder mit hilfreichen Vorschlägen unterstützend zur Seite gestanden sind. Vielen Dank für die zahlreichen spannenden Debatten und die tolle Zusammenarbeit im Laufe des Studiums.

Des Weiteren gebührt den TeilnehmerInnen meiner Befragung ein besonderer Dank. Ohne deren Bereitschaft zur Zusammenarbeit, hätte diese Arbeit nie entstehen können. Vielen Dank für die Informationsbereitschaft und die interessanten Beiträge und Antworten auf meine Fragen.

Ein großes Dankeschön geht auch an meinen Freund und meine FreundInnen, die mich während meiner ganzen Studienzeit motiviert und begleitet haben.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken. Ohne deren bedingungslose Unterstützung wäre dieses Studium niemals möglich gewesen. Danke, dass ihr in allen meinen Entscheidungen hinter mir gestanden seid und ich ständig auf euren emotionalen Rückhalt zählen konnte. Vielen Dank, dass ihr mir diesen Lebensabschnitt ermöglicht habt.

Inhalt

1.	Einleitung	1
2.	Begriffsbestimmungen	2
2.1	Suizidalität	2
2.2	Suizid versus Suizidversuch	5
2.3	Jugendalter	6
3.	Epidemiologie	9
3.1	Suizidraten in Österreich – historische Entwicklung und internationaler Vergleich	9
3.2	Suizidraten – Steiermark	11
3.3	Geschlecht	11
3.3.1	Der „weibliche Suizidversuch“	12
3.3.2	Der „männliche Suizid“	13
3.4	Methoden	15
3.5	Alter	17
4.	Risikofaktoren	20
4.1	Familiäre Bedingungen	20
4.2	Psychische Erkrankungen	21
4.3	Arbeitslosigkeit	23
4.4	Internet und Medien	24
4.5	Verfügbarkeit der Mittel	26
4.6	Selbstschädigung, Alkohol und Drogenmissbrauch	26
4.7	Risikogruppen	28
5.	Suizidmodelle und Suizidtheorien	30
5.1	Krisenmodell	30
5.2	Das Krankheitsmodell	32
5.3	Soziologische Theorie	33
5.4	Psychoanalytische Theorie	34
5.5	Psychodynamische Theorien	36
5.6	Lerntheorie	38
5.7	Stresstheorie	40
5.8	Kognitiv-utilitaristische Theorie	41
6.	Suizidprävention	42
6.1	Begriffserklärung: Suizidprävention	42
6.2	Suizidprävention in Österreich	48
6.3	SUPRA - Suizidprävention Austria	50
6.4	Einrichtungen in der Steiermark	52
6.4.1	WEIL – Weiter im Leben	52

6.4.2	GO-ON Suizidprävention Steiermark.....	53
6.4.3	Schulprojekt Verrückt? Na und!	55
6.4.4	Peer-Group-Education des österreichischen Jugendrotkreuz (Peers)	56
6.4.5	Weitere Angebote in der Steiermark	57
6.5	Suizidprävention an Schulen.....	58
6.5.1	Warnsignale bei SchülerInnen	58
6.5.2	Arbeitsweise und Methoden	59
6.5.2.1	Angloamerikanische Suizidpräventionsprogramme	59
6.5.2.2	Suizidpräventionsprogramme im deutschsprachigen Raum	61
6.5.3	Gesundheitsfördernde Schule	63
7.	Empirischer Teil.....	67
7.1	Ziel der Arbeit und Forschungsfrage	67
7.2	Stichprobe.....	68
7.3	Erhebungsmethode	70
7.4	Auswertungsmethode	71
7.4.1	MAXQDA.....	71
7.4.1	Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring	72
7.4.2	Kategoriensystem.....	73
7.5	Ergebnisse.....	75
7.5.1	Wissen über Suizidprävention.....	76
7.5.2	Persönliche Erfahrungen und Suizidprävention Schule	77
7.5.3	Suizid im Unterricht.....	78
7.5.4	Fortbildungen für LehrerInnen.....	79
7.5.5	Wünsche und Vorschläge seitens der Lehrer	80
7.5.6	SchülerInnen aus LehrerInnensicht.....	82
7.5.7	Erklärungsansätze Suizidrate Bezirk Murau	83
7.5.8	Angebot, Nutzung und Kosten von Suizidpräventionsprogrammen.....	87
7.5.9	Bekanntmachung der Suizidpräventionsprogramme.....	92
7.5.10	Suizidprävention allgemein.....	93
7.5.11	Wünsche und Verbesserungsvorschläge Expertinnen.....	95
7.6	Zusammenfassung der Ergebnisse in Hinblick auf die Forschungsfragen	96
7.7	Fazit und Ausblick.....	97
	Literaturverzeichnis.....	99
	Abbildungsverzeichnis.....	104
	Anhang	105

1. Einleitung

Seit Jahren ist die Steiermark „trauriger“ Anführer der Liste mit den höchsten Suizidraten in Österreich. Hierbei weist unter anderem der Bezirk Murau einen stetig erhöhten Wert auf. Aus diesem Grund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit suizidpräventiven Maßnahmen für Schülerinnen und Schüler in diesem Bezirk. Ausgehend von der Annahme, dass man frühestmöglich mit Suizidprävention ansetzen sollte und die Schule dafür ein geeignetes Setting bietet, werden Suizidpräventionsprogramme im schulischen Kontext, im Bezirk Murau, genauer betrachtet.

Neben der Suche nach Erklärungsansätzen für die hohe Suizidrate, werden auch die Wünsche der LehrerInnen in den höheren Schulen miteinbezogen und den Arbeitsansätzen der ExpertInnen gegenübergestellt. Außerdem wird untersucht, ob seitens der LehrerInnen und SchülerInnen im Bezirk Murau suizidpräventive Angebote gewünscht und als sinnvoll erachtet werden.

Zu Beginn dieser Arbeit werden die theoretischen Grundlagen und Hintergründe der Suizidthematik dargelegt. Nach der Abklärung der wichtigsten Begrifflichkeiten, wird ein Blick auf die Epidemiologie in Österreich geworfen. An dieser Stelle werden vor allem die geschlechts-, methoden- und altersspezifischen Unterschiede genauer erläutert. Darauf folgen eine Auflistung und Erklärung der häufigsten Risikofaktoren und der gängigsten Suizidmodelle und Suizidtheorien. Danach widmet sich die Arbeit dem großen Bereich der Suizidprävention. Neben unterschiedlichen Suizidpräventionsprogrammen in der Steiermark wird auch die Suizidprävention an Schulen genauer diskutiert.

Anschließend werden im empirischen Teil die durchgeführte Forschungsstudie und die angewandten Methoden vorgestellt, sowie die erzielten Ergebnisse dargelegt. Der genaue Untersuchungsablauf wird durch die Darstellung des Forschungsdesigns nachvollziehbar gemacht. Schlussendlich werden die ausgewerteten Ergebnisse präsentiert und interpretiert.

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Suizidalität

Grundsätzlich werden unter Suizidalität alle Handlungen und Gedanken verstanden, welche mit der Absicht, das eigene Leben zu beenden, einhergehen. Unter den Begriff der Suizidalität fallen sowohl Suizidgedanken, Suizidabsichten und Suizidpläne, als auch Suizidversuche und Suizide (vgl. Bründel 2015, S. 15).

Suizidgedanken stellen erst dann ein höheres Risiko dar, wenn sie sich als anhaltend, intensiv und unkontrollierbar erweisen. Solche Gedanken können punktuell und fluktuierend sein, aber auch latent über einen längeren Zeitraum auftreten. Die Übergänge von beherrschbaren zu unkontrollierbaren Suizidgedanken sind fließend, wobei sich aktive Suizidgedanken als gefährlicher als passive erweisen. Aktive Suizidgedanken drängen sich eher auf, wodurch sich ein größerer Handlungsdruck entwickelt. Bei Suizidgedanken gilt es also in erster Linie auf den Inhalt und die Qualität dieser Gedanken zu achten. Hierbei muss man abwägen, ob es sich dabei um Möglichkeiten der Bewältigung, um stumme Appelle, oder um Warnsignale handelt (vgl. Sonneck/Kapusta/Tomandl/Voracek 2012, S. 164).

Unter Suizidabsichten werden Vorüberlegungen zur geplanten Handlung verstanden. Dazu zählen auch Vorankündigungen, soweit diese geäußert werden. Suizidpläne beinhalten bereits die Methoden, den Zeitpunkt und den Ort der suizidalen Handlung. Je ausdifferenzierter und umfassender diese Pläne sind, desto größer ist die Gefährdung der betroffenen Person (vgl. Bründel 2015, S. 16).

Wie im nachfolgenden Kapitel genauer beschrieben, erweist sich die Abgrenzung und die Definition der Begriffe Suizid und Suizidversuch als problematisch. Welz (1992) vertritt die Ansicht, dass es sich bei suizidalen Handlungen um eine Vielzahl an Verhaltensweisen handelt, die sich unter anderem durch eine unterschiedliche Ernsthaftigkeit der Absicht zu sterben kennzeichnet. Aufgrund der Gemeinsamkeiten der Psychodynamik fasst Scharfetter (1973) jedoch beide Begriffe unter dem Oberbegriff Suizidalität zusammen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 24).

Wolfersdorf (2011) führt tabellenförmig eine heute übliche Definition von Suizidalität vor einem klinisch-psychiatrischen Hintergrund an. Demnach ist Suizidalität „die Summe aller Denk und Verhaltensweisen von Menschen und Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben

bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 26).

Grundsätzlich ist Suizidalität bei allen Menschen möglich, tritt aber vermehrt bei psychosozialen Krisen, oder bei psychischen Erkrankungen auf. Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Zusammenspiel aus mehreren Einflussfaktoren. Hierzu zählen die Bewertung der eigenen Persönlichkeit, die Wertigkeit in und von Beziehungen, die subjektive Einschätzung der persönlichen Zukunft, sowie die der Zukunft anderer, die Möglichkeiten zur Veränderung eines unerträglichen Zustandes und das durch psychischen oder körperlichen Befindlichkeiten veränderte Erleben. Dies wird durch unbewusst verinnerlichte Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen wesentlich beeinflusst. Meist ist Suizidalität kein Ausdruck von Freiheit. Das heißt, für betroffene Personen stellt Suizidalität keine Wahlmöglichkeit dar. Vielmehr ist es ein Ausdruck von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not. Zusätzlich spielen psychische und/oder physische Befindlichkeiten bzw. deren Folgen, sowie gesellschaftliche-kulturellen oder ideologischen Rahmbedingungen eine entscheidende Rolle. Aus diesem Grund ist der Begriff „Freitod“, wie er in den Medien und in der Justiz immer noch vorkommt, für den Großteil der suizidalen Menschen falsch. Dieser Begriff würde bedeuten, alle Betroffenen können frei über sich selbst bestimmen und so über eine freie Willensbestimmung verfügen. Außerdem schließt dieser Begriff sämtliche psychischen, physischen, wirtschaftlichen und politischen Notsituationen und Einengungen aus (vgl. ebd., S. 26f).

Nicht alle Phänomene von Suizidalität können mit dieser Begriffsbestimmung abgedeckt werden. An dieser Stelle sind der Opfertod durch Märtyrer oder der Terroristensuizid als Methode der Kriegsführung zu nennen. Ebenfalls nicht in Definition enthalten sind Selbsttötungsrituale in unterschiedlichen Stämmen, sowie Selbstverbrennungen aus politischen oder religiösen Motiven (vgl. ebd., S. 27).

Beschreibung von Suizidalität

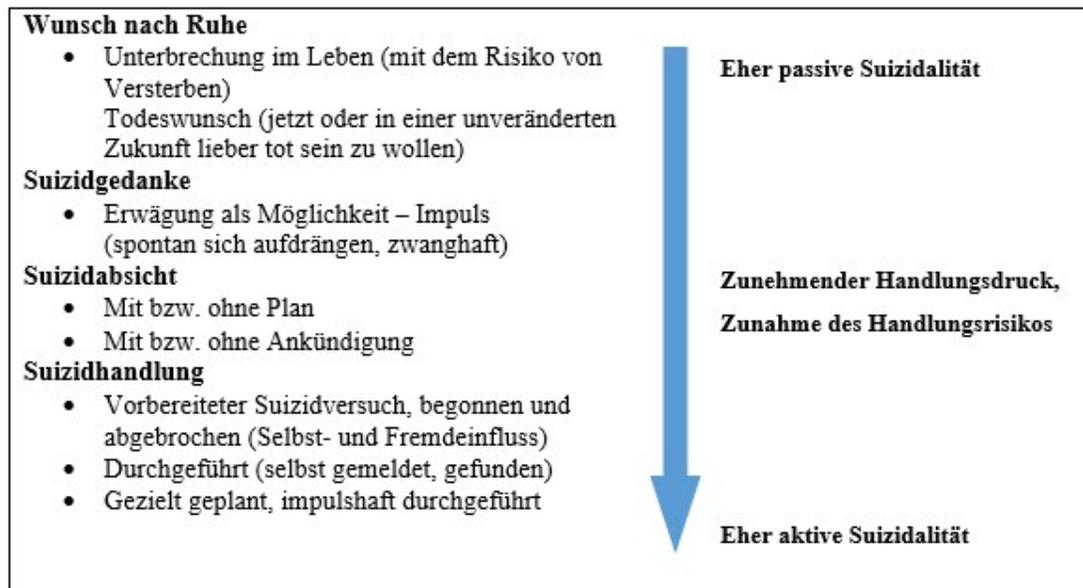


Abb.1.: Beschreibung von Suizidalität. Kontinuitätsannahme mit Handlungskonsequenzen (vgl. Wolfersdorf 2011, S. 28).

Ad Abbildung 1: Hierbei werden als *Ruhe- oder Todeswunsch* sämtliche Gedanken und Äußerungen eines Menschen verstanden, die nicht unbedingt das Ziel sterben zu wollen meinen, sondern ein zeitlich befristetes „Sichherausnehmen“ aus dem Geschehen. Solche Wünsche können jedoch mit einem bewusst eingegangenen Sterberisiko einhergehen. Beispielsweise durch die Einnahme starker Tabletten, die es einerseits ermöglichen den ganzen Tag durchzuschlafen, andererseits aber einen Atemstillstand zur Folge haben können (z.B. Benzodiazepine). Nach Wolfersdorf (2011) beinhalten *Suizidgedanken*, bereits das angestrebte Ziel des Todes sowie konkrete Todeswünsche und Ideen. Damit unterscheidet sich die Suizididee vom generellen Nachdenken über den eigenen Tod. Wie bereits zuvor beschrieben, beinhaltet die *Suizidabsicht* auch in diesem Zusammenhang konkrete Planungen und Suizidankündigungen. Unter *Suizidalen Handlungen* versteht man jegliche Versuche sich das Leben zu nehmen, auch wenn diese durch Eigen- oder Fremdeinwirkung unterbrochen werden. Wird die suizidale Handlung überlebt, spricht man von einem Suizidversuch. Eine suizidale Handlung mit tödlichen Ausgang wird als Suizid bezeichnet (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 28f).

2.2 Suizid versus Suizidversuch

Der Begriff „Suizid“ lässt sich aus dem lateinischen „sui cidium“ (Selbsttötung) bzw. „sui caedere“ (sich töten) ableiten (vgl. Bronisch 2014, S. 11). In der wissenschaftlichen Literatur hat sich die neutrale Bezeichnung Suizid bereits durchgesetzt, jedoch gibt es vor allem in der deutschen Sprache unterschiedliche Ausdrücke, mit welchen Suizid beschrieben werden soll. Dazu zählt beispielsweise der sehr wertende Begriff des Selbstmordes, welcher vor allem in der älteren Literatur häufig benutzt wird. Farberrow und Shneidman (1961) halten laut Bründel (2015) die Bezeichnung Selbstmord aus zwei Gründen für einen psychosemantischen Irrtum. Erstens will die betroffene Person in vielen Fällen nicht wirklich sterben, sondern unter anderen Umständen leben bzw. ein anderes Leben führen. Zweitens legt die Bezeichnung „Mord“ nahe, dass sich jemand aus niederen Beweggründen das Leben nimmt und nicht aus reiflicher Überlegung und anhaltender Verzweiflung (vgl. Bründel 2015, S. 14). Wie bereits erwähnt wird vor allem von der Justiz noch der Begriff des Freitodes verwendet. Auch diese Bezeichnung ist meist unpassend, da von einer freien Entscheidung für den Tod ausgegangen wird, was in vielen Fällen nicht der Wahrheit entspricht. Aufgrund der Neutralität und der Wissenschaftlichkeit wird in dieser Arbeit der Begriff Suizid zur Anwendung kommen.

Eine genaue Definition der Begriffe Suizid und Suizidversuch erweist sich als schwierig. Grundsätzlich unterscheiden sich Suizid und Suizidversuch im Ausgang der Handlung. Beim Suizid hat die suizidale Handlung den Tod der betreffenden Person zur Folge. Beim Suizidversuch überlebt diese Person, wobei die Gründe dafür stark variieren können. In der Literatur der sechziger und neunziger Jahre wurde massiv diskutiert, ob es qualitative Unterschiede in der Motivation zwischen Suizid und Suizidversuch (Parasuizid) gibt, wobei sich sehr kontroverse Meinungen gebildet haben. Einige meinen, eine unterschiedliche Motivationslage zu erkennen, die sich vor allem an der Entschlossenheit zur Beendigung des Lebens festmachen lässt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass beim Suizidversuch ein größerer Appell an die „signifikant Anderen“, wie Familie, Freunde etc. innewohnt. Diese sollen mithilfe der Suizidhandlung aktiv zum Eingreifen aufgefordert werden. Der Wunsch zu sterben steht in diesem Fall nicht im Vordergrund, sondern das Bestreben Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Zudem enthalten laut dieser Theorie Suizidversuche ein geringeres autoaggressives Potential, was sich durch die Wahl der Suizidmethode, des Ortes und der Ankündigungen zeigt (vgl. Bründel 2004, S. 45).

Andere Suizidforscher hingegen, können zwischen Suizid und Suizidversuch keine qualitativen Unterschiede festmachen. Sie beziehen sich eher auf die quantitativen Differenzen, obwohl sie

ebenfalls auf die unterschiedlich ausgeprägten Suizidabsichten und der unterschiedlichen Intensität des Todeswunsches verweisen. Dennoch halten sie Suizid und Suizidversuch für ein und dieselbe suizidale Handlung. Ihrer Ansicht nach spielt es eine entscheidende Rolle, dass mit Hilfe einer suizidalen Handlung und einer bestimmten Methode der Tod erreicht werden soll, unabhängig von der funktionalen Absicht, die der Handlung zugrunde liegt (vgl. ebd., S. 45).

Die Suizidforscher sind sich aber dahingehend einig, dass eine Bewertung beispielsweise in ernsthaft und weniger ernsthaft, nicht sinnvoll ist. Dies kann dazu führen, dass die Hilflosigkeit und die Verzweiflung, die hinter jeder Suizidhandlung stehen, übersehen werden. Oftmals ist der Ausgang einer suizidalen Handlung vom reinen Zufall bestimmt, weshalb sich die Grenzen zwischen Suizid und Suizidversuch nicht genau festmachen lassen. Die Grenzen sind fließend. Beide Handlungen beinhalten komplexe Motivationen, die fast immer unterschiedliche Intentionen verfolgt. In der Regel wird der tödliche Ausgang zwar mitgedacht, aber nicht immer gewünscht (vgl. ebd., S. 45).

2.3 Jugendalter

Da sich diese Forschungsarbeit auf die Suizidprävention an Schulen ausrichtet, ist es an dieser Stelle wichtig, die Zielgruppe der Jugendlichen genauer zu definieren. Die Befragung wird mit SchülerInnen der Oberstufe bzw. Sekundarbereich durchgeführt, daher bezieht sich die folgende Arbeit vor allem auf den Lebensabschnitt der Adoleszenz. Die Suizidprävention an Schulen soll sich natürlich in späterer Folge auch positiv auf die weiteren Entwicklungsphasen der Jugendlichen auswirken, doch im Zuge dieser Forschungsarbeit ist vor allem ein Blick auf das Jugendalter erforderlich.

Im alltäglichen Sprachgebrauch lässt sich beobachten, dass häufig auf sehr unbefangene Art und Weise über „die Jugend“ gesprochen wird. Hierbei wird der Terminus „Jugend“ als eine von Kindheit und Erwachsenenalter unscharf unterschiedene Lebensphase beschrieben, welche mit bestimmten Verhaltensmustern und Eigenschaften verknüpft ist. Dieser lebensweltlich-umgangssprachliche Jugendbegriff reicht in den meisten Fällen auch aus um ein gemeinsames Verständnis von Jugend zu erreichen. Ist es jedoch erforderlich in wissenschaftlich fundierter Weise über das Jugendalter zu sprechen, ist es notwendig von der selbstverständlichen Verwendung des Begriffs abzusehen und zu verdeutlichen, in welchem exakten Zusammenhang von Jugend gesprochen wird. Dadurch kann die Vergewisserung des Begriffs der Jugend bewerkstelligt werden. (vgl. Ecarius/Eulenbach/Fuchs/Walgenbach 2011, S. 13).

Aufgrund der fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Lebensabschnitten, erweist sich eine genaue Definition des Jugendalters als problematisch. Eingeleitet wird dieses durch biologische Faktoren (Geschlechtsreife), weshalb sich der Beginn der Jugend noch relativ eindeutig festmachen lässt. Aus biologischer Sicht kann der Eintritt der Jugendzeit mit den hormonalen, physiologischen und morphologischen Veränderungen festgelegt werden. Doch auch diese setzen nicht abrupt, sondern ebenfalls fließend ein. Daher wird der Beginn der Jugend bei Mädchen mit der ersten Menstruation, und bei Jungen mit der ersten Pollution (Samenerguss) angesetzt. Jugend aber nur biologisch zu betrachten wäre zu kurzichtig. Diese charakterisiert sich auch durch emotionale, kognitive, soziale und generationsbezogene Veränderungen (vgl. Bründel 2004, S. 18). Die körperlichen und emotionalen Veränderungen gehen mit der Entwicklung des Denkens einher (vgl. Mietzel 1995, S. 232).

Das Ende der Jugend lässt sich im Vergleich deutlich schwerer festmachen. Es stellt sich die Frage, wann das Erwachsenenalter beginnt, was je nach Definitionsansatz stark variieren kann. Beispielsweise mit dem Ende der Pubertät, der Beendigung des 18. Lebensjahres, der Eingliederung in die Berufswelt, Beendigung des 35. Lebensjahres (ab diesem Zeitpunkt darf man nicht mehr Mitglied einer Jugendorganisation sein) etc. (vgl. ebd., S. 233). Nach Hurrelmann (2004) endet die Jugendzeit zu keinem exakt definierten Zeitpunkt, sondern wenn der Übergang zu einem eigenen Erwachsenenbereich vollzogen ist, sich die Jugendlichen selbst als eine autonome und erwachsene Persönlichkeit sehen und von der Umwelt als solche wahrgenommen werden. Dies zeigt, dass die Abgrenzung zum Erwachsenenalter nicht unbedingt durch Altersmarken erfolgt, sondern anhand von Funktionsbereichen, die von den jungen Menschen übernommen werden. Dazu zählen unter anderem der Einstieg in das Berufsleben, oder die Übernahme bestimmter Rollen wie Mann/Frau, oder Vater/Mutter (vgl. Bründel 2004, S. 18). Man kann einen Menschen also dann als Erwachsenen bezeichnen, wenn er in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen und soziale Verantwortung zu übernehmen. Ein Individuum sollte demnach in allen Teilbereichen selbstständig handeln können und als ein eigenständiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt sein. Erst dann zählt das Jugendalter als beendet (vgl. Mietzel 1995, S. 233)

Im internationalen Sprachgebrauch wird der Terminus „Adoleszenz“ verwendet. Nach Bründel (2004) haben Oerter und Montada (2002) die Adoleszenz folgendermaßen eingeteilt:

- Frühe Adoleszenz: 11 – 14 Jahre
- Mittlere Adoleszenz: 15 – 17 Jahre
- Späte Adoleszenz: 18 – 21 Jahre (vgl. Bründel 2004, S. 18).

Die Lebensphase der Jugend hat sich im Vergleich zu früher, auf Kosten der Kindheit und des Erwachsenenalters erweitert. Im Jahr 1990 geschah der Übergang von der Kindheit in die Erwachsenenphase meistens abrupt und ohne wirklichen Übergang. Erst ab 1950 schob sich die Jugendphase dazwischen, welche sich bis 2000 immer mehr ausdifferenzierte und dies auch in Zukunft vermehrt machen wird (vgl. ebd., S. 18f). Dies wird zur Veranschaulichung in der folgenden Grafik dargestellt:

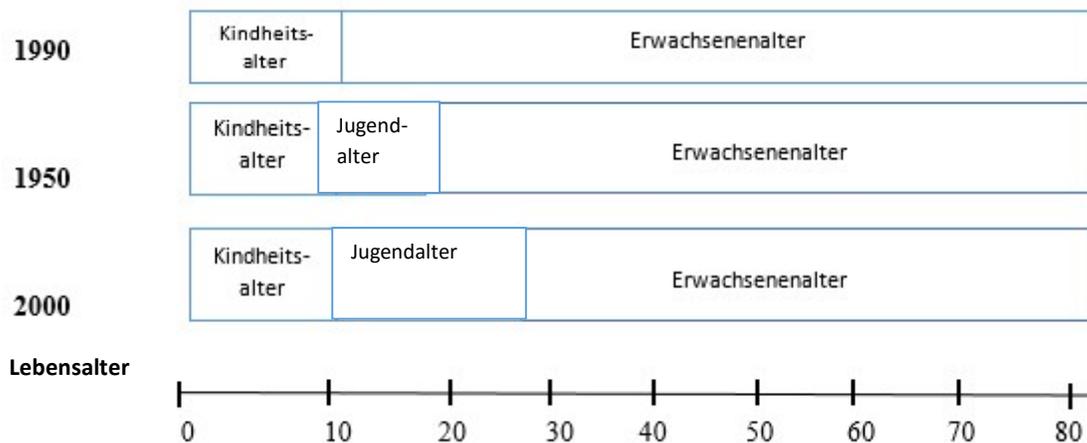


Abb. 2: Kindheits-, Jugend- und Erwachsenenalter: Historische Entwicklung (vgl. Bründel 2004, S. 19).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Jugendalter als der Übergang von einer eher abhängigen Position in der Familie und der Gesellschaft, zu einer eigenständigen und emotional, sozial und finanziell unabhängigen Stellung bezeichnet wird (vgl. ebd., S. 18). Für den Jugendbegriff in dieser Forschungsarbeit eignet sich vor allem die Einteilung von Oerter und Montada (2002), da sich die Zielgruppe der SchülerInnen genau in diesem Rahmen befindet. Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die Übergänge nicht exakt am Alter festgemacht werden können, sondern mehrere Einflussfaktoren eine Rolle spielen.

3. Epidemiologie

3.1 Suizidraten in Österreich – historische Entwicklung und internationaler Vergleich

Wenn man sich etwas näher mit dem Thema der psychischen Erkrankungen in Österreich auseinandersetzt, fallen vor allem im internationalen Vergleich, die seit Jahrzehnten bedeutend hohen Suizidraten Österreichs auf. Bereits in den frühen 1950er und 1960er Jahren wurden diesbezüglich internationale Untersuchungen der WHO durchgeführt. Hierbei wies Österreich unter zuerst elf und später 14 in den Vergleich eingeschlossenen europäischen Staaten, eine der höchsten Suizidraten auf. Diese beziehen sich auf die vollzogenen Suizide in Bezug auf die Einwohnerzahl (vgl. Watzka 2008, S. 15).

Im Beobachtungszeitraum von 1952-54 lag die österreichische Suizidrate bei 30 Suiziden pro Jahr, je 100.000 Einwohner im Alter ab 15 Jahren, die zweithöchste hinter Dänemark (32 Suizide je 100.000 Einwohner). Auch zwischen 1961 und 1963 lag die Zahl bei 28 Suiziden pro 100.000 Einwohner im Jahr. Dies bedeutete die dritthöchste Suizidrate in Europa, hinter Ungarn (34) und Finnland (29). In Deutschland lag die Suizidrate in beiden Beobachtungszeiträumen vergleichsweise bei 24 Suiziden (je 100.000 Einwohner) im Jahr. In den 1970er und den 1980er Jahren war in Europa eine tendenzielle Zunahme der Suizidhäufigkeit beobachtbar. Dies änderte jedoch nichts an der, im internationalen Vergleich der WHO, hohen Suizidrate in Österreich. Im Jahr 1986 wurde eine neuerliche Vergleichsstudie durchgeführt, in welcher Österreich wiederum die dritthöchste Suizidrate aufgewiesen hat. Vor Österreich lagen nur Ungarn und die DDR, obwohl eine Ausweitung der Studie auf 24 europäische Staaten erfolgte (vgl. ebd., S. 15).

Die erste Veränderung war ab der Mitte der 1990er Jahre erkennbar. Im Beobachtungszeitraum von 1994-1996 wurden in die Vergleichsstudie der WHO 33 Staaten miteinbezogen. Auffällig dabei ist, dass Österreich hierbei nur noch an zwölfter Stelle in der Suizidhäufigkeit lag. Diese starke Abweichung lässt sich aber fast ausschließlich auf die Aufnahme der Ost- und ostmitteleuropäischen Länder in die Statistik zurückführen. Innerhalb der west- und mitteleuropäischen Länder nimmt Österreich leider noch immer eine traurige Spitzenplatzierung ein. Es stehen einige fundamentale Publikationen zur Epidemiologie des Suizids in Österreich zur Verfügung, beispielsweise von Sonneck (1992,2002,2005), Antretter (2004), Dunkel (2004), Etzersdorfer (1992,2005), Fischer (1992), Haring (2004), Kapusta

(2005), Seibl (2004), Stein (2002) und Voracek (2002/2005). Sie gehen unter anderem auf die grundlegenden demographischen Eigenschaften der Suizidopfer ein. In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf die, im internationalen Vergleich erheblich erhöhte, Suizidrate in Österreich hingewiesen. Jedoch konnte noch keine systematische und eingehende Auseinandersetzung mit diesem Thema erbracht werden. Dies wäre am erfolgversprechendsten, wenn eine interdisziplinäre Herangehensweise ermöglicht werden kann (vgl. ebd., S. 15).

Das folgende Diagramm zeigt die Entwicklung der Suizidrate in Österreich bis zum Jahr 2011. Anhand dieser Grafik ist der Rückgang der Suizidrate in den letzten Jahren gut ersichtlich.

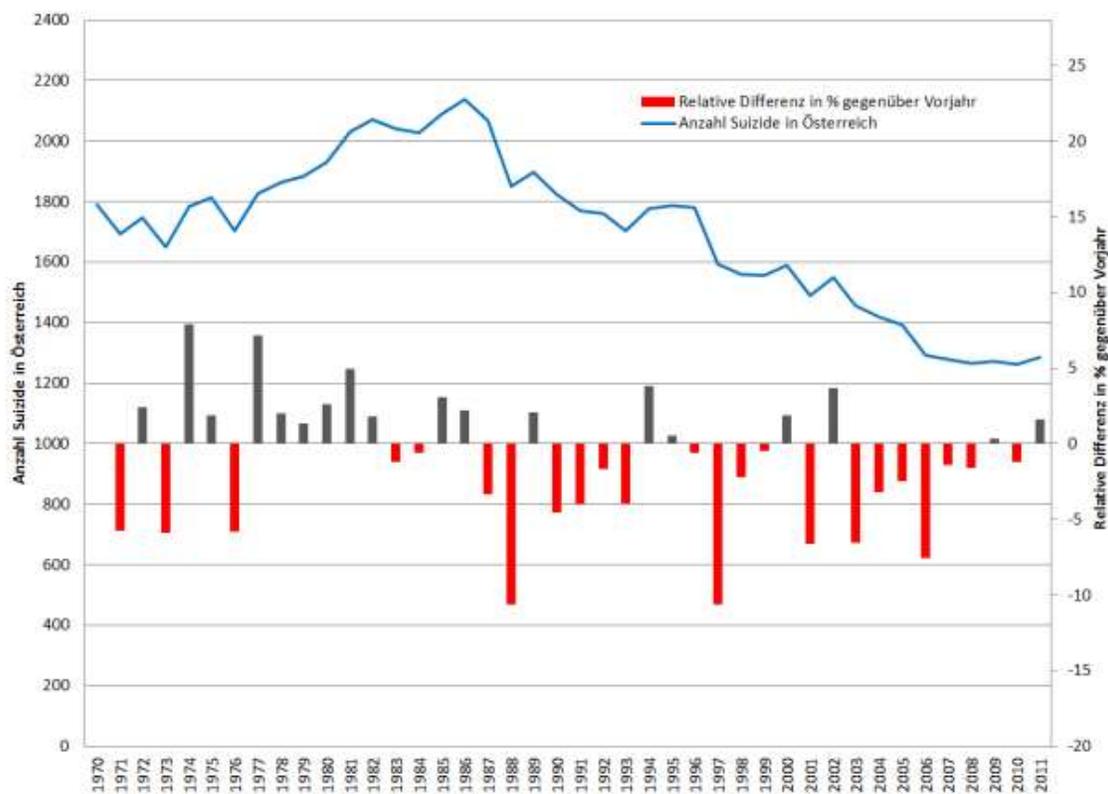


Abb. 3: Anzahl der Suizide pro Jahr (Kapusta 2011, S. 4).

Glücklicherweise konnte die Suizidrate in den letzten Jahren gesenkt werden. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass in Österreich jedes Jahr etwa 1.200 Menschen durch einen Suizid versterben. Das sind doppelt so viele Todesfälle wie im Straßenverkehr (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 8).

3.2 Suizidraten – Steiermark

Aus epidemiologischer Sicht ist die Suizidprävention in der Steiermark besonders vonnöten. Dort werden seit Jahrzehnten regelmäßig mehr Suizide durchgeführt, als im österreichischen Durchschnitt. Dies ist nicht nur sozialwissenschaftlich und epidemiologisch auffallend, sondern erscheint sowohl gesellschaftlich, als auch menschlich als bedenklich (vgl. Watzka 2015, S. 17).

Die genannten Differenzen sind beträchtlich. Die Steiermark weist, je nach Beobachtungszeitraum, ca. zehn bis 20 Prozent (1970-2004) mehr Todesfälle durch Suizid auf, als der Gesamtdurchschnitt für Österreich. In der Folgestudie für den Zeitraum 2005-2009 hat sich dieser Befund leider nicht positiv verändert – eher im Gegenteil. Es ist zwar ein Rückgang der Suizidraten zu beobachten, allerdings in einem deutlich geringeren Ausmaß, als dies in Österreich allgemein der Fall war. Aus diesem Grund betrug der Abstand zwischen der Suizidrate der Steiermark im Vergleich zur gesamtösterreichischen, im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2009, fast 30 Prozent und fällt daher sogar höher aus als zuvor. Außerdem ist bereits erkennbar, dass sich auch in der nachfolgenden Periode von 2010 bis 2014 ein ähnliches Bild zeigen wird (vgl. Watzka 2015, S. 18).

Im Jahr 2010 lag die Suizidrate der Steiermark bei 17,5 wohingegen die Rate für Gesamtösterreich bei 15,1 lag. 2011 waren es sogar 19,5 gegenüber 15,3 und 2012 waren es 19,3 für die Steiermark und 15,1 für Österreich. Dies verdeutlicht, dass die Suizidrate der Steiermark prozentual auch in den letzten Jahren immer höher lag als die Rate für Österreich (2010: 16%, 2011: 27%, 2012: 28%). Daher ist es notwendig die Suizidalität in der Steiermark auch weiterhin einem umfassenden Monitoring zu unterziehen. Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn können die Forschungsergebnisse natürlich nur relevant werden, wenn die Ergebnisse auch in die praktische Suizidpräventionsarbeit einfließen können (vgl. ebd., S. 18).

3.3 Geschlecht

Seit Beginn der staatlichen Todesursachenstatistik ist in ganz Europa zu beobachten, dass Männer deutlich stärker von Suizid betroffen sind als Frauen. Dies ist allerdings nicht überall so: in manchen außereuropäischen Ländern, u.a. China, begehen Frauen öfter Suizid als Männer. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede können je nach Region und Zeitspanne variieren (vgl. Watzka 2008, S. 33).

Betrachtet man also das Suizidverhalten in Europa unter genderspezifischen Blickpunkten, wird ein deutliches Gender-Paradox sichtbar. Geschlechterspezifische Sozialisationseinflüsse haben ein speziell weibliches oder männliches Rollenverhalten zur Folge. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Jungen und Männer eher zu einer externalisierenden Form der Konfliktbewältigung neigen als Mädchen und Frauen. Daher sind sie auch schneller dazu bereit körperliche Gewalt gegen sich selbst und gegen andere anzuwenden. Nach Bründel (2004) gehen männliche Personen unterschiedlichen Handlungsimpulsen intensiver und kompromissloser nach als weibliche, so auch in der Durchführung von Suizidhandlungen (vgl. Bründel 2004, S. 52).

Von Mädchen und Frauen werden deutlich mehr Suizidversuche begangen als von Jungen und Männern. Zusätzlich begehen sie den Suizidversuch öfter in der Nähe des Elternhauses oder der eigenen Wohnung, wodurch die Wahrscheinlichkeit rechtzeitig gefunden zu werden erhöht wird. Wohingegen Jungen und Männer eher dazu neigen, weiter abgelegene Orte für ihren Suizidversuch aufzusuchen (vgl. ebd., S. 53). Bei vollzogenen Suiziden bestand in Österreich (2005) ein Verhältnis von drei Männern zu einer Frau (vgl. Eisenwort/Till/Hinterbuchinger/Niederkrotenthaler 2014, S. 250). Dieses Verhältnis war bei Suizidversuchen genau umgekehrt: drei Frauen kommen auf einen Mann (MedUni Wien 2014, S. 3).

3.3.1 Der „weibliche Suizidversuch“

Dieser Begriff wird von Rachor (2001) eingeführt und dient zur Beschreibung der weiblichen Suizidalität. Laut Bründel (2004) bringt sie den Suizidversuch in Verbindung mit Stereotypen, mit welchen Frauen auch heutzutage noch konfrontiert sind. Der Suizidversuch wird in diesem Zusammenhang als die Zuspitzung der sozialen Situation, in welcher Mädchen und Frauen leben, interpretiert. Sie sieht darin einen kommunikativen Ansatz, welchen vor allem Frauen innehaben. Bründel führt an dieser Stelle auch Gerisch (1998, 2001) an, welche den Suizidversuch als „soziokulturell determinierte frauenspezifische Artikulationsweise“ sieht. Sie findet im Sozialisationsprozess der Frauen genau solche Faktoren wieder, welche eine suizidale Persönlichkeit begünstigen (z.B. Unsicherheit, Aggressionshemmung, instabiles Identitätsgefühl etc.). Gerisch tritt für eine soziokulturell begründete geschlechterspezifische Unterscheidung ein (vgl. Bründel 2004, S.53f).

3.3.2 Der „männliche Suizid“

Bereits der Ausdruck des „männlichen Suizids“ wirkt so, als hätte er etwas Entschlossenes, Mutiges und Endgültiges inne. Im Gegensatz zum „weiblichen Suizidversuch“ wird suizidalen Handlungen von Männern eine gewisse Ernsthaftigkeit und Entschlossenheit zugeschrieben. Leider sind in der heutigen Gesellschaft noch unzählige Stereotype vorherrschend mit welchen Männer tagtäglich in Berührung kommen (z.B. „Ein Mann braucht keine Hilfe“, „ein Mann muss stark sein“, „ein Mann macht keine halben Sachen“ etc.). Auch hier spielt im hohen Maß das gesellschaftliche Männerbild eine große Rolle. Dieses wird von Männer und Frauen immer wieder reproduziert und die einzelnen Jungen und Männer eignen sich dieses Rollenbild im Laufe der Zeit mehr oder weniger an. Wie bereits erwähnt werden Suizide durchschnittlich drei- bis viermal so häufig ausgeführt als von Frauen. Außerdem wenden sie deutlich häufiger „harte Suizidmethoden“ an, welche im nachfolgenden Kapitel genauer beschrieben werden (vgl. ebd., S. 54f).

Auch in der Reaktion der Gesellschaft lassen sich Unterschiede erkennen. „Männlichen Suiziden“ von bekannten Personen steht die Gesellschaft oft geschockt gegenüber, gleichzeitig wird aber in deren Nachrufen auch häufig über den Lebensweg der jeweiligen Person berichtet und weniger über den Suizid an sich. Betrachtet man die Ausdrucksweise in der Berichterstattung über Suizide von Männern wird deutlich, dass in vielen Fällen der Begriff „Freitod“, anstelle von Suizid oder Selbstmord, gewählt wird (vgl. ebd., S. 54).

Nun wird genauer auf die österreichischen, geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Suizid eingegangen. Die folgenden Veranschaulichungen in Form von Tabellen und Diagrammen, werden die zuvor beschriebenen Unterschiede auch für Österreich bestätigen.

Österreich	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Suizide absolut									
Männer	1068	1073	1043	997	965	962	968	968	973
Frauen	388	345	349	296	315	303	305	293	313
Gesamt	1456	1418	1392	1293	1280	1265	1273	1261	1286
Suizidraten pro 100.000*									
Männer	27,1	27,0	26,1	24,8	23,9	23,7	23,8	23,7	23,7
Frauen	9,3	8,2	8,3	7,0	7,4	7,1	7,1	6,8	7,3
Gesamt	17,9	17,4	16,9	15,7	15,4	15,2	15,3	15,0	15,3

*Berechnungen basieren auf der Jahresdurchschnittsbevölkerung.

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt 08/2012

Abb. 4: Österreichische Suizidzahlen der letzten Jahre nach Geschlecht (Kapusta 2011, S. 4).

Anhand dieser Tabelle von Kapusta ist gut ersichtlich, dass das Phänomen der geschlechterspezifischen Unterschiede auch in Österreich Gültigkeit hat. Hier zeigt sich die

deutlich höhere Anzahl an Suiziden von Männern, gegenüber denen von Frauen. Dies zieht sich durch alle Jahre hindurch. 2011 gab es in Österreich 1286 Suizide, wobei mehr als zwei Drittel von Männern begangen wurden.

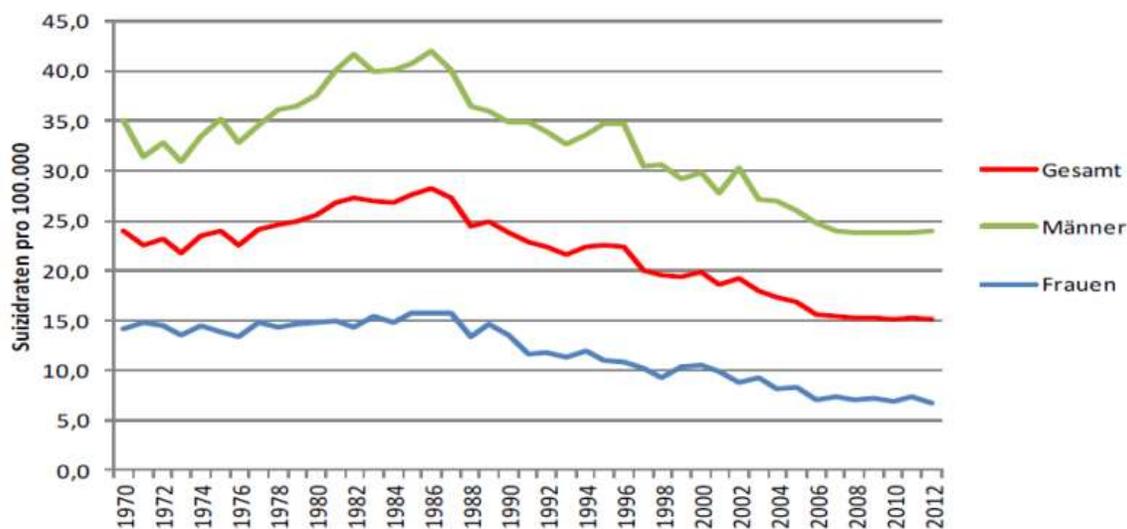


Abb. 5: Suizidraten in Österreich seit 1970 (Kapusta 2011, S. 4).

Auch dieses Diagramm veranschaulicht gut die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezogen auf den Suizid in Österreich. Leider gibt es keine wissenschaftlich fundierten Diagramme zu Suizidversuchen. Die Zahlen zu Suizidversuchen beziehen sich hauptsächlich auf Schätzungen, da ein Großteil der Suizidversuche gar nicht bekannt ist. Internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche um das Zehn- bis Dreißigfache höher ist, als die der tatsächlichen Suizide. Dementsprechend kann in Österreich von etwa 12.000 bis 38.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden (vgl. Kapusta 2013, S. 14).

Im Bezirk Murau gab es in der Periode 1995-2004 eine sehr hohe Suizidrate bei Männern, welche sich auch in der nächsten Periode fortsetzte bzw. im Zeitraum von 2005-2009 sogar zugenommen hat (ca. 49!). Bei Frauen hingegen sank die Suizidrate im Bezirk Murau für 2005-2009 von ca. 14-16 auf ungefähr acht (vgl. Watzka 2015, S. 139). Deutlich positiv absetzen konnten sich bei den männlichen Suizidraten lediglich Fürstenfeld (29) und Graz (27). Dies verdeutlicht, dass die Spannweite der geschlechtsspezifischen Suizidraten in der Steiermark merklich hoch ist. Bei den Frauen beträgt der Unterschied bis zu 13 Suiziden pro Jahr. Bei den Suizidhäufigkeiten der Männer sogar bis zu 22. In den am stärksten betroffenen Gebieten (unter anderem Murau), sind die Suizidraten der Frauen fast um das Doppelte höher als im Durchschnitt der Steiermark und auch bei den männlichen Suiziden sind die Zahlen um fast 50 Prozent erhöht (vgl. ebd., S. 142).

3.4 Methoden

Einen weiteren Aspekt, unter welchem Suizidhäufigkeit untersucht werden kann, ist der der Wahl der Suizidmethode. Dieser Faktor ist stark von den sozialen Bedingungen beeinflusst. Es gilt daher auch den Zusammenhang verschiedener soziokultureller Muster bei den Suizidmethoden zu berücksichtigen. Es stehen den meisten Personen, falls sie in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit nicht allzu stark eingeschränkt sind, prinzipiell mehrere „sichere“ Suizidmethoden zur Verfügung, wie der Sturz aus großer Höhe, Ertrinken, Erstechen etc. Dennoch ist in allen europäischen Ländern zu beobachten, dass ein hoher Anteil der Suizidhandlungen auf eine Art und Weise ausgeführt werden, die mit besonderen Vorbereitungsmaßnahmen und diversen Beschaffungen einhergehen (vgl. Watzka 2008, S. 65).

Die psychologische Hemmschwelle ist bei „abstrakteren“ Mitteln zum Suizid wie eine Medikamentenüberdosis, Gas etc. geringer, da sie nicht mit unmittelbaren und sichtbaren Verletzungen des Körpers einhergehen. Aus diesem Grund kann die Erschwerung der Zugänglichkeit zu solchen Mitteln suizidpräventive Auswirkungen haben. Neben den abstrakten Mitteln sind weniger abstrakte zwar seltener, kommen allerdings in Österreich genauso vor (z.B. Suizid durch Erschießen). Die Erschwerung des Zugangs zu den Suizidmitteln ist natürlich nicht bei allen Suizidmitteln möglich, doch ist in Österreich vor allem in der Bereich der Schusswaffen großes Präventionspotenzial vorhanden (vgl. ebd., S. 66).

Allerdings war und ist Erhängen immer noch die eindeutig am häufigsten gewählte Suizidmethode in Österreich. Dies ist auch eine Methode, welche nicht spezifisch präventiv beeinflusst werden kann. Nach Watzka (2008), haben Etzersdorfer et al. (1992) mittels eines Langzeit-Vergleichs herausgefunden, dass deren Anteil in Österreich jedoch deutlich abgenommen hat. Während es in den 1960er Jahren noch über 50 Prozent waren, konnte der Anteil der Suizide durch Erhängen bis in die 1990er Jahre auf etwa 40 Prozent gesenkt werden (vgl. ebd., S. 66).

Im Jahr 2011 wurden etwa 35 Prozent aller Frauensuizide und 50 Prozent aller Männersuizide durch Erhängen begangen. Bei den Frauen stellt nach dem Erhängen, das Vergiften die zweithäufigste Suizidmethode dar, obwohl die Suizide durch Vergiftung in den letzten zwei Dekaden zurückgegangen sind. Bei den Männern werden Suizide am zweithäufigsten durch Erschießen begangen, was einem zunehmenden Trend, bis zur Einführung eines strengeren Waffengesetzes im Jahre 1997, folgte (vgl. Kapusta 2011, S. 12).

Das folgende Diagramm von Kapusta (2011) dient zur besseren Veranschaulichung der Häufigkeiten bei der Wahl der Suizidmethode.

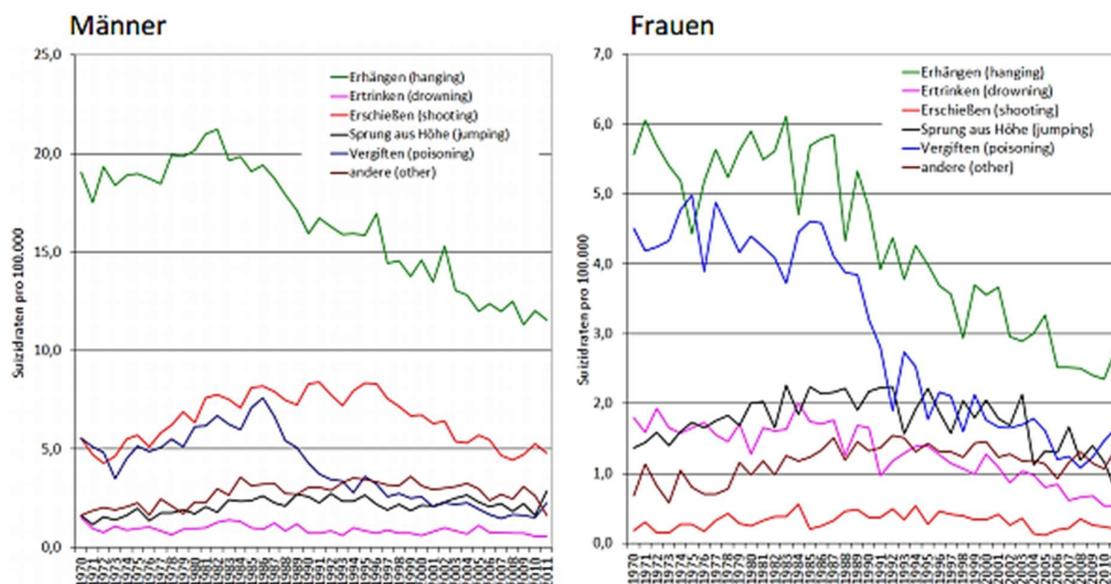


Abb. 6: Verlauf methodenspezifischer Suizidraten nach Geschlecht (Kapusta 2011, S. 12).

Aus diesem Diagramm lassen sich die wichtigsten Trends für die Suizidmethoden in Österreich herauslesen. Es ist hier deutlich erkennbar, dass das Erhängen (grün) bei weitem die häufigste Suizidmethode in Österreich darstellt und dies auch in Zukunft tun wird. Außerdem sieht man, dass Frauen erheblich öfter dazu neigen, Suizid durch Vergiftung (blau) zu begehen, was die, im vorhergegangenen Kapitel getätigten Ausführungen, zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bestätigt, nämlich dass Frauen eher zu „weicheren“ Suizidmethoden neigen. Diese Methode ist bei den Männern weniger häufig, umso mehr aber die des Erschießens, was wie bereits erwähnt, die zweithäufigste Suizidmethode bei den Männern in Österreich darstellt.

Zahlen für die Steiermark:

- 2005 bis 2009 geschah jeder zweite Suizid durch Erhängen
- Erschießen: 18 Prozent (mehr als jeder sechste Suizid)
- Sturz aus großer Höhe: 8 Prozent
- Vergiftung (vornehmlich mit Arzneimittel): 6 Prozent
- Ertrinken: 6 Prozent
- Sich-Legen vor ein Verkehrsmittel (meist Eisenbahn): 6 Prozent

- Erstechen, absichtliches Vergiften mit Gasen sowie weitere, nur in Einzelfällen auftretende Handlungsweisen (z.B. Selbstverbrennung, absichtliches Rammen eines Hindernisses mit einem PKW) (vgl. Watzka 2015, S. 248f).

Es kann daher gesagt werden, dass die Wahl der Suizidmethode in der Steiermark nur geringfügig von den Häufigkeiten für Österreich abweichen.

3.5 Alter

Neben dem Geschlecht, stellt auch das Alter eine weitere Standardvariable der allgemeinen Statistik dar. Hinsichtlich der Altersklassen gibt es deutliche Unterschiede das Suizidrisiko betreffend. Kaum ein anderes Differenzkriterium (neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden) bringt so erhebliche Unterschiede hervor, wie das des Alters. Dies beginnt mit der Tatsache, dass im jüngeren Kindesalter Suizid gar nicht vorkommt und auch bei jüngeren Pubertierenden (bis zum 14. Lebensjahr) eher eine Seltenheit darstellt. Erst in der Altersgruppe der 15 bis 19 Jährigen lassen sich Zahlen zum Suizid fassen. Diese ähneln zwar den höheren Alterskategorien, liegen jedoch noch immer bedeutend niedriger. In dieser Altersgruppe sind aber vor allem Suizidversuche (ohne tödlichem Ausgang) relativ häufig. Dieser Umstand ist auch für die verzerrte Wahrnehmung des Suizidrisikos von Jugendlichen in der Öffentlichkeit verantwortlich. Vielfach gelten „Teenager“ als besonders suizidgefährdet, obwohl Suizidhandlungen mit tödlichem Ausgang europaweit, vor allem bei Menschen im Pensionsalter, viel häufiger vorkommen (vgl. Watzka 2008, S. 34f).

Nach einem kurzen Anstieg, bis zum Jahr 1981, der Suizidraten bei jungen Menschen, konnte in Österreich, in der Entwicklung durchgehend einen deutlichen Rückgang verzeichnet werden. Jedoch ist bei den 10 bis 14 jährigen im Zeitraum zwischen 1991 und 1998 wieder ein Anstieg der Suizidraten erkennbar. Aufgrund der sehr niedrigen Suizidrate in diesem Alter (0,4 - 2,3) ist über einen längeren Zeitraum gesehen immer wieder mit relativen Schwankungen zu rechnen. Ein viel größeres Problem stellt, wie bereits erwähnt, der Suizid der älteren Menschen in Österreich dar. Sonneck et al. führten 2002 an, dass die Rate der über 85-jährigen Männer bei fast 140 Prozent über der Suizidrate der Altersgruppe der 60- bis 64 Jährigen liegt (vgl. Sonneck/Stein/Voracek 2002, S. 22).

Legt man einen gesonderten Blick auf die altersspezifischen Unterschiede beider Geschlechter wird deutlich, dass die Suizidraten für Frauen, wie bereits ausgeführt, weitaus niedriger sind als die der Männer. Es zeigt sich jedoch bezüglich des Alters, sowohl für Männern aus auch für Frauen, ein ähnliches Bild. Es kommt mit steigendem Alter zu einer kontinuierlich

zunehmenden Erhöhung der Suizidhäufigkeit bei beiden Geschlechtern (vgl. Watzka 2008, S. 36). Die Suizidraten für ältere Männer sind demnach auch eindeutig höher als die der älteren Frauen. Aus diesem Grund ist für die Planung der Suizidprävention vorrangig, Konzepte zu erarbeiten, wie ältere Menschen, vor allem Männer, von suizidpräventiven Angeboten erreicht werden können (vgl. Sonneck et al. 2002, S. 22).

In der nachfolgenden Tabelle wird die erhöhte Suizidgefährdung im zunehmenden Alter in Österreich noch einmal veranschaulicht.

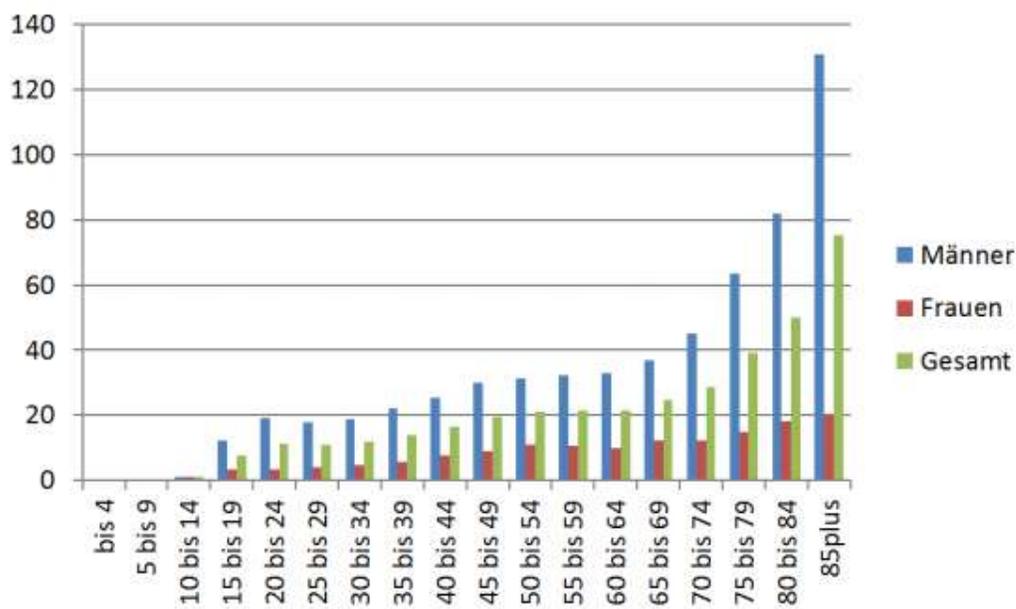


Abb. 7: Suizidraten nach Altersgruppen (Kapusta 2013, S. 7).

Anhand dieses Diagrammes wird der zuvor beschriebene Anstieg bestätigt. Obwohl die Daten aus dem Jahr 2013 stammen, haben sie auch heute noch Gültigkeit. Vor allem der große Anstieg der Suizidrate der über 85-Jährigen fällt sofort ins Auge. Außerdem lassen sich anhand dieses Diagramms auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede gut erkennen. Es ist ersichtlich, dass sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Suizidhäufigkeit mit ansteigendem Alter erhöht, wobei aber die Frauen immer deutlich hinter den Männern liegen.

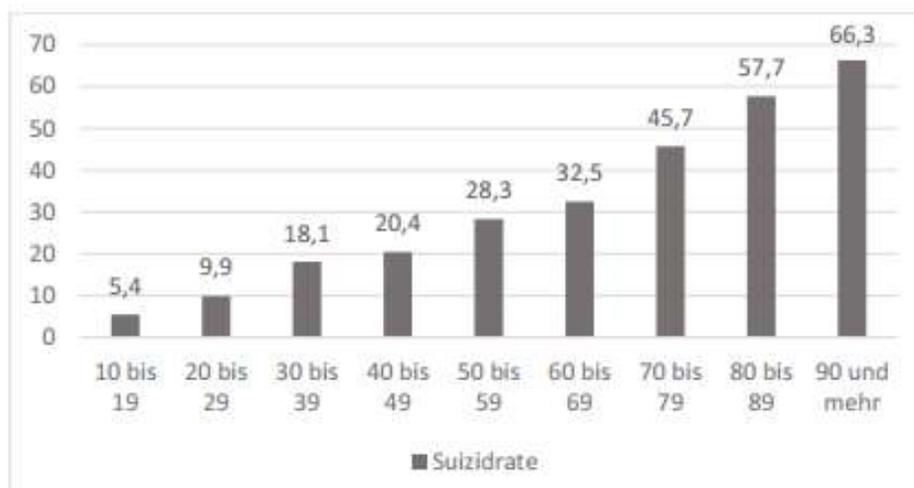


Abb. 8: Suizidraten nach Altersklassen, Steiermark 2005-2009 (Watzka 2015, S. 143).

Dieses Diagramm zeigt, dass die Situation in der Steiermark mit der für ganz Österreich vergleichbar ist, jedoch ist auch hier wieder ein Blick auf die Unterschiede der einzelnen Bezirke interessant. Um den Rahmen nicht zu sprengen, werden im Folgenden nur beispielhaft Suizidraten angeführt, welche vor allem für den Bezirk Murau interessant sind. In der Altersklasse der 30-39-Jährigen ist anzumerken, dass es in den meisten Bezirken zu keinen massiven Abweichungen zur landesweiten Suizidrate kommt. Allerdings fällt auf, dass Feldbach (47) und Murau (38), besonders in dieser Altersgruppe eine Ausnahme bilden, da auch hier erheblich erhöhte Zahlen deutlich werden. Vor allem bei den 60-69-jährigen Männern weist Murau eine ungewöhnlich hohe Suizidrate von 125 auf, gefolgt von Weiz mit 89 (vgl. Watzka 2015, S. 150f). Interessant ist auch, dass die ansonsten von hohen Suizidraten betroffenen Bezirke aus der Obersteiermark (inkl. Murau) bei Frauen im höheren Alter eine vergleichsweise niedrige Suizidhäufigkeit aufweisen (vgl. ebd., S. 155).

4. Risikofaktoren

Es stehen viele unterschiedliche Faktoren zur Auswahl, bei deren Zusammenspiel einige Menschen suizidales Verhalten entwickeln können. Auf diese Risikofaktoren wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen, um ein Bild über die Vielschichtigkeit dieser Thematik zu geben.

4.1 Familiäre Bedingungen

Die Familie stellt vor allem für Kinder und Jugendliche eine Sozialisationsinstanz dar und ist für die weitere psychische und physische Entwicklung ein bedeutender Faktor. Im familiären Kontext werden, im Idealfall, die unterschiedlichen Bedürfnisse der Kinder erfüllt wie beispielsweise Schutz, Liebe, Fürsorge, Selbstverwirklichung etc. Die ersten Lebensjahre, welche in den meisten Fällen in der Familie verbracht werden, stellen die Weichen zur Entwicklung eines Urvertrauens oder Urmisstrauens. Außerdem entscheidet sich bereits in dieser Lebensphase ob ein Mensch einen lebensbejahenden oder einen lebensverneinenden Entwicklungsweg einschlägt. Aus diesem Grund wird der Familie, bzw. den Bezugspersonen für das Aufwachsen eine große Bedeutung zugesprochen (vgl. Bründel 2004, S. 57).

Familienformen, egal wie diese aussehen, tragen nicht unbedingt zur Entwicklung von Suizidalität bei, da Suizide von Personen aus allen Familienformen begangen werden. Dennoch wurde lange angenommen, dass Menschen aus sogenannten „broken-home-Familien“, vermehrt zu suizidalen Verhalten neigen. Es gibt zu viele unterschiedliche Variablen die eine solche Entwicklung beeinflussen und lässt sich beispielsweise keinesfalls auf die Scheidung der Eltern beschränken. Am Beispiel der Scheidung lässt sich gut veranschaulichen inwiefern unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen. Die Auswirkungen der Trennung sind umso stärker, je weniger die Kinder und Jugendlichen die Trennung der Eltern nachvollziehen können. Zusätzlich hängt es davon ab, inwieweit diese im Vorfeld informiert worden sind und sie die Möglichkeit hatten, Verarbeitungsmechanismen zu entwickeln. Oftmals entsteht ein Solidaritätskonflikt und die Kinder und Jugendlichen sind aufgefordert eine Neuordnung der Beziehungen zu vollziehen. Außerdem geht die Trennung der Eltern oftmals mit dem Umzug in eine neue Umgebung einher. Zudem können sich finanzielle Probleme entwickeln, unter welchen die Kinder stark leiden. In diesem Fall spielt das Alter der Kinder und die Umstände der Trennung eine große Rolle. Grundsätzlich lässt sich sagen dass ein sogenanntes „broken-home“ alleine, keinerlei Voraussetzung für eine zukünftige suizidale Entwicklung darstellt,

sondern nur unter mehreren Faktoren betrachtet werden kann. Ungünstige Einflüsse in diesem Zusammenhang können bei manchen Kindern und Jugendlichen allerdings Hilflosigkeit und inadäquate Bewältigungsstrategien hervorrufen, welche in späterer Folge einen begünstigenden Faktor für Suizidalität darstellen (vgl. ebd., S. 58). Garnefski und Dickstra (1997) führen aus, dass die Familienkonstellation die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht unbedingt beeinflussen, sondern es ist vor allem eine dauerhafte Bindung an eine Bezugsperson für die Gesundheit ausschlaggebend (vgl. Wunderlich 2004, S. 64).

Suizide sind daher nicht von der Familienform abhängig, sehr wohl sind diese aber an bestimmte Beziehungsstrukturen und ein bestimmtes Klima innerhalb einer Familienform gebunden. Beispielsweise sieht Ringel (1986) laut Bründel (2004) einen direkten Zusammenhang zwischen einer Neigung zur Suizidalität und einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung. Die geschieht für ihn über drei Stufen: geringes Selbstwertgefühl, Selbstschädigung und Selbstvernichtung. Auch Orbach (1990) weist darauf hin, dass Familiendynamiken durch versteckte elterliche Ablehnung geprägt sind, was ebenfalls suizidales Verhalten zur Folge haben kann. Im familiären Kontext lernen junge Menschen Überlebens- und Konfliktlösungsstrategien und durch die eigenen Fähigkeiten Probleme zu lösen. Kann ein Kind im familiären Kontext kein Selbstbewusstsein aufbauen, erweist es sich auch als schwierig bis unmöglich solche Fähigkeiten zu entwickeln (vgl. Bründel 2004, S. 59f).

4.2 Psychische Erkrankungen

Depressive Erkrankungen stellen eine der häufigsten psychischen Beeinträchtigung der allgemeinen Bevölkerung dar und sind sowohl bei Erwachsenen, als auch bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet (vgl. Spies 2011, S. 178). Unter einer Depression versteht man eine krankhafte Störung der Affektivität einer Person. Dazu gehören beobachtbare und beschreibbare Symptome und depressive Verhaltensweisen (z. B. Apell, Rückzug, Negativismus, Gereiztheit etc.), sowie depressive Einstellungen von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Des Weiteren zählen Ich-Insuffizienz mit Selbstentwertung und Schuldzuweisung an die eigene Persönlichkeit zu der erkennbaren „Symptomatik“ einer Depression (depressive Bewertungsstile). Depressionen stehen in Wechselwirkung mit sogenannten depressiven Persönlichkeitszügen und entstehen unter anderem in Verbindung mit innerseelischen und/oder äußeren prädepressiven Ereignissen, die hauptsächlich die Eigenschaft von Verlust, Überforderung und Kränkung aufweisen (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 444).

Genauso wie andere psychische Erkrankungen, beeinflussen Depressionen sowohl Körper, Gefühle, als auch das Wahrnehmen und Handeln einer Person (vgl. Spies 2011, S. 178). Depressive Menschen sind die „Prototypen“ einer suizidgefährdeten Person, denn kein anderes Krankheitsbild führt in diesem Ausmaß zu einer lebensverneinenden Einstellung und zu einer Entwertung der eigenen Person, wie das der Depression. Es entstehen selbstdestruktive Tendenzen, gefolgt von Gefühlen der existenziellen Bedrohung, Hoffnungslosigkeit, und Zukunftslosigkeit. Anhand psychologischer Autopsiestudien wurde erhoben, dass 60 Prozent aller Suizide von Menschen mit affektiven Erkrankungen, speziell depressiven Störungen, verübt werden. Zudem liegt nach Studien von Guze, Robins (1970) und Miles (1977) die Lebenszeitmortalität bei affektiven Störungen bei 15 Prozent. Diese Angaben wurden jedoch von Blair-West und Mellso (1995) ausgebessert, da bei den Analysen und Studien nur ehemals stationär untergebrachte, schwer depressive Menschen miteinbezogen wurden. Sie fanden eine Suizidmortalität von 3-4 Prozent. Wolfersdorf/Etzersdorfer stellten ähnliche Zahlen auf, nämlich liegt nach ihnen die Lebenszeitsuizidmortalität für affektive Störungen bei vier bis sechs Prozent. In der folgenden Tabelle werden die Häufigkeiten von Diagnosen psychischer Erkrankungen vor dem suizidalen Ereignis bei n=100 Patienten mit Suizidversuch (nach Hall und Platt 1999) dargestellt (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 147ff).

Diagnose	Prozent von n=100
<i>Primäre depressive Erkrankung</i>	43%
<i>Anpassungsstörung mit Angst und Depression</i>	15%
<i>Angststörung</i>	10%
<i>Schizophrenie</i>	2%

Schizophrenie ist der Krankheitsgruppe der Psychosen zugehörig. Es kommt zu einschneidenden Veränderungen der Verhaltensweisen, der Motorik, der Wahrnehmung und der Gedanken (vgl. Spies 2011, S. 187). Die Verbreitung dieser psychischen Krankheit ist um einiges geringer als z. B. Angststörungen oder Substanzstörungen. So weisen nur 0,5 Prozent bis 1,0 Prozent der Bevölkerung diese Erkrankung auf, wobei von zehn Prozent der Betroffenen Suizid begangen wird (vgl. Wunderlich 2004, S. 52).

Als weiterer Risikofaktor zählt die Erkrankung an einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere dem Borderline-Syndrom. Nach Studien von Bronisch (1996, 2008) weisen Personen die von einer solchen Störung betroffen sind, ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Vor allem die Impulsivität und die affektive Instabilität der Patienten stellt bei Persönlichkeitsstörungen ein erhöhtes

Risiko dar. Die Patientengruppe der am Borderline-Syndrom erkrankten Personen stellt die Fachleute der Suizidprävention vor großen Herausforderungen, da die Erkrankung häufig mit übertriebener Heftigkeit, intensiver Impulsivität und nicht selten mit Suizidalität einhergeht. Genauso wie bei depressiv Kranken, oder psychosekranken Menschen, handelt es sich in diesem Fall um suizidales Verhalten, welches die Veränderung und Beeinflussung von inneren, sowie äußeren Welten, mit dem Risiko der Selbsterstörung bezwecken will (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 175 - 179).

4.3 Arbeitslosigkeit

Verursacht durch die Wirtschaftskrise und Sparpakete, ist die erhöhte Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung, heutzutage eines der aktuellsten Problemlagen in der Gesellschaft. Es ist nicht nur eine Auseinandersetzung mit den wirtschaftlichen, sondern auch mit den psychischen Folgen von Erwerbslosigkeit notwendig. Trotz der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe, womit zumindest die unmittelbare Bedrohung der physischen Existenz abgewendet werden kann, hat Arbeitslosigkeit vermehrt Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen. Dieser Zustand kann unter anderem die lokale Verankerung, das Konsumniveau, die Lebensqualität und die Identität von Betroffenen negativ beeinflussen. Der Arbeitsplatz stellt für Individuen nicht nur die ökonomische Basis dar, sondern ist auch die Grundlage für Selbstbewusstsein und Identitätsfindung, wodurch Personen ihren Platz in der Gesellschaft finden können (vgl. Sonneck et al. 2012, S. 243).

Die psychische Reaktion auf den Verlust des Arbeitsplatzes verläuft in mehreren Stufen ab. Anfangs leiden Betroffene unter heftigen affektiven Erregungszuständen und Gemütsschwankungen. Danach folgt die Stufe der relativen Beruhigung und es wird versucht sich an die neuen Gegebenheiten anzupassen. In dieser Phase können wieder Hoffnung und Zuversichtlichkeit bestehen. Falls die Phase der Arbeitslosigkeit, trotz allen Bemühungen wieder beruflich Fuß zu fassen, weiter andauert, dann wird Hoffnungslosigkeit zu einem unumgänglichen Faktor. Besteht keine Möglichkeit einen Ausweg aus der persönlichen Situation zu finden, führt dies erneut zu affektiven Störungen und Verzweiflung, die sich früher oder später gegen die eigene Person richten. Angst und depressive Gemütszustände können gegebenenfalls zu Suizidplanung und zu Suizidversuchen führen. Nicht nur der Arbeitsplatzverlust an sich kann psychische Folgen nach sich ziehen, sondern auch drohende Arbeitslosigkeit kann einen Einfluss auf die geistige Gesundheit von Menschen nehmen. Die Reaktion auf den Verlust des Arbeitsplatzes ist auch mit einer Trauerreaktion vergleichbar,

wobei eine arbeitslose Person oftmals zusätzlich mit Diskriminierung durch die Umwelt rechnen muss. Viele Arbeitslose entwickeln im Laufe der Zeit selbstdestruktive Tendenzen.

(vgl. ebd., S. 243ff).

„Beides – Trauerreaktion und selbstdestruktive Impulse – sind als Reaktion auf Arbeitsplatzverlust oft zu finden und können gleichzeitig zu Depressivität, Depression, suizidaler Einengung und Suizid führen“ (Sonneck et al. 2012, S. 245).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die ökonomische Situation einen großen Einfluss auf die Suizidrate hat, wobei vor allem die raschen Veränderungen im Leben eines Individuums zu suizidalen Entwicklungen führen können. Die Reaktion auf plötzliche Erwerbslosigkeit kann mit dem Verlust des Partners/der Partnerin verglichen werden, da diese ähnliche Trauerreaktionen verursacht. Langzeitarbeitslose und solche, die eine erhöhte Krisenanfälligkeit aufweisen sind besonders gefährdet (vgl. ebd., S. 247).

4.4 Internet und Medien

Das grenzenlose Angebot des Internets ist sowohl mit Vorteilen als auch mit unzähligen Nachteilen verbunden. Dadurch ist eine leichte Zugänglichkeit zu Informationen gegeben, unzählige Möglichkeiten des anonymen Austausches mit Gleichgesinnten werden ermöglicht und therapeutische Unterstützungsangebote in Form von Online-Therapien können genutzt werden. Dem gegenüber stehen Risiken wie schlechte Qualität und Transparenz der zu Verfügung gestellten Informationen. Außerdem können durch bestimmte Seiten über Suizid, bereits vorhanden Rückzugstendenzen verstärkt werden. Ob durch das Internet Suizidalität gefördert wird, oder ob es als eine Gelegenheit zur niederschweligen Diskussion, eine Möglichkeit zur psychischen Entlastung darstellt, kann pauschal nicht beantwortet werden (vgl. Pfeiffer-Gerschel/Seidscheck/Niedermeier/Hegerl 2005, S. 20).

Im Internet lassen sich unzählige Foren, Websites und Blogs finden, die suizidales Verhalten thematisieren. So nehmen sogenannte neue Medien vor allem für Jugendliche, sehr wohl aber auch für Erwachsene einen hohen Stellenwert ein. Im Web 2.0 („Mitmachnetz“) besteht für die Nutzer die Möglichkeit, Textinhalte und Bilder zu produzieren und diese online zu stellen. Glücklicherweise gibt es im Internet auch Angebote von professionellen Beratungsstellen, die Zahl der „Pro-Selbstgefährdungsangebote“ ist jedoch immens hoch und reichen von Selbstverletzung, über Essstörungen bis hin zum Suizid. Die BetreiberInnen solcher Seiten raten von Hilfsangeboten ab und beschönigen und verherrlichen suizidale Verhaltensweisen.

Bis heute gibt es keine gesetzlichen Regelungen die solche Websites verbieten. Das Klima, welches in prosuizidalen Foren erzeugt wird, regt zur Nachahmung suizidaler Verhaltensweisen an (vgl. Bründel 2015, S. 47).

„Es werden selbstschädigende Verhaltensweisen idealisiert, Diskussionen über die sicherste Methode geführt, Suizide angekündigt und Aufrufe zum gemeinsamen Suizid getätigt“ (Bründel 2015, S. 47).

Studien haben ergeben, dass Suizidforen in der Mehrheit von Personen genutzt werden, die seit vielen Jahren suizidale Gedanken hatten. 81 Prozent der Nutzer solcher Foren taten dies, um andere Betroffene in ähnlicher Lage kennenzulernen und ihre eigenen Probleme mitzuteilen. 19 Prozent der NutzerInnen hatten tatsächlich die Absicht, jemanden für einen gemeinsamen Suizid zu finden. Die NutzerInnen von Suizidforen stellen keine homogene Gruppe dar sondern lassen sich in drei unterschiedliche Nutzertypen einteilen:

- Die ambivalent Hilfesuchenden (21%)
- Die unspezifisch Motivierten (31%)
- Die konstruktiv Hilfesuchenden (48%) (vgl. ebd., S. 48).

Es lässt sich dadurch die hohe Gefahrenzuschreibung über den negativen Einfluss von Suizidforen etwas entschärfen, da es bisher keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass vor allem Jugendliche durch die Teilnahme an Suizidforen „suizidal gemacht“ werden (vgl. Bründel 2015, S. 48).

Neben den Suizidforen stellt in vielen Fällen auch die mediale Berichterstattung einen Risikofaktor dar. Die Presse nimmt nicht nur in Hinblick auf die Verbreitung von Wissen über Suizidalität eine wichtige Funktion ein, sondern kann diese gegebenenfalls sogar begünstigen. Die einseitige Berichterstattung über Suizide und Parasuizide von berühmten Persönlichkeiten kann vor allem Jugendliche zur Nachahmung solcher Handlungen anregen. Aus diesem Grund wurden bereits Presserichtlinien formuliert um solche Vorfälle zu minimieren (vgl. Becker 2004, S. 3f).

In diesem Zusammenhang darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die mediale Berichterstattung auch einen positiven Einfluss auf die Suizidprävention haben kann. Diese Präventionsarbeit durch die Medien wird als Papageno-Effekt (im Gegensatz zum Werther-Effekt) bezeichnet. Diese Bezeichnung stammt von der Figur des „Papageno“ aus Mozarts Zauberflöte. Dieser steckte in einer suizidalen Krise, konnte jedoch davon überzeugt werden, keinen Suizid zu begehen und wurde dadurch gerettet

(Niederkrotenthaler/Voracek/Herberth/Till/Strauss/Etzersdorfer/Eisenwort/Sonneck 2010, S. 234).

Niederkrotenthaler et. al (2010) untersuchten in einer Studie den Einfluss von Medienberichten, auf verhinderte oder durchgeführte Suizide. Hierbei stellten sie fest, dass suizidbezogene Berichte auch eine präventive Auswirkung auf die Suizidrate haben können. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die mediale Berichterstattung den Blick auf eine positive Krisenbewältigung richtet (vgl. ebd., S. 240f).

4.5 Verfügbarkeit der Mittel

Es wurde bereits sehr früh beobachtet, dass ein einfacher Zugang zu Suizidmitteln, sowohl auf die gewählte Suizidmethode, als auch auf die Suizidrate, einen Einfluss ausübt (vgl. Reicher/Rossmann 2008, S. 282).

Es lässt sich beispielsweise in den letzten Jahrzehnten beobachten, dass der Suizid durch Erschießen in Österreich deutlich angestiegen ist. Grund dafür ist die leichtere Verfügbarkeit von Waffen, durch die vermehrte Ausstellung von Waffenpässen. Bei Männern liegt die Zahl hierfür bei 23,5 Prozent aller Suizide. Die Verfügbarkeit von Waffen kann bekanntlich ausschlaggebend für die Benutzung als Suizidmittel sein (vgl. Etzersdorfer/Kapusta/Sonneck 2006, S. 464).

Es muss daher zu einer Reduktion des Zugangs zu Suizidmethoden geben („closing the exits“), bzw. sollte der Zugang zu diesen erschwert werden, um die Suizidprävention zu unterstützen. Dazu zählt nicht nur die Waffengesetze (vor allem in den USA) zu verschärfen, sondern auch der Zugang zu Brücken, Bahnstrecken oder Hochhäusern sollte erschwert werden. Außerdem wäre es sinnvoll, Haus- und Autogase zu entgiften (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 1330). Als erfolgreiches Beispiel kann hierfür der Rückgang der Suizidrate in England und Wales in den 60er Jahren angeführt werden. Dort konnte die Suizidrate, durch die zunehmende Entgiftung der Haushaltsgase, über einen längeren Zeitraum erheblich gesenkt werden und dies ohne kompensatorischen Anstieg (vgl. Bronisch 2014, S. 102).

4.6 Selbstschädigung, Alkohol und Drogenmissbrauch

Der chronische Alkoholismus bzw. die Drogen- und Opiatabhängigkeit sind schon immer mit dem Suizid einhergehende Risikofaktoren und autodestruktive Verhaltensweisen. Deshalb hat bereits Menninger im Jahr 1938 den Alkoholmissbrauch als chronischen Suizid bezeichnet (vgl.

Sonneck 1997, S. 203). Dies bedeutet, dass Suizidalität kein einmaliges und zeitlich begrenztes Phänomen ist, sondern sich auch chronifizieren und sich zu einer Art „Lebensstil“ entwickeln kann. Statistiken belegen, dass eine große Zahl suizidaler Menschen mehrere Suizidversuche begehen, oder nach bereits vorhergegangenen Suizidversuchen an Suizid versterben (vgl. Schnieder-Stein/Till 1997, S. 215).

Diese Verknüpfung äußert sich vor allem in der hohen Übersterblichkeitsrate, als auch in der ständig erhöhten Suizidrate dieser Personengruppe. So stellte Lesch (1985) anhand einer (Katamnesen-) Studie fest, dass in einem Beobachtungszeitraum von vier bis sechs Jahren 23 Prozent verstorben sind. Drei Prozent davon durch Suizid, 1,8 Prozent an einer Alkoholvergiftung, 13,8 Prozent an Folgeerkrankungen des Alkoholkonsums und 4,6 Prozent an anderen Erkrankungen. Es stellt sich die Frage ob auch tödliche, akute Alkoholvergiftungen zu den Suiziden gerechnet werden sollen oder nicht. Dies ist immer eine Frage der eigenen Definition von Suizid. Auch im Bereich der Opiatabhängigkeit wird dieses Problem deutlich. In diesem Fall sind nach fünf Jahren zwölf Prozent der Untersuchten verstorben. Davon verstarben acht Prozent an einer Überdosierung und ein Prozent durch eine (andere) Suizidmethode. Bei Drogenkonsum stellt auch das HIV Risiko eine erhöhte Gefahr für Betroffene dar. Eine HIV-Infektion erhöht das Suizidrisiko um das Zehnfache (Sonneck 1997, S. 203f).

Es ist auffallend, dass das Sterbealter bei beiden Personengruppen relativ niedrig ist, vor allem bei Opiatabhängigen Personen (zwischen dem 21. und 23. Lebensjahr). Ebenso fällt der hohe Anteil von depressiven Syndromen bei beiden Gruppen auf – etwa 50 Prozent davon sind betroffen. Zusätzlich geht die Abhängigkeit mit somatischen, psychischen und vor allem sozialen Veränderungen einher, was in den meisten Fällen eine Verschlechterung bedeutet und sich zusätzlich negativ auf die Situation der Betroffenen auswirkt (vgl. ebd., S. 204). In einer eigenen Untersuchung wurden 984 Personen nach einem Suizidversuch beobachtet. Es wurden 841 Nicht-Alkoholabhängige mit 143 alkoholabhängigen Personen verglichen, sowie 863 Nicht-Drogenabhängige mit 48 Drogenabhängigen. Zur besseren Veranschaulichung werden die Ergebnisse der Studie in der folgenden Tabelle dargestellt (Katamnesenzeitraum: 10 Jahre):

Personengruppe	Suizide in %
Nicht-Alkoholabhängige: 841	4,8
Alkoholabhängige: 143	12,5
Kombination von Drogen- und Alkoholabhängigkeit: 19	61,7

Anhand dieser Studie lässt sich feststellen, dass hinsichtlich der anamnestischen Suizidversuche und der Rezidive sowohl bei den Alkoholkranken, als auch bei den Drogenabhängigen eine Überkorrelation vorliegt (vgl. ebd., S. 204).

Es ist naheliegend, dass auf Basis der ausgefilterten Risikofaktoren für Suizidalität, nach Prädiktoren für Suizid und Suizidversuche gesucht wird. Diese „Vorhersager“ sind für die Suizidprävention eine große und wichtige Hilfe. Alle bereits erwähnten Risikofaktoren können sowohl allein, als auch in Kombination als Prädiktor angesehen werden (vgl. Bronisch 2014, S. 52f). Natürlich gibt es noch weitere Risikofaktoren, die Einfluss auf die Suizidalität einer Person nehmen können, welche Im Zuge dieser Arbeit aber nicht alle beschrieben werden können. Die hier angeführten Beispiele zählen jedoch mitunter zu den häufigsten Faktoren und sind vor allem auch für den Bezirk Murau relevant.

4.7 Risikogruppen

Ringel fasste 1969 die besonders suizidgefährdeten Personengruppen zusammen, welche an dieser Stelle kurz aufgezählt werden.

- Depressive
- Sonstige Psychotische (insbesondere Schizophrene)
- Verfolgte aus rassistischen, sexuellen oder politischen Gründen
- Flüchtlinge
- AlkoholikerInnen und andere Suchterkrankte
- Menschen, die eine kriminelle Handlung begangen haben
- Chronisch unheilbar Kranke
- Alte
- Personen in Ehekrisen
- Menschen in schwerem sozialen Notstand
- Menschen nach Umzug vom Land in die Stadt
- Personen, in deren Umgebung vor kurzem ein Suizid stattgefunden hat
- Personen, die unmittelbar vorher in einem Unfall verwickelt waren (vgl. Bronisch 2014, S. 52f).

Die Studie hierzu umfasste zwar eine große Zahl von 4800 PatientInnen, führte allerdings zu einem ernüchternden Ergebnis. Es gab zwar einige Merkmale die bei Personen mit einem

Suizidversuch signifikant häufiger waren, allerdings gelang es nicht mit den entsprechenden Risikofaktoren die Personen zu identifizieren. Es kam genauso vor, dass PatientInnen, welche keinen Suizidversuch begangen hatten, trotzdem einen oder mehreren dieser Risikogruppen angehörten. Es herrscht bei den Merkmalen ein niedrige Spezifität (vgl. ebd., S. 54).

Auch Wolfersdorf (2008) führt eine Liste der Personengruppen mit erhöhtem Suizidrisiko an:

Tab. 7 Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten	
1. Menschen mit psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> – Depressive (primäre Depression, depressive Zustände, reaktive Depression) – Suchtkranke (Alkoholkrankheit, illegale Drogen) – Schizophrenie (in stationärer Behandlung, Rehabilitation) – Angststörungen – Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom emotional instabilen Typus
2. Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> – Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz); suizidale Krise – Nach Suizidversuch (10% Rezidiv mit Suizid)
3. Alte Menschen	<ul style="list-style-type: none"> – Mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung – Mit psychischer und körperlicher Erkrankung (Komorbidität)
4. Junge Erwachsene, Jugendliche mit	<ul style="list-style-type: none"> – Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung) – Drogenproblemen – Familiären Problemen, Ausbildungsproblemen
5. Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen	<ul style="list-style-type: none"> – Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen – Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes – Identitätskrisen – chronische Arbeitslosigkeit – Kriminalität, Z. n. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines Anderen)
6. Menschen mit	<ul style="list-style-type: none"> – schmerzhaften, chronischen, lebeenseinschränkenden, verstümmelnden, körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit

Abb. 9: Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten (Wolfersdorf 2008, S. 1325).

Viele der hier genannten Risikogruppen stimmen mit denen von Broninsch (2014) überein. Wolfersdorf teilt die Risikogruppen allerdings noch in drei Untergruppen.

1. Psychisch kranke Menschen, insbesondere Personen die an Depressionen leiden.
2. Menschen die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben, oder Suizidalität vorweisen, da damit schon eine größere Nähe zur Konfliktlösungsstrategie des Suizids besteht.
3. Menschen in speziellen Lebenssituationen wie beispielsweise Vereinsamung im Alter, Drogenabhängigkeit, traumatische Erlebnisse, schwere körperliche Erkrankungen, Veränderungskrisen etc. (vgl. ebd., S. 1326).

5. Suizidmodelle und Suizidtheorien

Seit Beginn der wissenschaftlichen Suizidforschung gehen Experten davon aus, dass bestimmte Personengruppen eher von dem Phänomen der Suizidalität betroffen sind als andere. Abhängig von der jeweiligen Wissenschaftsdisziplin stehen körperliche, psychische oder soziale Merkmale im Vordergrund. In den letzten Jahrzehnten lässt sich allerdings eine starke Tendenz zur inter- bzw. transdisziplinären Forschung erkennen. Für diesen Ansatz hat sich im medizinischen Bereich der Begriff des biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit entwickelt (vgl. Watzka 2015, S. 33).

Es gibt heutzutage keinen umfassenden Erklärungsansatz zur Entstehung von Suizidalität, jedoch stehen zwei Modelle, die zur Beschreibung von suizidalen Verhaltensweisen herangezogen werden können, zur Verfügung. Hierbei wird angenommen, dass sich diese Modelle bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht unterscheiden. Suizidalität entsteht immer vor den psychischen, soziologischen und biologischen Ausgangsbedingungen, welche bei den Betroffenen zu einer bestimmten Entwicklung führen. Grundsätzlich wird zwischen dem Krisen- und dem Krankheitsmodell unterschieden, welche im folgenden Kapitel genauer beschrieben werden (vgl. Bründel 2004, S. 95).

5.1 Krisenmodell

Das Krisenmodell wurde als Gegenentwurf zum vorherrschenden Krankheitsmodell eingeführt und hat mittlerweile große Verbreitung gefunden. Es beschreibt einen spezifischen Zugang zur Suizidalität. Die schematische Trennung beider Modelle ist nicht vollständig möglich, da in der Praxis immer wieder Überschneidungen auftreten können (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 76). Von einer psychosozialen Krise wird gesprochen, wenn das seelische Gleichgewicht gestört ist und die betroffene Person mit Begebenheiten konfrontiert ist, für welche im Augenblick kein Lösungsansatz gefunden werden kann und der/die Betroffene sich mit der Situation alleingelassen und überfordert fühlt (vgl. Bründel 2004, S. 95).

Generell sind Krisen akute Situationen (außer bei Chronifizierungen), die zumeist über einen begrenzten Zeitraum bestehen. Sie beginnen mit einem Krisenanlass, welcher mit unterschiedlichen Persönlichkeitsvariablen in Wechselwirkung tritt (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 80). Es wird zwischen traumatischen Krisen und Veränderungskrisen unterschieden. Wie bereits die Bezeichnung erahnen lässt, hängt letztere mit lebensbedeutsamen Veränderungen zusammen, während erstere mit plötzlichen Verlusten wie Trennung, Tod, Krankheit etc. einhergehen. Jeder Mensch kann von Krisen betroffen sein,

auch diejenigen, die bis zu diesem Zeitpunkt als psychisch unauffällig galten. Krisen sind grundsätzlich lösbar. Wie und ob Krisen bewältigt werden, hängt stets von der persönlichen Ausgangssituation und der biographischen Entwicklung ab. Es besteht eine Gefährdung, wenn destruktive Konfliktlösestrategien angewendet werden, oftmals in Verbindung mit einem „depressiven Attributionsstil“ und einer Neigung zur Selbstentwertung (vgl. Bründel 2004, S. 95). Zur besseren Veranschaulichung des Krisenmodells wird dieses im Folgenden grafisch dargestellt:

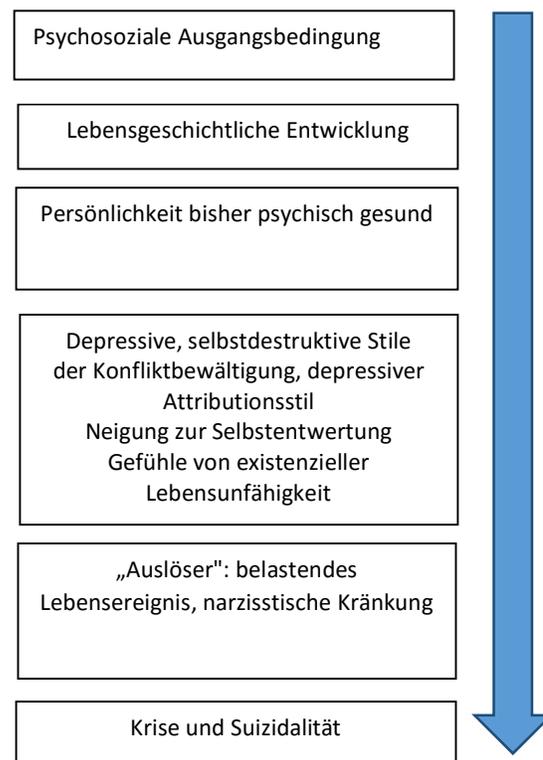


Abb. 10: Das Krisenmodell (nach Wolfersdorf 2004, S. 1027) (vgl. Bründel 2004, S. 96).

Ob eine Krise eine intensive Wandlung sowie inneres Wachstum, Heilung oder eine Katastrophe, (welche letztendlich auch zum Suizid führen kann) für die betroffene Person zur Folge hat, hängt von mehreren Faktoren ab. Diese bestehen aus Krisenanlass, dessen subjektive Bedeutung für die Betroffenen, der Krisenanfälligkeit und der Reaktion der Umwelt. Darüber hinaus spielen die Hilfsmöglichkeiten und das Maß der sozialen Integration eine ebenso große Rolle (vgl. Sonneck 1997, S. 138).

5.2 Das Krankheitsmodell

„Im Krankheitsmodell wird Suizidalität als psychopathologischer Ausdruck krankhaften psychischen Denkens, Erlebens und Verhaltens verstanden und in direktem Zusammenhang mit der Symptomatik einer psychischen Erkrankung gesehen“
(Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 94).

Bei der Entstehung von Suizidalität spielen bei diesem Modell vor allem Krankheiten, psychische Auffälligkeiten und Depressionen eine große Rolle. Das Suizidrisiko ist beispielsweise bei schizophrenen Psychosen auffallend hoch. Darunter werden unter anderem Störungen der Motorik und Ausdrucksmotorik, Angstsymptome, Wahnsymptome, Denkstörungen oder Halluzinationen verstanden. Nach Eggers (1984) liegt die Suizidhäufigkeit bei erkrankten Personen bei 25 Prozent. Außerdem setzt er die durchschnittliche Latenzzeit von Ausbruch der Psychose bis zum Suizidversuch bei ca. acht Jahren fest. Steinhausen (2002) sieht vor allem bei affektiven Psychosen eine erhöhte Suizidgefahr. Hierzu zählt er manische, depressive und bipolare Störungen. In diesem Fall steht eine schwere affektive Störung im Vordergrund, was sich durch Depressionen, aber auch durch gehobene Stimmung und Erregungszustände äußern kann (vgl. Bründel 2004, S. 100).

Nach Bründel (2004) stellten sich Bronisch, Felber und Wolfersdorf (2001) die Frage, ob Suizidalität eine eigene Krankheitsform darstellt. Um diese Frage zu beantworten, wurden sämtliche Erkenntnisse aus dem neurobiologischen Gebiet zusammengetragen. Trotz der hohen Anzahl an erhobenen Forschungsdaten aus den Feldern der Neurophysiologie, der Biochemie und der Molekulargenetik, sowie einer Vielzahl an Einzeluntersuchungen von Blut und des Lipidstoffwechsels usw., konnte keine ausreichende Antwort gefunden werden. Neurobiologische Erkenntnisse alleine können Suizidalität nicht erklären, weshalb die Frage nur offen gelassen werden konnte. Es muss dafür immer die psychosoziale Situation des einzelnen Menschen berücksichtigt werden. Wie im Krisenmodell bedarf es auch im Krankheitsmodell eines „Auslösers“, um die suizidale Handlung durchzuführen (beispielsweise den Verlust einer wichtigen Bezugsperson). Jugendliche mit psychischen Erkrankungen neigen vor allem dazu, nicht nur einen Suizidversuch zu begehen, sondern mehrere nacheinander, wobei mit jedem Versuch die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs steigt (vgl. ebd., S. 101ff).

Neben der Einteilung in das Krisen- und Krankheitsmodell gibt es eine Vielzahl an Theorien und Erklärungsansätzen, die versuchen Suizidalität aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu

beschreiben und begreiflich zu machen. Diese werden in den nächsten Unterkapiteln genauer betrachtet.

5.3 Soziologische Theorie

Die soziologische Suizidforschung macht vor allem gesellschaftliche Faktoren für Suizidalität verantwortlich. Sie untersucht die Zusammenhänge zwischen Suizidhandlungen und überindividuellen bzw. äußeren Bedingungsfaktoren, wie Lebensumstände, Alter, Geschlecht, Beruf etc. Im Mittelpunkt dieses Erklärungsansatzes finden sich nicht die Suizidhandlungen einzelner Personen, sondern es werden sämtliche Suizide einer Gesellschaft im Ganzen betrachtet (vgl. Bründel 2004, S. 106).

Laut Bronisch (2014) war Emile Durkheim (1897) der Erste, der systematisch die Todesursachen-Statistiken in verschiedenen europäischen Ländern des 19. Jahrhunderts sammelte. Er entwickelte aufgrund der unterschiedlichen Verteilung in den einzelnen Ländern soziologische Theorien zur Erklärung von Suizidalität. In seinem Buch beschreibt Durkheim (1897, o.S. zit.n. Bronisch 2014, S.65f) vier verschiedenen Arten von Suizid, die sich von der missglückten Anpassung des Individuums an die Gesellschaft ableiten lassen. Daher setzt er für Suizidalität eine gestörte Beziehung von Person und Gesellschaft voraus. Der Eingliederung und Anpassung des Individuums an die verschiedenen Gesellschaftsformen liegt zugrunde, dass die Individuation weder zu schwach, noch zu stark ausgeprägt ist. Wenn diese zu stark ist, spricht Durkheim von Egoismus, da dies einen übermäßigen Individualismus bedingt. Da die Betroffenen von der Gesellschaft abgeschnitten werden und in Isolation geraten, bezeichnet er diesen Fall als egoistischen Suizid. Wenn die Individuation allerdings zu schwach ist, ist laut Durkheim eher ein altruistischer Suizid zu erwarten. Zusätzlich setzt eine funktionierende Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft voraus, dass die sozialen Normen weder zu weit, noch zu eng oder zu unbestimmt sind. Sind die Normen zu eng, können diese fatalistische Suizide zur Folge haben. Hierzu zählen beispielsweise Opfertode von Märtyrern oder Selbstmordanschläge. Zu weite bzw. zu unbestimmte soziale Normen hingegen fördern anomische Suizide. Ohne eine klare Vorstellung über die Zwecke und Mitteln, die von einer Gesellschaft erwünscht werden, kann das Individuum leicht die Orientierung verlieren (vgl. Bronisch 2014, S. 65f).

Durkheim (1897) wollte, anhand seiner gesammelten Suizidstatistiken von einzelnen Regionen und Ländern, drei der vier Suizidtypen verifizieren. Auf den fatalistischen Suizid ist er in weiterer Folge nicht mehr genauer eingegangen. Er versuchte darzulegen, dass protestantische Länder eine erhöhte Suizidrate aufweisen da, im Gegensatz zum Katholismus, beim

Protestantismus dem Individuum mehr Eigenständigkeit zugewiesen wird: egoistische Suizide. Außerdem erklärte Durkheim den Suizidanstieg in politischen Krisen ebenfalls durch den egoistischen Suizid. Zu Zeiten des ökonomischen Wachstums, welches mit einer Auflockerung der sozialen Normen einhergeht, führte es im Sinne eines anomischen Suizides zum Anstieg der Suizidrate, welche in Kriegsjahren mit strengeren Normen wieder gesunken ist (Durkheim 1897, o.S. zit.n. Bronisch 2014, S.66).

Die Kritik an der Theorie Durkheims beruht darauf, dass eine genauso große Anzahl an Gegenbeispielen genannt werden kann. Beispielsweise sind die Suizide zwischen 1903 und 1960 in Hannover, Hessen und in Baden-Württemberg konstant geblieben, während sie in Bayern und Westfalen zugenommen haben. In London hat sich die Suizidrate in diesem Zeitraum nicht verändert, während sie in Paris jedoch erheblich zurückgegangen ist. Darüber hinaus ist zu kritisieren, dass die keinen Widerspruch duldende Einstellung Durkheims – nur soziologische Theorien würden ein empirisches Fundament besitzen – nicht haltbar ist. Soziologische Theorien können sich auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen wie Völker, Staaten, kleine Gemeinschaften (u.a. rassische, religiöse, weltanschauliche etc.), gewisse örtliche Strukturen (Städte, ländliche Areale etc.), beziehen. Die Familie muss aber beispielsweise ebenfalls als kleine soziologische Einheit miteinbezogen werden (vgl. ebd., S. 66f).

5.4 Psychoanalytische Theorie

Im Vergleich zur Soziologie hat sich die psychoanalytische Forschung erst relativ spät mit Suizidalität auseinandergesetzt und sich eher mit der psychischen Determination der betroffenen Person befasst. Forschungsgegenstand sind hauptsächlich individuelle Faktoren wie psychische Entwicklung, Persönlichkeit, Krisen, Konflikte und Motive (vgl. Bründel 2004, S. 108). Das erste wissenschaftliche Symposium über Suizid wurde 1910 in Wien abgehalten, bei welchem Alfred Adler den Vorsitz innehatte und Sigmund Freud als Diskutant beiwohnte. Hauptthemen des Symposiums der Wiener psychoanalytischen Gesellschaft waren die ansteigenden Suizidraten bei Jugendlichen und verschiedene Schulepidemien in diversen mitteleuropäischen Staaten, unter anderem auch Österreich (vgl. Bronisch 2014, S. 73). Hierbei setzten sich führende Psychoanalytiker mit der Frage auseinander, womit sich die ansteigenden Schülersuizide begründen lassen können.

Freuds (1917,1946) Gedanken zum Suizid entwickelten sich in seiner Arbeit über „Trauer und Melancholie“. Diese beziehen sich jedoch ausschließlich auf das Erwachsenenalter und können

nur in Zusammenhang mit seinem Gesamtkonzept zur Entstehung der Lipido, über die Struktur der Psyche und in Verbindung mit seiner Neurosenlehre gesehen werden. Ein depressiver und suizidaler Mensch weist laut Freud Entwicklungsstörungen, sowohl in der oralen (Urvertrauen), der analen (Macht), und der frühen genitalen (Ödipus) Phase auf. Die psychoanalytische Theorie besagt, dass der Mensch bei Enttäuschungen und Kränkungen seine unbewussten Hassgedanken, seine Rache- und Mordimpulse gegen die Person richtet, die er vorher so geliebt und die ihn jetzt enttäuscht hat. Da sich der Mensch mit dieser Person identifiziert und emotional stark an sie gebunden ist, lenkt er seine Beschuldigungen und Anklagen auf sich selbst. Auf diese Weise wandelt sich der erlittene Objektverlust auf einen Ichverlust, wodurch folglich der Mordimpuls im „Selbstmord“ realisiert wird (vgl. Bründel 2004, S. 108f).

Diese Aggressionsumkehr wird als integraler Bestandteil jeder Suizidhandlung gesehen und ist der zentrale Gedanke der Theorie Freuds (1917,1946). Nach Freud ist Suizid nicht die letzte Konsequenz einer zugrunde liegenden depressiven Dynamik, sondern vielmehr als Lösung eines Aggressionskonfliktes zu sehen. Zusätzlich reagiert das strenge Überich auf die Mordimpulse des Ichs in Form von Selbstbestrafungstendenzen, welche bei jedem Suizid mitwirken. Den Destruktions- und Todestrieb führte Freud erst in seinen späteren Arbeiten ein. Der Aggressionstrieb wird als ein Teil davon gesehen. Kommt es zu einer länger andauernden Hemmung des Aggressionstriebes, richtet sich der Trieb gegen die eigene Person. Der Aspekt des nach innen gerichteten Aggressionstriebes stellt bei Freud den Kern der Ausführungen zur Suizidalität dar (vgl. ebd., S. 109).

Neben Freud versuchte u.a. auch Menninger eine schlüssige und plausible Theorie zur Suizidalität zu formulieren. Nach Menninger besitzt jeder Mensch ein angeborenes Potenzial zur Selbstdestruktion. Seine Theorie unterscheidet sich von Freuds im Wesentlichen darin, dass er diesen Trieb bei Freud nicht als von Geburt an gegebenen beschreibt, sondern vielmehr als eine Folge einer ambivalenten Einstellung gegenüber anderen Individuen, für welche der/die Betroffene gleichzeitig Liebe, als auch Hass empfindet (vgl. Bronisch 2004, S. 75).

Eine wesentliche Erweiterung erfahren beide Theorien durch die „Narzissmustheorie“ von Kohut (1971), welche drei Jahre später von Henseler (1974) auf die Entstehung von Suizidalität angewendet und entsprechend abgewandelt wurde. Laut Henseler (1974) weisen Personen mit suizidalen Verhaltensweisen unterschiedliche, für narzisstische Problematiken typische, Charakteristika auf. Beispielsweise handelt es sich um äußerst kränkbare Menschen, welche unter starker Kritikempfindlichkeit leiden. Die Basis dafür ist ein schwach ausgebildetes Selbstwertgefühl. Der Suizid bzw. der Suizidversuch stellt in diesem Fall die letzte Rettung des

Selbstwertgefühls dar. Zusätzlich besteht bei Betroffenen (bewusst oder unbewusst) eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, was zu einem erhöhten Selbstwertgefühl führen kann. Beide Komponenten des Selbstwertgefühls (mangelnd oder erhöht) können entweder oszillieren, oder der/die Betroffene ist sich nur eines Anteils bewusst (vgl. Bronisch 2014, S. 75f).

Die narzisstische Veranlagung äußert sich auch in der unrealistischen Einschätzung anderer Menschen. Betroffene sind nicht in der Lage, die Bedürfnisse und Fähigkeiten ihres Gegenübers richtig wahrzunehmen. Es entsteht dadurch die Situation, dass auf der einen Seite ein anderer Mensch (z.B. Partner) unbedingt für das seelische Gleichgewicht benötigt wird, auf der anderen Seite kann der Partner in seinen Eigenheiten und Bedürfnissen von der/dem Betroffenen nicht wahrgenommen werden. Dies führt unweigerlich zu Kränkungen, Verletzungen und schussendlich zur Trennung. Um den Bruch der Beziehung zu verhindern, richten Betroffene die, durch Kränkungen hervorgerufenen Aggressionen gegen sich selbst, bis als letzte Konsequenz ein Suizid oder Suizidversuch begangen wird. Typisch ist auch die wirklichkeitsfremde Einstellung zum Tod. Das Sterben wird von Betroffenen verleugnet, da sie sich in ihren Phantasien auch nach dem Tod (körperlich) lebendig erleben (vgl. ebd., S. 76f).

5.5 Psychodynamische Theorien

Bei der psychodynamischen Theorie rückt vor allem der Weg in die Suizidalität in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, den Begriff des „präsuizidalen Syndroms“ zu nennen und zu beschreiben, da dieser einen festen Bestandteil der Suizidliteratur darstellt. Geprägt wurde der Begriff durch Ringel (1953), welcher ihn ursprünglich ausschließlich auf Erwachsene bezogen und später auf Jugendliche übertragen hat. In den darauffolgenden Jahren haben andere Suizidforscher den Begriff aufgegriffen und bestätigt (vgl. Bründel 2004, S. 109). In der folgenden Grafik wird das präsuizidale Syndrom veranschaulicht und im Nachhinein genauer erläutert.

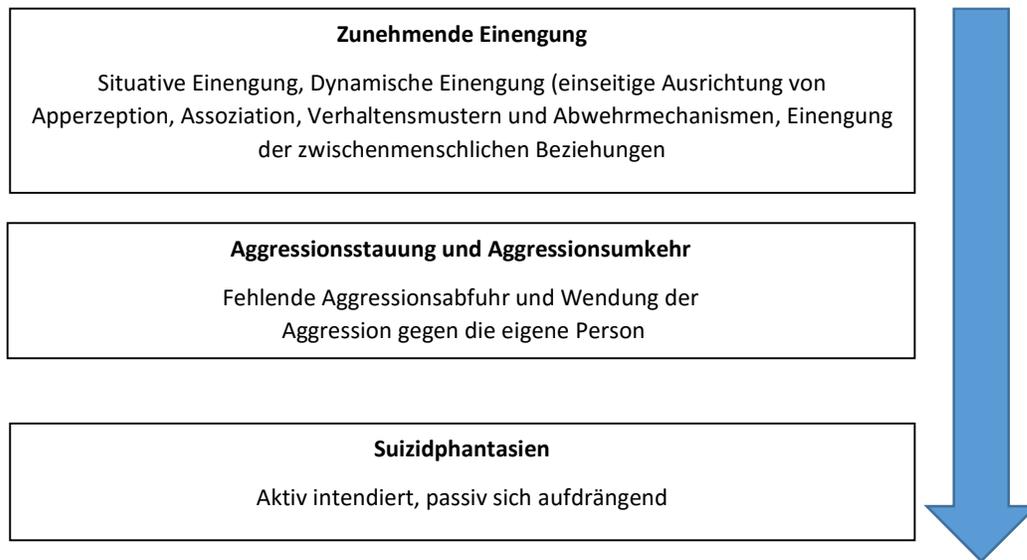


Abb. 11: Das präsuizidale Syndrom nach Ringel 1953 (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 70).

Ringel (1955) benannte drei Symptome, welche die psychische Verfassung von Menschen beschreiben, die mit den Gedanken spielen, Suizid bzw. einen Suizidversuch zu begehen. Fügt man die psychosomatischen Störungen hinzu, gelten diese auch für Kinder und Jugendliche. Zu den Symptomen zählen Einengung, Aggression und Selbstmordphantasien (vgl. Bründel 2004, S. 110).

Einengung ist in diesem Zusammenhang als Oberbegriff zu sehen, der die Entwicklung in verschiedener Hinsicht treffend umfasst. Es ist damit gemeint, dass innere und äußere Verhaltens- sowie Erlebnismöglichkeiten und Ressourcen verloren gehen bzw. begrenzt werden. Dies kann einerseits passiv erlitten werden, beispielsweise durch depressive Hoffnungslosigkeit oder psychotischer Weltveränderung, andererseits kann dieser Zustand auch durch aktiven Rückzug aus der Welt, Beziehungen und Interessen, in Form von Selbstisolation, hervorgerufen werden. Einengung kann in der suizidalen Entwicklung in Anbetracht der persönlichen Wert der Mitmenschen genauso vorkommen, wie im emotionalen Erleben. Dies verengt sich immer mehr auf pessimistische und negative Sichtweisen. Neben der interaktionellen Einengung, hinsichtlich der verfügbaren Hilfsmöglichkeiten, kann es sich auch um innerpsychische Einengung handeln (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorf 2011, S. 70).

Um Ringels (1955) Einengungsbegriff greifbarer zu machen, wird dieser nun am Beispiel eines präsuizidalen Jugendlichen veranschaulicht. Diese fühlen sich laut Ringel eingengt und bedroht und scheinen von den an ihnen gestellten Anforderungen erdrückt zu werden.

Präsuizidale Jugendliche nehmen nur noch Ge- und Verbote wahr und sehen ihre Gegenwart und Zukunft als dunkel und düster. Auch die erlebte Kindheit erscheint für betroffene Jugendliche als leer und freudlos und die Grundstimmung ist eher traurig, depressiv und anklagend. Geknüpfte Freundschaften werden meist abgebrochen und es folgt ein immer weiterer Rückzug. Auf der einen Seite fühlen sich präsuizidale Jugendliche einsam und alleingelassen, auf der anderen Seite sind sie geradezu auf der Suche nach dieser Einsamkeit. Sie haben nicht nur das Vertrauen in andere, sondern auch in sich selbst verloren, bedingt durch die Entwertung und Verachtung der eigenen Person. Frühere Hobbys und Tätigkeiten bereiten keine Freude mehr und so befinden sie sich in einem Prozess der fortschreitenden Isolation (vgl. Bründel 2004, S. 111).

Ringel (1953) nimmt bei der Beschreibung des präsuizidalen Syndroms auch Bezug auf Freud, welcher in suizidalen Verhalten ebenfalls einen aggressiven Charakter sieht. Nach Ringel wird die Aggression deskriptiv gegen die eigene Person gerichtet, wobei auch gegenüber anderen Menschen ein Aggressionshemmung zu beobachten ist. Jedoch hat sich dieser Aspekt des präsuizidalen Syndroms bei der klinischen Einschätzung von Suizidalität weniger bewährt als der der Einengung. Suizidgedanken stellen den dritten Aspekt des präsuizidalen Syndroms dar, welchen große Bedeutsamkeit zukommt. Diese werden in aktive und passive Suizidphantasien unterteilt. Unter aktiven Suizidphantasien versteht man Gedanken, die aktiv intendiert, herangezogen und auch wieder fallen gelassen werden können. Diese Form stellt zumindest im Moment eine geringe Gefahr für die Betroffenen dar, anders als passive Suizidphantasien. Diese drängen sich eher auf, sind kaum kontrollierbar und können über das gesamte Denken und Fühlen Besitz ergreifen. In diesem Fall besteht akute Suizidgefahr (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorf 2011, S. 72).

5.6 Lerntheorie

Die Lerntheorie basiert auf der Annahme, dass sämtliche Verhaltensweisen, eingeschlossen aller neurotischen, psychotischen und suizidalen, auf unterschiedliche Lernprozesse zurückzuführen sind. Hierbei wird die psychosoziale Entwicklung eines Kindes mit der Lernerfahrung gleichgestellt, was bedeutet, dass diese durch die Verarbeitung der Einwirkungen, aus der sozialen und physikalischen Umwelt, entsteht. Durch die wechselseitige Beziehung zu anderen Individuen werden verschiedenste Verhaltensweisen und Handlungskompetenzen angeeignet. Unter Lernen versteht man die Reaktion auf diverse Reize,

Vorgaben, Begrenzungen und Anregungen, wobei Lob, Tadel und Konsequenzen eine entscheidende Rolle einnehmen. Bandura entwickelte 1979 eine Lerntheorie, in welcher Modellpersonen, im Prozess des Erlernens neuer Verhaltensweisen, eine große Bedeutung zukommt. Wenn eine positive Beziehung zwischen der Modellperson und dem Kind zustande kommt, sich das Kind mit ihr identifizieren kann und die Modellpersonen mit ihrem Verhalten Erfolg haben, werden sie zum Vorbild für die Kinder. Verhaltensmuster können durch Nachahmung, bewusst oder unbewusst, erlernt werden. Dies gilt nicht nur für positiv behaftetes und gesellschaftlich anerkanntes Verhalten, sondern auch für negatives, und selbstschädigende Verhaltensweisen (vgl. Bründel 2004, S. 118).

Vor allem für Jugendliche besteht beispielsweise durch Suizide bekannter Musiker und Schauspieler ein erhöhtes Nachahmungsrisiko, vor allem wenn der Suizidhergang in den Medien genau beschrieben wird. Die Lerntheorie besagt, dass Lernen nicht nur am eigenen Erfolg/Misserfolg im Rahmen des Möglichen ist, sondern genauso durch Erfolg/Misserfolg selbstschädigender Verhaltensweisen Anderer geschehen kann. Schmittdchen (1989) vertritt die Meinung, dass Menschen nicht mit einem Drang zur Selbstschädigung geboren werden, sondern dieses Verhalten auf eine spezielle Weise anezogen wird. Unterschiedliche Faktoren treten in diesem Zusammenhang in den Vordergrund. So zählen beispielsweise der Kommunikationsstil im Elternhaus, der elterliche Erziehungsstil und der erlebte Erfolg bzw. Misserfolg eines Kindes zu den entscheidenden Einflüssen. Suizidales Verhalten wird in der Lerntheorie als eine erlernte Konfliktstrategie angesehen. Von vielen Autoren wird Suizid bzw. ein Suizidversuch als misslungene Kommunikation und als fehlgeschlagenes Bewältigungsverhalten beschrieben (vgl. ebd., S. 119).

Seligman (1975,1999) bezeichnet suizidales Verhalten als „erlernte Hilflosigkeit“. Unter Hilflosigkeit wird jener psychologische Zustand verstanden, in dem die Geschehnisse für die Betroffenen als unkontrollierbar erscheinen. Hierbei rückt vor allem der Prozess hin zur Hilflosigkeit in den Mittelpunkt. Der erste Faktor im Weg zur Hilflosigkeit ist die subjektive Wahrnehmung unterschiedlicher Einflüsse wie Kontrolle und Vorhersehbarkeit der Einflüsse, gefolgt von der Erwartung, dass zukünftige Ereignisse nicht kontrollierbar sind. Der dritte Faktor setzt sich aus Unsicherheit und Hilflosigkeit zusammen. Diese beruhen auf emotionalen, motivationalen und kognitiven Defiziten (vgl. ebd., S. 19).

„Der Kernpunkt ist, dass Individuen, die ständig erfahren, dass Ereignisse unabhängig von ihrem eigenen Verhalten eintreten und sie diese nicht kontrollieren, d. h. nicht durch

Handlungen beeinflussen können, Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit entwickeln, die denen der Depression sehr ähnlich sind“ (Bründel 2004, S. 119).

Es stellt sich lerntheoretisch als problematisch heraus, dass suizidales Verhalten, kurzfristig gesehen, ein nahezu hundertprozentig effektives Verhalten darstellt, da sich dadurch fast immer eine vorübergehende erhöhte Zuwendung ergibt, und eine sofortige Konfliktbeendigung nach sich zieht (vgl. ebd., S. 120).

5.7 Stresstheorie

Es stehen unterschiedliche Begriffe bezüglich Stress zur Verfügung, welche weitgehend synonym verwendet werden, wie beispielsweise Belastung und Stress oder Belastungsfaktoren und Stressoren. Houston (1987) differenziert zwischen physiologischen und psychologischen Stress, welchen er mit negativen Gefühlen gleichsetzt. Daher wird eine Situation als stressig erlebt, wenn diese negative Gefühle hervorruft. Dies bedeutet, dass es im Stressempfinden subjektive Unterschiede gibt, da eine Person selbst entscheiden kann, ob eine Situation Stress auslöst und belastend wirkt. Hierbei entwickelt sich eine Beziehung zwischen der subjektiven Wahrnehmung einer Bedrohung von äußeren Geschehnissen und der persönlichen Beurteilung der eigenen Kompetenzen. Dieser Forschungsansatz löst die rein stimulus- und reaktionsbezogene Stressdefinition zugunsten der relationalen ab (vgl. Bründel 2004, S. 121).

Beim relationalen Ansatz werden sowohl Person, als auch Situation berücksichtigt. Die zentralen Punkte dieser Ansichtweise sind die „personenspezifischen Handlungsmöglichkeiten und situationsspezifischen Anforderungen“ (Jerusalem 1990, S. 376 zit. n. Bründel 2004, S. 121). Demnach wird Stress dann hervorgerufen, wenn die Person-Umwelt-Balance gestört ist. Stress ist das „Ergebnis komplexer, subjektiver Einschätzungsprozesse bezüglich der eigenen Ziele, Handlungsalternativen und Situationsbedingungen (Jerusalem 1990, S. 4 zit. n. Bründel 2004, S. 121). Relationale Reize sind beispielsweise kritische Lebensereignisse, „daily hassles“ und Krisen, welche im nächsten Absatz kurz beschrieben sind. Ob ein Ereignis von einer Person als einer dieser Reize erlebt, und dieses als Belastung angesehen wird, hängt von der individuellen Einschätzung ab. In diesem Zusammenhang spielen auch vergangene Erfahrungen und zukünftige Erwartungen eine Rolle (vgl. Bründel 2004, S. 121).

Kritische Lebensereignisse stellen meistens punktuelle Belastungen dar und kennzeichnen sich hauptsächlich durch deren Veränderungs- und Anpassungsmerkmale, z.B. Tod, Trennung, Umzug etc. Neben den kritischen Lebensereignissen wird auch sogenannten „daily hassles“

eine große belastungsauslösende Wirkung zugesprochen. Darunter versteht man die scheinbar kleinen, immer wiederkehrenden und alltäglichen Ärgernisse, Kränkungen und Niederlagen, Streitigkeiten, Auseinandersetzungen etc. Auch hierbei sind weniger objektive Auslöser, als vielmehr subjektive Einschätzungen gemeint. Krisen werden ebenfalls als relationaler Reiz bezeichnet. Sie nehmen ihren Ausgangspunkt von situativen Geschehnissen, erfassen den ganzen Menschen und beeinflussen erheblich das emotionale Befinden einer Person. Den verschiedenen Belastungsbegriffen ist gemein, dass ein Ungleichgewicht zwischen der subjektiven Relevanz des auslösenden Ereignisses und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsfähigkeiten besteht (vgl. ebd., S. 122f).

5.8 Kognitiv-utilitaristische Theorie

Bei dieser Theorie werden viele Elemente der zuvor beschriebenen Theorien zusammengefügt. Zusätzlich wird hier aber die Kosten-Nutzen-Abwägung von suizidalen Menschen in den Mittelpunkt gerückt. Wenn eine Person eine suizidale Handlung in Erwägung zieht, dann ist dies nach Pöhls (1987), in diesem Moment für die/den Betroffene/n die einzig richtige und angemessenste Entscheidung. Falls keine bessere Alternative gefunden werden kann, wird die Suizidhandlung ausgeführt werden. Pöhls teilt die Suizidhandlung in sogenannte Suizidhandlungskorrelate auf und trennt sie in Antezedentien, Simultanzen und Konsequenzen. Unter Antezedentien versteht man Überlegungen, beispielsweise über Suizidmethode, und Beschaffung der benötigten Mittel. Mit Simultanzen ist das Abwägen der eventuellen Schmerzen während der Suizidhandlung gemeint. Konsequenz ist der mögliche tödliche, oder auch nicht tödliche Ausgang der suizidalen Handlung. Außerdem werden hierbei die möglichen Auswirkungen auf das soziale Umfeld mitgedacht. Je nachdem wie diese drei Teile der Suizidhandlung von einer Person antizipiert werden, wird eine solche ausgeführt oder nicht (vgl. Bründel 2004, S. 127).

Neben der genauen Zerlegung der Suizidhandlung sind auch die Fokussierung auf Korrelate des Weiterlebens und die abgeleiteten Maßnahmen zur Verhinderung suizidalen Verhaltens, bei dieser Theorie interessant. Vor allem Methoden zur Veränderung der Wahrnehmung von suizidalen und nichtsuizidalen Handlungsalternativen, sowie die Modifikation des Nettonutzens von Suizid- und Weiterlebensabsichten (vgl. ebd., S. 128).

Da hier bereits darauf hingewiesen wird, dass Maßnahmen zur Verhinderung von Suizidalität zur Verfügung stehen, ist es an dieser Stelle nötig diese auch genauer zu beschreiben, was einen Hauptbestandteil dieser Arbeit ausmacht. Im folgenden Kapitel wird nun auf den Begriff und

die Methoden der Suizidprävention eingegangen. Außerdem werden unterschiedliche Einrichtungen zur Suizidprävention in der Steiermark vorgestellt und im Anschluss speziell die Arbeitsweisen der Suizidprävention an Schulen erklärt.

6. Suizidprävention

In diesem Kapitel wird speziell auf die Suizidprävention eingegangen. Nach der Begriffsdefinition folgt ein Blick auf die Situation in Österreich und es wird auf die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Methoden eingegangen. Darauf werden diverse suizidpräventive Angebote in der Steiermark vorgestellt und die Suizidprävention an Schulen genauer betrachtet.

6.1 Begriffserklärung: Suizidprävention

Es gibt unterschiedliche Einteilungen, in welche der Präventionsbegriff gegliedert werden kann. Die gängigste Einteilungsform ist die der zeitlichen Abfolge nach Caplan (1964). Hierbei wird zwischen Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention unterschieden. Unter primärpräventiven Maßnahmen versteht man solche, die den Beginn einer Erkrankung vermeiden sollen. Sekundärprävention schließt Handlungsweisen mit ein, welche die Dauer einer Krankheit verkürzen und vermindern soll, wohingegen Tertiärprävention die Auswirkungen einer Krankheit vermindern soll (vgl. Zima 2014, S. 7).

Mit primärer Suizidprävention ist die Vorsorge bzw. die Verhütung eines erstmaligen Suizidversuchs und von Suiziden gemeint. Hierbei unterscheidet Bronisch (2014) zwischen strukturellen und kommunikativen Maßnahmen. Bei den strukturellen geht es im weiteren Sinne um Handlungsformen, mit welchen Suizidendenzen verringert oder gänzlich verhindert werden sollen. Eine bessere Versorgung im psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich hat in diesem Punkt einen hohen Stellenwert. Das gesetzliche Verbot des Suizids hat erfahrungsgemäß keine positiven Auswirkungen auf Suizidraten, wobei erwähnt werden muss, dass durch gesetzliche Veränderungen sehr wohl eine Senkung der Suizidrate erzielt werden kann. Beispielsweise ist in den 80er Jahren in den USA eine sinkende Suizidrate beobachtet worden, da man die Gesetze, bezogen auf den Gebrauch von Handfeuerwaffen, verschärft hatte (siehe Kapitel 3.4). Eine wirksame Art in der primären Suizidprävention, um Suizidraten zu senken, könnte also die Erschwernis des Zugangs zu Utensilien, die für

Suizidversuche verwendet werden, sein (auch Tertiärprävention). Unter kommunikativen Maßnahmen versteht Bronisch (2014) die erhöhte und zielorientierte Aufklärung der Bevölkerung und der Fachleute, um auf diese Weise eine Barriere gegen suizidale Tendenzen aufzubauen. In diesem Kontext stellt die verzerrte Berichterstattung von Massenmedien ein großes Problem dar (vgl. ebd., S. 7f).

Die suizidale Sekundärprävention zielt darauf ab, Suizide und Suizidversuche bei Menschen zu vermeiden, die bereits suizidale Verhaltensformen aufwiesen oder schon die Intention hatten, sich das Leben zu nehmen. Sekundärprävention kann im suizidalen Kontext auch als „Früherkennung von Suizidalität“ bezeichnet werden. Telefondienste, Krisen- und Beratungszentren, öffentliche und private Institutionen sind Beispiele von Einrichtungen, die in den Bereich der Sekundärprävention fallen (vgl. ebd., S. 10).

Mit Hilfe der Tertiärprävention sollen ungünstige Verläufe und Folgeschäden vermieden werden. Im Bereich der Suizidprävention ist damit die Nachbetreuung im Anschluss an Suizidversuche gemeint. Zusätzlich ist die Verhütung von ungünstigen Spätfolgen ein breiter Bestandteil in der suizidalen Tertiärprävention. Dieser Teil der Prävention ist bereits eng mit Krisenintervention und Therapie verknüpft (vgl. Zima 2014, S. 11).

Zusätzlich kann man im Feld der Suizidalität die Prävention in universelle-, selektive und indizierte Prävention, sowie Postvention einteilen. Unter universeller Prävention versteht man allgemeine Maßnahmen zur Verminderung und der Ausschaltung von Suizidendenzen, welche von der Gesellschaft und deren Trägern begünstigt werden. Die Verbesserung der psychologisch-psychiatrischen Versorgung steht hier an erster Stelle. Hierbei gelten fast dieselben Faktoren wie bei der Primärprävention. Auch an dieser Stelle wird die Verbesserung der Aufklärung von Gesellschaft, und der Ausbildung von Fachleuten hervorgehoben. Es wird in diesem Zusammenhang erwähnt, dass die strafrechtliche Verfolgung von Suizidversuchen keinerlei Einfluss auf die Suizidrate einer Gegend nimmt, im Gegensatz zur Eindämmung des Zugangs zu Suizidmethoden und Mitteln („closing the exits“). Die Änderung der Grundeinstellungen, die sich vor allem in Mitteleuropa vollzogen haben, kann jedoch sehr wohl suizidpräventiven Charakter einnehmen. So hat sich z.B. die Einstellung zur unehelichen Schwangerschaft, Ablehnung von Fremdenhass, oder zum Leistungsversagen erheblich verändert (vgl. Bronisch 2014, S. 101ff).

Selektive Prävention lässt sich laut Bronisch (2014) in Laienorganisationen, und in gemischt professionelle und Laienorganisationen trennen. Dazu zählen unter anderem Telefondienste, Samaritans und Suizid-Präventions-Zentren. Es wendet sich allerdings nur ein kleiner Kreis an

Betroffenen dezidiert wegen Suizidgedanken an die Telefonseelsorge. Von indizierter Prävention wird heute bei institutionalisierten Kriseninterventionszentren gesprochen (z.B. 1948: Lebensmüdenfürsorge). Es wird oftmals unterschätzt, welchen Einfluss Suizide auf die Mitmenschen und die Familie nehmen. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Suiziden mindestens sechs weitere Personen betroffen sind. Dies kann gegebenenfalls zur eigenen Suizidgefährdung, oder zum Vorbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung, führen. An dieser Stelle tritt die Postvention in den Vordergrund. In der Postvention haben die Fachkräfte unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen. Dazu zählen Hilfe für Familien z.B. im Arrangement der Beerdigung, Aufklärung der Angehörigen, Akzeptanz der Ängste und individuellen Formen der Trauerbewältigung etc. (vgl. ebd., S. 104-108).

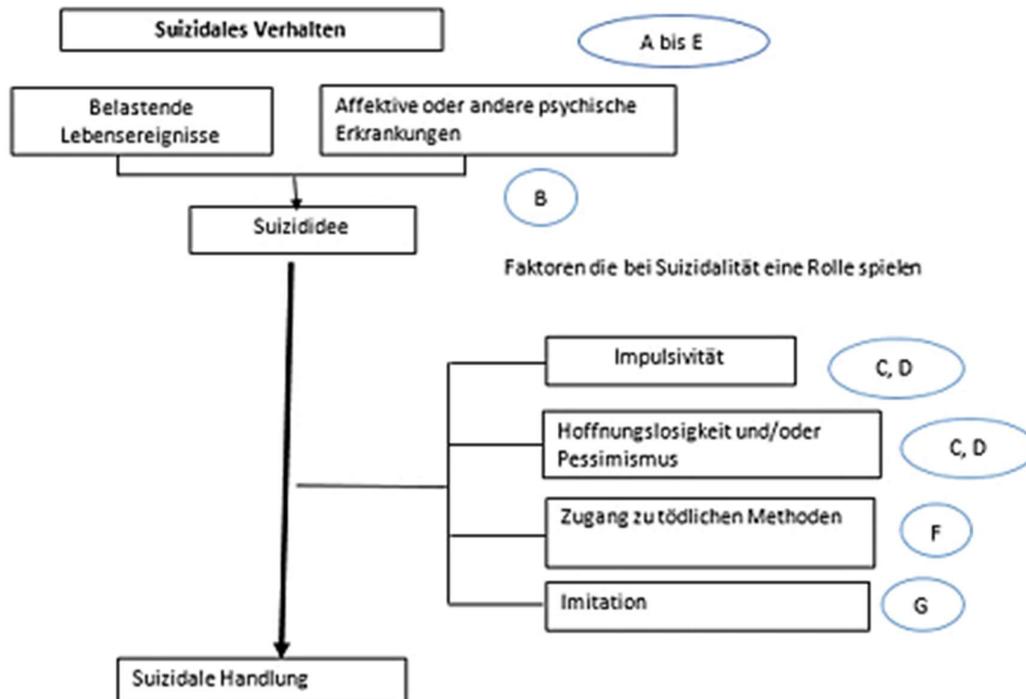
In folgenden Absatz wird nun der Begriff der Suizidprävention genauer erläutert. Generell ist der Suizidprävention zum Ziel gesetzt, Suizidgedanken und suizidale Handlungen zu verhüten. Dazu zählt die Minderung des aktuellen Leidensdruck, der z.B. durch belastende psychosoziale Situationen wie Arbeitslosigkeit, Migration, psychische Erkrankungen hervorgerufen werden kann. Außerdem ist das Ermöglichen von Kommunikation und Beziehung ein zentraler Bestandteil der Suizidprävention. Des Weiteren steht die Minderung vom aktuellen Handlungsdruck, eine Suizididee auszuführen, im Vordergrund. Ebenso die Minderung von Hoffnungslosigkeit um neue Perspektiven zu entwickeln. Eine totale und hundertprozentige Suizidverhütung und Prävention ist allerdings nicht möglich, auch nicht unter optimalen Rahmenbedingungen. Eine absolute Verhinderung, um jeden Preis wäre selbst unter extrem repressiven Umständen nicht realistisch. Es ist ein gesellschaftlicher Konsens, dass darin nicht das Ziel liegt. Dies soll jedoch keineswegs eine Einstellung nach dem Motto „Reisende soll man nicht aufhalten“ unterstützen. Es ist die Aufgabe der wissenschaftlichen Suizidologie das Wissen und Verständnis von suizidalen Handlungen zu erweitern, um so die Suizidprävention zu verbessern (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 104f).

Es besteht eine große Schnittmenge zwischen Suizidprävention und Krisenintervention bei Suizidalität. Der Begriff der Suizidprävention liegt näher an der Medizin und der notfallpsychiatrischen Intervention, während Krisenintervention eher im psychosozialen Beratungsfeld angesiedelt ist. Krisenintervention zielt nicht nur auf Suizidalität, sondern auf zahlreiche unterschiedliche Krisen ab, wie psychotische, dissoziative oder emotionale. Daher ist bei Krisenintervention bei Suizidalität von einer bestimmten Untergruppe die Rede. Die Aufgabe der Krisenintervention besteht darin, belastende Situationen wie Trennung, Arbeitsverlust, kulturelle Entwurzelung etc. zu bewältigen, um auf diesem Weg eine Entwicklung hin zur Suizidalität zu verhindern. Aufgrund der hohen Übereinstimmung werden

im Folgenden die Begriffe Suizidalität und Krisenintervention synonym verwendet (vgl. ebd., S. 105).

Empathisches Verständnis und Verstehenwollen ist, neben der Kenntnis von Risikogruppen und suizidalen Abläufen, eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen. Außerdem setzt Suizidprävention auf Behandlerseite ebenfalls voraus, dass Selbsttötung bzw. die Entwicklung von Suizidgedanken als Ausdruck seelischer Not und Hilfsbedürftigkeit wahrgenommen wird. Das schwedische National Center for Suicide Research and Prevention of Mental Health formulierte drei wesentliche Strategien zur Suizidverhütung. An erster Stelle steht die Identifizierung von Risikogruppen, gefolgt von der Verbesserung von Diagnostik und Behandlung von suizidalen Personen (einschließlich der Betreuung nach einem Suizidversuch). Die dritte Strategie ist die besserer Rehabilitation von Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben (vgl. ebd., S. 105).

Wassermann (2011) sieht die adäquate Behandlung von psychischen Erkrankungen sowie das bessere Erkennen von solchen, als essenzielle Strategie der Suizidprävention. Durch Suizidprävention soll vor allem Zeit gewonnen werden, um das eigene Handeln noch einmal überdenken zu können, mit dem Ziel, die suizidale Verhaltensweise nach und nach überflüssig zu machen. Dies geschieht im Idealfall dadurch, dass der/die Betroffene, durch ideale Unterstützung seine/ihre eigene Wahrnehmung ändert und folglich die Möglichkeit eines Suizids nicht mehr in Betracht zieht. Das Erkennen der eigenen Hilfsbedürftigkeit stellt für viele Personen einen schwierigen Schritt dar. Genauso wie das Überwinden der eigenen Scham- und Schuldgefühle, welche z.B. durch eine Depression oder der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft hervorgerufen werden können (vgl. ebd., S.105f)



Präventionsinterventionen
A: Fort- und Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> • „primary care“ – Ärzte • Öffentlichkeit • Gemeinde- „gate-keepers“
B: Screening von Menschen mit hohem Risiko
Behandlung
C: Pharmakotherapie: Antidepressiva, einschließlich SSRI, Antipsychotika
D: Psychotherapie: Alkoholismus- Behandlung, kognitive Verhaltenstherapie
E: Nachsorge nach Suizidversuch
F: Restriktion Zugang zu letalen Methoden
G: Medienberichte über Suizide

Abb. 12: Suizidprävention – Mögliche Ansatzpunkte (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 106).

Diese Grafik zeigt die Ergebnisse einer systematischen Zusammenführung von Reviews, Metaanalysen, quantitativen Studien und populationsbasierter Untersuchungen, welche von suizidologischen Spezialisten aus 15 unterschiedlichen Ländern in einer narrativen Synthese zusammengefasst worden sind. Hierbei wurde als wesentliches Ergebnis für die

Suizidverhütung, die Verbesserung der Weiterbildung von Ärzten in Hinblick auf Suizidalität, gefunden. Die Einschränkung der Verfügbarkeit von letalen Suizidmethoden zählt ebenfalls zu den grundlegenden Erkenntnissen. Andere Elemente hingegen benötigen mehr wissenschaftliche Bestätigung, wie beispielsweise Öffentlichkeitsarbeit, Screeningprogramme um suizidgefährdete Personen zu identifizieren und die Verbesserung von Medienberichten, obwohl diese als Strategien zur Suizidprävention erkannt wurden. Die medizinische Ausbildung soll sich vor allem auf das Erkennen und Behandeln von Depressionen konzentrieren. In dieser Abbildung werden belastende Lebensereignisse sowie affektive oder andere psychische Erkrankungen im Vorfeld von Suizidideen angeführt. Zusätzlich wurden vier Faktoren, die bei der Entstehung von Suizidalität eine Rolle spielen genannt. Die vier Faktoren sind Impulsivität, Hoffnungslosigkeit, Imitation und Zugang zu tödlichen Methoden, welche durch passende Ansätze kontrolliert werden sollen. Goldney (2005) rät zu einem eher pragmatischen Umgang mit den Daten. Er verweist darauf, dass alle unterschiedlichen Studien zur Suizidprävention gemeinsam haben, dass Suizidprävention auf Ebene der Gemeinden, der Fortbildung von Professionellen sowie in Hinblick auf die Weiterentwicklung des Managements von psychisch erkrankten Personen, ansetzen soll. Des Weiteren wurde unter anderem auf die Rolle der Haus- und Familienärzte in der Verhinderung von suizidalen Verhalten hingewiesen, da ein Großteil (zwei Drittel) der Patienten, welche durch Suizid versterben, im Monat vor der Suizidhandlung ihren Hausarzt aufgesucht haben (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 107).

Im engeren Sinne ist Suizidprävention also die Verhütung von suizidalen Handlungen. Als notfallpsychiatrische Intervention gehört diese zur Sekundärprävention. Grenzt man die Krisenintervention von Suizidprävention ab, ist diese etwas früher angesiedelt und zählt so zur Primärprävention. Aktivitäten, die auf suizidale Verhaltensweisen abzielen, fallen in die Bereiche der Sekundär- und Tertiärprävention. Es können jedoch sehr wohl auch primärpräventive Maßnahmen Teil der Suizidprävention sein. Beispiele hierfür wären die Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung, Verbesserung der Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, Reduktion und Verbesserung der Medienberichtserstattung über Suizid oder die Verbesserung der psychosozialen Versorgung für Menschen in Krisen (vgl. ebd., S. 107f).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass man unter Suizidprävention all diejenigen Handlungen versteht, welche dazu dienen, die Entstehung eines suizidfördernden Klimas in einer Gesellschaft zu verhindern (Primärprävention, universal). Außerdem wird mit Hilfe der Suizidprävention versucht, die Entwicklung von hoffnungslosen und suizidalen Ansichten zu

vermeiden und Krisen mit Todeswünschen und Suizidgedanken abzuwenden. Natürlich ist es ein weiteres Ziel, das Umsetzen von Suizidideen, Suizidversuche sowie den Tod durch Suizid zu vereiteln (Sekundärprävention, indikativ). Dazu kommt, dem Wiederauftreten von suizidalen Krisen, durch die Behandlung der Grunderkrankung bzw. der psychosozialen Krise oder der Anpassungs- und Belastungsstörung, entgegenzuwirken (Tertiärprävention) (vgl. ebd., S. 110).

6.2 Suizidprävention in Österreich

In Österreich spielt in der öffentlichen Wahrnehmung Suizid als Todesursache noch immer eine unterschätzte Rolle. Dies spiegelt sich unter anderem in den (nicht) aufgewandten öffentlichen und privaten Mitteln für die Präventionsarbeit wieder. Viele Phänomene mit letalen Folgewirkungen, welche erheblich seltener vorkommen, werden sowohl auf medialer als auch auf privater Ebene, in breiten Bevölkerungskreisen als gefährliche, soziale und gesundheitliche Probleme wahrgenommen. Dazu zählen beispielsweise infektiöse Krankheiten (AIDS), Verkehrsunfälle oder Suchtmittelkonsum. In deren Prävention werden bedeutend mehr Finanzmittel investiert und es existieren gut ausgebaute Strukturen, zur Umsetzung von wissenschaftlich und gesellschaftlich als wirksam anerkannte Präventionsmaßnahmen. Dies führt mittel- und langfristig folglich auch zur wesentlichen Senkung der Zahl der durch diese Faktoren bedingten Todesursachen (vgl. Watzka 2015, S. 15).

Leider ist die Suizidprävention in Österreich von diesem Standard noch weit entfernt. Besonders primäre Präventionsmaßnahmen sind meist nur punktuell, projektbezogen und im begrenzten Rahmen möglich. Demgegenüber sind sowohl die Sekundär- als auch die Tertiärprävention vergleichsweise gut ausgebaut. Dazu zählt die Betreuung und Behandlung von Personen, welche bereits unter manifesten psychischen Problemen leiden und Menschen die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben. Vor allem die Aktivitäten der Kriseninterventionszentren in Wien, Salzburg, Oberösterreich, Kärnten und Tirol sind diesbezüglich positiv hervorzuheben. Deren Anfänge gehen im Falle Wiens bereits bis in die Zwischenkriegszeit zurück (vgl. ebd., S. 15).

Österreichweit angelegte und inhaltlich umfassende Präventionsprogramme unter Einbezug des Primärbereichs wurden zwar bereits von ExpertenInnen (MedizinerInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen) in den 1990er Jahren erarbeitet und in Form von detaillierten Konzepten den politisch Verantwortlichen vorgelegt, sind jedoch nie über das Planungsstadium

hinausgekommen. Hauptsächlich aufgrund des fehlenden politischen Willens ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd., S. 16).

Auf der Ebene der Bundesländer zeigt sich eine ähnliche Situation. Es bestehen in jedem Bundesland ambulante, extramurale und in den meisten Fällen auch stationäre Angebote für Personen mit psychischen Erkrankungen. Suizidpräventionsagenturen, welche institutionell etabliert sind, über genügend finanzielle Mittel verfügen und mit ausreichendem Planungshorizont und Handlungsvollmacht ausgestattet sind, gibt es bislang nicht. Zumindest nicht im Sinne behördlicher und halbamtlicher Einrichtungen (vgl. ebd., S. 16).

Bereits bestehende Aktivitäten und Programme werden hauptsächlich von den Zuständigen im Bereich der psychosozialen Versorgung und der Suchtprävention übernommen. Dies bedeutet nicht unbedingt einen inhaltlichen Nachteil, da es in diesen Bereichen in der Primärprävention sehr stark um die Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen geht. Trotzdem zeigt sich dadurch der bisher geringe öffentliche und politische Stellenwert, des Suizids und der Suizidprävention. Es gibt zwar viele Überschneidungen, doch lässt sich Suizidprävention keineswegs mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen gleichsetzen (vgl. Watzka 2015, S. 16).

Im österreichweiten Vergleich stellt sich die Situation in der Steiermark in diesem Hinblick ambivalent dar. Seit den 1990er Jahren wurden durch die Psychiatriekoordinationsstelle des Landes Steiermark unter der Leitung von DDr. Susanna Krainz mehrere Initiativen gestartet. Diese umfassen unter anderem die epidemiologische Erhebung des Ist-Standes zur Suizidalität, als auch die Entwicklung von Präventionsinstrumenten. Außerdem konnten durch die Gründung vom „GO ON – Kompetenzzentrum für Suizid-Prävention Steiermark“ (2011), unter der Leitung von Dr. Ulrike Schrittwieser, diverse Präventionsaktivitäten in vielen steirischen Bezirken realisiert werden. Auf diese Weise konnten beachtliche Maßnahmen zur Reduktion der Suizidrate gesetzt werden (vgl. ebd., S. 17).

Dem steht gegenüber, dass einige zentrale Bausteine einer suizidpräventiven Grundversorgung in der Steiermark noch immer nicht umgesetzt sind. Einerseits aus Kostengründen, andererseits aufgrund bestimmter Defizite in der öffentlichen Verwaltung. Dazu zählen vor allem die Einrichtung einer professionell besetzten 24-Stunden-Krisenhotline für akute Fälle, sowie niederschwellige, extramurale und ambulante Anlaufstellen. Diese sollten möglichst weitreichende Öffnungszeiten für persönliche Kontakte zur Verfügung stellen und idealerweise mit genügend Ressourcen und Kompetenzen für nachgehende sozialpsychiatrische Betreuung sorgen. Doch ist gerade in der Steiermark (aus epidemiologischer Sicht) Suizidprävention

besonders vonnöten. In diesem Bundesland begehen mit stetiger Regelmäßigkeit deutlich mehr Personen Suizid als im österreichischen Durchschnitt(vgl. ebd., S. 17).

6.3 SUPRA - Suizidprävention Austria

Im Herbst 2012 präsentierte das Bundesministerium für Gesundheit das österreichische Suizidpräventionskonzept SUPRA. Dieses benennt zehn unterschiedliche Arbeitsbereiche der Suizidprävention, welche spezifische Aufgaben enthalten. Diese Aufgaben werden jeweils von unterschiedlichen Personen und Personengruppen, sowie Interessensgemeinschaften und Institutionen übernommen. Die zehn Arbeitsbereiche aus dem Suizidpräventionskonzept SUPRA sind:

- Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen
- Unterstützung und Behandlung
- Zielgruppe Kinder und Jugendliche
- Zielgruppe Erwachsene
- Suizidprävention im Alter
- Gruppen mit erhöhtem Risiko
- Schulung und Entwicklung
- Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln
- Nationale Expertise
- Gesetzliche Voraussetzungen

Um sich über die verschiedenen suizidpräventiven Angebote und Aktivitäten in Österreich einen Überblick zu verschaffen, wurde von der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) eine Online-Befragung unter österreichischen ExpertInnen durchgeführt. Diese wurden angehalten, einen Fragebogen über die aktuellen Projekte zur Suizidprävention in deren Bundesländern auszufüllen. Im Zuge dessen wurden insgesamt 37 Projekte gemeldet. Die spezifischen Projekte enthalten eine weite Bandbreite an Angeboten und Themengebieten, welche die Bereiche eins bis neun des SUPRA-Konzepts umfassen. Zusätzlich wurde 2012 vom österreichischen Presserat eine Verankerung, in Anlehnung an internationale Vorbilder, einer verantwortungsvollen Medienberichtserstattung über Suizide vorgenommen. (vgl. Kapusta/Grabenhofer-Eggerth/Blüml/Klein/Baus/Huemer 2014, S. 5).

„Im Zeitraum von Mai bis Anfang Juli 2013 wurden von der GÖG insgesamt 49 Personen ersucht, einen Fragebogen zu aktuellen Projekten in ihren Bundesländern auszufüllen, die sich explizit dem Thema Suizidprävention widmen. Die Auswahl der Expertinnen und Experten war anhand einer Internetrecherche und einer anschließenden Ergänzung durch das SUPRA-Expertengremium getroffen worden. Insgesamt meldeten 21 Expertinnen und Experten Projekte aus acht Bundesländern. (...) Im SUPRA-Konzept (BMG 2011) sind Kriseninterventionszentren und telefonische oder persönliche 24-Stunden-Betreuung in den einzelnen Bundesländern dokumentiert (S. 55 ff), und die psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Versorgung wird bereits in anderen Berichten beschrieben (GÖG/ÖBIG 2010, 2010a, 2012). Darum konnte in dieser Erhebung der Fokus auf Projekte der selektiven und indizierten Suizidprävention abseits akuter Hilfsangebote gelegt werden. Die Befragten konnten bis zu fünf Projekte aus ihrem Bundesland angeben, die Frage lautete „Gibt es in Ihrem Bundesland Projekte, Programme oder Initiativen, die sich explizit der Prävention von Suiziden widmen?““ (Kapusta/Grabenhofer-Eggerth/Blüml/Klein/Baus/Huemer 2014, S. 29).

Diese Projektsammlung ist ein erster Versuch einer Bestandsaufnahme der suizidpräventiven Aktivitäten in Österreich und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird in den nächsten Jahren versucht, diese Sammlung sukzessive zu vervollständigen (vgl. ebd., S. 29).

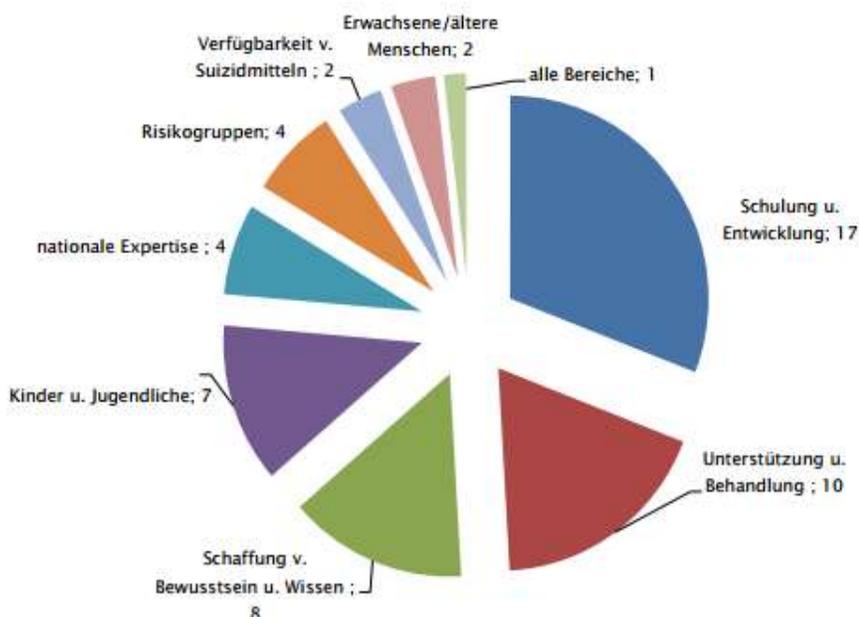


Abb. 13: „Anzahl der Projekte zu den SUPRA Arbeitsbereichen (Mehrfachnennungen möglich)“ (Grabenhofer-Eggerth/ Kapusta 2015, S. 27).

Dieses Diagramm veranschaulicht das breite Spektrum der gemeldeten Projekte, welche den SUPRA-Bereichen zugeordnet sind. Ein Projekt kann auch auf mehrere Bereiche abzielen. Der Großteil der Projekte beschäftigt sich mit der Schulung und Entwicklung. Nur ein Projekt umfasst so gut wie alle Arbeitsbereiche von SUPRA. Zum zehnten Punkt sind keine Projekte gemeldet worden (vgl. Kapusta et.al. 2014, S. 30).

6.4 Einrichtungen in der Steiermark

Nun werden ausgewählte Einrichtungen, welche suizidpräventive Angebote in der Steiermark zur Verfügung stellen, vorgestellt. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, können nicht alle Angebote und Aktivitäten im Bundesland aufgezählt und genauer beschrieben werden, weshalb dieses Kapitel nur die, für diese Arbeit relevanten Angebote, darstellt. Es handelt sich hierbei um die Fachstelle GO-ON Suizidprävention Steiermark, das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“, und die Peers des Roten Kreuzes, wovon MitarbeiterInnen auch für die vorliegende Forschungsstudie befragt worden sind. Außerdem wird auch auf die Stiftung WEIL – Weiter im Leben eingegangen. Einerseits weil WEIL eine der bekanntesten und erfahrensten Einrichtungen für dieses Themengebiet ist und andererseits weil WEIL – Weiter im Leben, neben dem Roten Kreuz, Träger der Peer-Ausbildung ist (vgl. Kapusta et al. 2014, S. 59). Am Schluss dieses Kapitels werden vollständigshalber alle Projekte zur Suizidprävention in der Steiermark, welche im Basisbericht des Bundesministeriums für Gesundheit genannt werden, aufgelistet.

6.4.1 WEIL – Weiter im Leben

Die Stiftung WEIL ist seit vielen Jahren in der Suizidprävention tätig. Die Programme stehen Kindern und Jugendlichen bis zum 25. Lebensjahr, deren Angehörigen und Freunden zur Verfügung. Sämtliche Angebote von WEIL können anonym in Anspruch genommen und kostenlos genützt werden. Alle MitarbeiterInnen absolvierten eine Ausbildung im psychosozialen Bereich und sind der Verschwiegenheit verpflichtet, welche allerdings bei Selbst- und Fremdgefährdung aufgehoben werden kann (vgl. WEIL 2015, o.S.).

Die Abkürzung WEIL steht für „Weiter im Leben“. Die Gründer der Stiftung haben aufgrund persönlicher Umstände begonnen sich dem Thema Suizid zu widmen. Gegründet wurde WEIL im Jahr 1992 durch Paul Goditsch, Klaus Grün und Dr. Herfried Remschidt. Ihnen war es vor allem ein Anliegen, das Thema Suizid zu enttabuisieren und in Bezug auf frühe Warnzeichen Aufklärungsarbeit zu leisten. Die Gründer machten es sich zur Aufgabe, ein

Suizidpräventionsprojekt für Kinder und Jugendliche zu erarbeiten. Es werden unterschiedliche Angebote zur Verfügung gestellt, wie ein Kontakthandy, Vorträge über Suizidprävention an Schulen, persönliche Betreuung und die Mitfinanzierung von psychotherapeutischen Behandlungen. Das Angebot von WEIL hat sich im Laufe der Zeit erweitert und den Entwicklungen der Angebote für Jugendliche aus öffentlicher Hand angepasst. Mittlerweile werden Vorträge sowohl in Schulen, als auch in Erwachsenenbildungseinrichtungen gehalten. Zusätzlich wird die Peer Group Education gestaltet, sowie ein Universitätskurs und andere Projekte unterstützt. Seit 2013 besteht auch die Möglichkeit einer Onlineberatung. Leiterin der Stiftung ist im Moment die systemische Familientherapeutin und Stiftungsrätin Elise Steiner. Engmaschige Treffen und Supervisionen, aber auch die Förderung der Besuche von Symposien und Tagungen stehen den MitarbeiterInnen zur Verfügung. (vgl. WEIL 2015, o.S.)

6.4.2 GO-ON Suizidprävention Steiermark

GO-ON Suizidprävention Steiermark wurde im Jahr 2011 vom Gesundheitsressort der Steiermark und im Auftrag der Psychiatriekoordinationsstelle ins Leben gerufen. Es werden damit unterschiedliche Ziele verfolgt. Eine wichtige Aufgabe von GO-ON Suizidprävention Steiermark ist es, möglichst viele Menschen auf die Problematik der Suizidalität aufmerksam zu machen und aufzuklären. Außerdem sollen diese Menschen über die Entstehung und die Bewältigung von Krisen in Kenntnis gesetzt werden. Zusätzlich werden unterschiedliche Informationen zu Risikofaktoren und verschiedenen Hilfsangeboten vermittelt. Auch helfende Berufsgruppen werden von GO-ON Suizidprävention Steiermark geschult, um mit Betroffenen bestmöglich umzugehen (vgl. Projektleitung Suizidprävention Steiermark 2016, o.S.).

Es wurden drei vorläufige Projektregionen festgelegt. Dazu zählen: Hartberg-Fürstenfeld, Murau/Murtal, Bruck-Mürzzuschlag. In diesen Regionen, sowie zentral in Graz wird sich unter anderem mit Enttabuisierung der Thematik auseinandergesetzt, über Krisen aufgeklärt, Informationen über Risikofaktoren vermittelt etc. Es wird bereits daran gearbeitet, dass in den nächsten Jahren schrittweise alle steirischen Bezirke miteinbezogen werden. Dieser Prozess passiert unter Inbetrachtung der regionalen Suizidrate, sowie infrastrukturellen Gegebenheiten. Es wird ein flächendeckendes Projekt für die gesamte Steiermark angestrebt. Das Projekt GO-ON Suizidprävention Steiermark arbeitet auf sämtlichen Ebenen der

Installierung spezieller themenbezogener Arbeitsgruppen zur Suizidprävention bei Jugendlichen bzw. im Alter“ (Projektleitung Suizidprävention Steiermark 2016, o.S.).

Da eine nachhaltige Versorgung angestrebt wird, ist GO-ON Suizidprävention Steiermark eng mit den psychosozialen Diensten in der Steiermark verbunden und orientiert sich inhaltlich am Programm von SUPRA (vgl. ebd., o.S.).

Weitere Informationen zur Arbeitsweise und zum Angebot dieses Projekts werden im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit diskutiert.

6.4.3 Schulprojekt Verrückt? Na und!

Mit dem Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ wird SchülerInnen in Schule und Ausbildung das Thema der seelischen Gesundheit nähergebracht. Es werden sowohl den SchülerInnen als auch den LehrerInnen wirksame Wege aufgezeigt, wie sie gemeinsam ihre seelische Gesundheit stärken, und Krisen dadurch einfacher bewältigen können. Die Zielgruppe sind junge Menschen und deren Lehrkräfte der Sekundarstufe eins und zwei, ab Klasse acht und alle Ausbildungsjahrgänge. Das Team besteht aus sogenannten Lebenslehrern. Dieses setzt sich aus fachlichen Experten (Psychologen, Sozialpädagogen) und persönlichen Experten (Menschen, welche den Weg aus einer seelischen Krise gefunden haben) zusammen. Die SchülerInnen werden zum offenen Austausch, über Fragen zur seelischen Gesundheit, eingeladen. Es wird ein universeller Ansatz der Gesundheitsförderung angestrebt. Die „Lebenslehrer“ informieren, klären auf und vermitteln eine gewisse Offenheit und Achtsamkeit im Umgang mit persönlichen Krisen. Außerdem werden komplexe und schwierige Themen angesprochen, welche im klassischen Schulsetting vermutlich nicht zur Sprache gekommen wären (vgl. Irrsinnig Menschlich e.V. 2016, o.S.).

Das Projekt wird an Schulen in der ganzen Steiermark angeboten und über den Gesundheitsfonds finanziert, weshalb sich weder für SchülerInnen noch für die Schulen Kosten ergeben. Die Abwicklung geschieht über den Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine

und Gesellschaften Steiermarks. Auch die Teams werden vom Dachverband gestellt (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, o.S.).

6.4.4 Peer-Group-Education des österreichischen Jugendrotkreuz (Peers)

Peers informieren immer im Team von zwei Personen, in Form von Vorträgen, ihre MitschülerInnen zu einem bestimmten Thema und sind auch erste Ansprechperson bei Fragen und Problemen. Neben diversen Ausbildungsangeboten steht unter anderem eine Ausbildung zum Thema „Aids und Suizidgefährdung“ zur Verfügung. Je nach Größe der Schule werden zwei bis vier Peers, sowie ein/e PeersbetreuerIn, ausgebildet. Die Ausbildung wird in zwei Einheiten zu je zwei Tagen absolviert. Die Peers sind SchülerInnen der neunten oder zehnten Schulstufe. Sie sollten schulisch nicht belastet sein, damit der schulische Alltag, auch mit der zusätzlichen Tätigkeit, bewältigbar ist. Diese Vorträge werden ohne Klassenlehrer durchgeführt. Die Peers sollen diese Vorträge ungefähr zwei Jahre lang anbieten. Sowohl Peers als auch PeersbetreuerInnen sind ehrenamtlich tätig. Die Inhalte und Themen der Ausbildung orientieren sich an den Anforderungen an die Peers, beispielsweise fachliche Kompetenz, Kommunikations- und Präsentationsfähigkeit. Für den fachspezifischen Teil zum Thema Suizid und Suizidalität, konnte eine Zusammenarbeit mit „WEIL“ hergestellt werden. Diese setzen sich schon lange mit der Thematik auseinander und geben den SchülerInnen wichtige Informationen weiter (vgl. Österreichisches Jugendrotkreuz 2011, o.S.)

Das Projekt entstand im Jahre 1996. Seitdem wurden 241 Peers ausgebildet. Es wurden bisher insgesamt ca. 65 steirische Schulen betreut, wodurch tausende SchülerInnen informiert werden konnten. Momentan sind an rund 30 Schulen, 70 bis 90 Peers im Einsatz. Die gesamte Ausbildung, sowie die erforderlichen Unterlagen werden derzeit vom österreichischen Jugendrotkreuz bezahlt (vgl. Österreichisches Jugendrotkreuz 2011, o.S.).

6.4.5 Weitere Angebote in der Steiermark

Projektname	Kurzbeschreibung	Träger
Krisenintervention und Suizidverhütung	2-tägige Seminare zu den Themen Krisen, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout, Einschätzung der Suizidgefahr; Intervention und richtiger Umgang mit Suizidgefährdeten	Gesundheitsplattform Stmk.; Pro Mente Akademie
Aufbau einer Onlineberatung für suizidgefährdete junge Menschen bis 25	Online-Beratung für suizidgefährdete Jugendliche, Einbezug der neuen Medien	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz
LG_Krisen_Notfall_Supportmanagement	Pädagogische Krisen-Notfall-Supportmanager/innen entwickeln standortspezifische Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie Notfallpläne	Träger Ausbildung: Kirchliche Pädagogische Hochschule Graz; Träger Umsetzung: LSR, Trägervereine
Verein Verwaiste Eltern	Selbsthilfegruppe nach dem Tod eines Kindes oder jungen Menschen beispielsweise durch Suizid, Unfall, Krankheit etc.	
Vorträge zu Krisenbewältigung und Suizidprävention	Vorträge in Schulen (zwei Stunden und Workshops); Information über Krisen und Warnsignale für Suizid, Umgang mit Suizidalität, Vorstellung der Hilfeinrichtungen, Fokus auf Kommunikation und Ressourcenstärkung	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz
Sensibilisierung zu Medienberichterstattung über Suizid (Stmk.)	Kontakt zu JournalistInnen, Vernetzung mit KollegInnen der MedUni Wien und der Wiener Werkstätte für Suizidprävention, Öffentlichkeitsarbeit	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz
Das Leben lieben – Plakatkampagne (Stmk.)	Plakatkampagne für Suizidprävention	Telefonseelsorge Graz, Stiftung WEIL, MedUni Wien, Wiener Werkstätte für Suizidprävention und Wunderman
Universitätskurs Krisen- und Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich (Stmk.)	2-semesteriger Lehrgang	Karl-Franzens-Universität Graz – Uni for Life

Tabelle: Suizidpräventive Angebote in der Steiermark (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 47-64).

Dies sind die steiermarkweiten Angebote, welche im Basisbericht des Bundesministeriums für Gesundheit angeführt sind. Die bundesweiten Angebote sind hier nicht aufgelistet.

6.5 Suizidprävention an Schulen

Bevor die Ergebnisse dieser Forschungsstudie vorgestellt werden, soll noch im Speziellen auf Suizidprävention an Schulen eingegangen werden. Da sich diese Forschungsarbeit auf die suizidpräventive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Schulen bezieht, werden speziell die Arbeitsweisen und Methoden in diesem Bereich vorgestellt. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf sämtliche Methoden der Suizidprävention Rücksicht zu nehmen (z.B. Suizidprävention bei psychischen Erkrankungen, Suizidprävention im Alter, Suizidprävention in Institutionen etc.). Es geht in dieser Arbeit auch nicht hauptsächlich um suizidgefährdete Jugendliche, sondern darum bereits im Schulalltag suizidpräventive Arbeit zu leisten, um im späteren Leben im besten Fall mit Krisen besser umgehen zu können und Hilfsangebote in Anspruch nehmen zu können. Der Gedanke dahinter ist, wenn man sich vom Jugendalter an immer wieder mit der Thematik Suizidalität und Krisen auseinandersetzt, später einen besseren Zugang zu anderen Lösungsstrategien erhält. Das Thema soll dadurch in einer gewissen Weise enttabuierst werden.

6.5.1 Warnsignale bei SchülerInnen

Bei Jugendlichen lässt sich in der Regel eine Vielzahl an Alarmzeichen feststellen, bevor sie suizidale Handlungen begehen. Es gibt unterschiedlich auffälliges Verhalten, welches ein Indikator für Suizidalität sein kann. Da es, wie bereits zuvor erklärt, in der vorliegenden Arbeit nicht grundsätzlich um suizidgefährdete Jugendliche geht, werden diese nur kurz aufgelistet, jedoch ist es wichtig, über diese Bescheid zu wissen.

- Schulschwänzen
- Weglaufen
- Nächtliches Herumstreunen
- Rückzug
- Veränderung der Essgewohnheiten
- Alkohol- Drogen- und Medikamentenmissbrauch

- Verwahrlosungstendenzen
- Gewalttätigkeit
- Verbale Äußerungen
- Philosophisches Interesse
- Schriftliche Äußerungen
- Zeichen bildlicher Art

Diese Warnsignale bedeuten nicht zwangsläufig, dass der Schüler/die Schülerin auch wirklich eine suizidale Handlung ausführt, sie sollten jedoch nicht ignoriert und ernst genommen werden (vgl. Gast 2008, S. 131-139).

6.5.2 Arbeitsweise und Methoden

In den 1980er und 1990er Jahren sind in den angloamerikanischen Ländern eine Vielzahl an Suizidprävention- und Interventionsprogrammen entstanden. Diese hatten zum Ziel, gefährdete Jugendliche frühzeitig zu erkennen und so die Suizidhäufigkeit zu verringern. Es wurde davon ausgegangen, dass die Schule der beste Ort für suizidpräventive Maßnahmen ist, da die SchülerInnen und LehrerInnen einen Großteil des Tages gemeinsam in der Schule verbringen. Die LehrerInnen können die Suizidproblematik im Unterricht ansprechen, auf Warnsignale hinweisen und somit die SchülerInnen dafür zu sensibilisieren. In diesem Zeitraum waren im Deutschsprachigen Raum noch keine suizidpräventiven Maßnahmen an Schulen etabliert (vgl. Bründel 2015, S. 55ff).

Auf Basis einiger Bedenken wurden die angloamerikanischen Programme einer kritischen Sicht unterzogen und sind systematisch kategorisiert worden:

- Psychoedukative Präventionsprogramme
- Screeningverfahren
- Gatekeeper-Programme
- Postventive Interventionen (vgl. ebd., S. 60f).

6.5.2.1 Angloamerikanische Suizidpräventionsprogramme

Psychoedukative Programme kommen direkt im Unterricht zum Einsatz und dienen dazu, die SchülerInnen über das Thema Suizid zu informieren und aufzuklären. Hierbei geht es vor allem

darum, eine Verbesserung der Kenntnisse über Suizid und Suizidalität zu erreichen. Es wurde immer wieder die Effektivität dieses Ansatzes kritisiert. Um diese zu fördern, sollte darauf geachtet werden, kurze Unterrichtseinheiten zu vermeiden, sondern sich längerfristig mit der Thematik zu beschäftigen. Außerdem soll der Krankheitsaspekt von Suizid betont, und Problemlöse- und Bewältigungsfähigkeiten von SchülerInnen gestärkt werden. Es ist wichtig, dass mit der Enttabuisierung des Suizids sensibel und verantwortungsbewusst umgegangen wird (vgl. ebd., S. 61ff).

Screeningverfahren dienen dazu, das Suizidrisiko von SchülerInnen einzuschätzen. Diese bestehen aus Tests und Fragebögen, welche bestehende oder vergangene Risikofaktoren erfassen. Ziel ist es, suizidgefährdete SchülerInnen zu erkennen und sie zu motivieren und dabei zu unterstützen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Um nicht nur punktuelle Untersuchungen zu machen, wäre es notwendig solche Tests mehrmals durchzuführen, da es immer zu einer Änderung der psychosozialen Situation kommen kann. Dadurch kann es aber zu einer ökonomischen und zeitlichen Überforderung für die Schulen kommen (vgl. ebd., S. 67f).

Gatekeeper-Programme richten sich in erster Linie an Erwachsene, welche mit SchülerInnen arbeiten. Sie vertreten eine Rolle als „Einfallstor“ und „Auffangnetz“ um die Jugendlichen zu erreichen. Es sollen vorrangig LehrerInnen und SozialpädagogInnen dahingehend geschult werden, von sich aus auf die SchülerInnen zuzugehen, wenn sie das Gefühl haben, diese befinden sich in einer psychischen Not. Dies erfordert gute Gesprächstechniken und die Fähigkeit ein gewisses Vertrauensverhältnis aufzubauen. Außerdem sollen die Gatekeeper ausreichend über die örtlichen Hilfsangebote informiert werden und diese an die SchülerInnen weitervermitteln (vgl. ebd., S. 69f).

Postventive Interventionen kommen nach einem erfolgten Suizid zum Einsatz und begleiten die gesamte Trauer- und Aufarbeitungsarbeit. Eine gute Postvention kann zugleich eine gute Prävention darstellen, da sie auch geeignet ist, Nachahmungstaten zu verhindern und posttraumatischen Belastungsstörungen entgegen zu wirken. Trotz vieler kritischer Stimmen mancher Autoren, sind diese Programme in den angloamerikanischen Ländern sehr beliebt und kommen häufig zum Einsatz. Alle Programme weisen diverse Schwächen auf, aber im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum, gibt es mehr Bemühungen, die Suizidthematik in die Schule zu bringen und dort LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern dafür zu sensibilisieren (vgl. ebd., S. 72).

6.5.2.2 Suizidpräventionsprogramme im deutschsprachigen Raum

Deutschsprachige Autoren sind sich dahingehend einig, dass unterschiedliche Maßnahmen zur Suizidprävention an Schulen etabliert werden sollen. Solche Maßnahmen sollten sein: Notfallpläne, Richtlinien, Fortbildungsmaßnahmen für LehrerInnen, Unterrichtseinheiten zum Thema Suizid und längerfristige suizidpräventive Projekte. Diese sollen, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten weitreichendes Wissen über die Komplexität von Suizidalität vermitteln und einen geregelten Ablauf, sowie eine Struktur zur Krisenintervention aufzeigen. Ziel ist es, bei SchülerInnen und LehrerInnen eine Sensibilisierung für das Thema Suizid zu erreichen. Außerdem ist es notwendig, Kenntnisse über geeignete Hilfsangebote und Suizidgefährdung näher zu bringen (vgl. Bründel 2015, S. 76).

Notfallpläne stellen eine Handreichung für die Schulen und der Schulleitung dar, um in Krisen schnell und richtig handeln zu können, da in solchen professionell und gezielt vorgegangen werden muss. Daher beinhalten Notfallpläne klare und übersichtliche Handlungsweisen, Telefonlisten etc. auf welche pragmatisch zurückgegriffen werden kann. In diversen Richtlinien wird vor allem das Verhalten nach einem Suizid genau erläutert. Den LehrerInnen kommt in einem solchen Fall auch die schwierige Aufgabe zu, darauf zu achten, ob dadurch bei SchülerInnen weitere Gefährdungen bestehen. Es ist wichtig, die Suizidgedanken offen anzusprechen und diese Gefühle zu akzeptieren. Es müssen Ressourcen aktiviert und gestärkt, sowie konkrete Hilfeleistungen besprochen werden (vgl. ebd., S. 77ff).

Lehrerfortbildungen zur Suizidthematik gestalten sich insofern als schwierig, als dass es keine Verpflichtung für Lehrkräfte gibt, sich mit diesem Thema zu befassen. Es bedarf der Initiative der Schulleitung und der LehrerInnen, SozialpädagogInnen etc. sich an solchen Fortbildungen zu beteiligen (vgl. ebd., S. 82).

Im deutschsprachigen Raum gibt es keine suizidpräventiven Programme die mit den angloamerikanischen vergleichbar wären. Es handelt sich eher um Unterrichtseinheiten. Es wurden unterschiedliche Unterrichtseinheiten entwickelt. Beispielsweise formulierte Bründel im Jahr 1994 eine Einheit, unter dem Eindruck vieler angloamerikanischer Programme. Sie entwickelte die erste deutsche „Unterrichtseinheit zur Krisenintervention und Prävention für Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I und II“. Diese bestand aus fünf Themen, welche jeweils ein bestimmtes Lernziel verfolgten. Zuerst war es wichtig, dass die SchülerInnen über die eigene Einstellung zum Suizid nachdenken und sich diese bewusst machen. Im nächsten Schritt sollen SchülerInnen Informationen über das Suizidgeschehen erhalten und etwaige Vorurteile sollen abgebaut werden. Im dritten Teil der Einheit geht es darum, dass die

SchülerInnen lernen, Warnsignale zu erkennen, welche auf eine Suizidgefährdung hinweisen. Darauf sollen die SchülerInnen gewisse Basisfähigkeiten des Zuhörens und Sprechens erlernen, damit sie im Ernstfall richtig auf die Notsignale reagieren können. Im letzten Schritt werden noch die gemeindenahen Einrichtungen vorgestellt (vgl. ebd., S. 87f).

Bründel weist darauf hin, dass beim Einsatz solcher Programme Vorsicht geboten sein muss. Es könnten sich in der Klasse gefährdete Jugendliche befinden, welche durch unerfahrene Lehrkräfte übersehen werden könnten. Solche Unterrichtseinheiten müssen mit gründlicher Vorbereitung durchgeführt werden. Neben Bründels Unterrichtseinheit, kommen auch noch andere zum Einsatz. Eine stammt von Kamm, Jehli und Wiesner (2000) aus der Schweiz. Diese Einheit hat zum Vorteil, dass sie über eine große Anzahl an Lektionen verfügt, und so über einen längeren Zeitraum im Unterricht eingesetzt werden kann. Zu jeder Lektion werden didaktisch-pädagogische Überlegungen angestellt und die notwendigen Materialien zu Verfügung gestellt (vgl. ebd., S. 88ff).

Das Suizidpräventionsprogramm „lebenswert“ stammt aus Österreich und gilt als sehr umfangreich und anwendungsorientiert. Dieses Programm setzt eine umfassende Fortbildung der LehrerInnen und der Beratungslehrkräfte voraus und richtet sich an SchülerInnen zwischen 13 und 18 Jahren. Folgende Module sind Teil von „lebenswert“:

- Information für SchülerInnen
- Information für LehrerInnen
- Information für pädagogische MitarbeiterInnen an Schulen
- Information für Schulleitung, Projektorganisatoren und Beratungslehrer
- Film „Viky“
- Medienkritische Materialien
- Didaktische Materialien zum Thema Suizid und Krisen
- Materialien für Elternabende
- Materialien für Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Bründel 2015, S. 91f).

„Einerseits werden Informationen zum Thema Suizid und Depression und Krisenpläne im Falle von Suizidgefährdung (Sekundärprävention) und nach einem Suizid an der Schule (Tertiärprävention) vermittelt. Andererseits werden Prinzipien aus der Gesundheitsförderung realisiert, etwa die möglichst selbstständige und dauerhafte Veränderung der schulischen Hilfsstrukturen, die Einbindung von Schülern als potentielle Helfer im Sinne der Lebenskompetenzförderung und die Berücksichtigung aller Ebenen, d.h. Schüler, Eltern,

Lehrer, Schulleitung und relevante außerschulische Institutionen“ (Plöderl/Fartacek/Fartacek 2010, S.1).

Der allgemeine Trend der Prävention geht eher in die Richtung der Gesundheitsförderung und die Thematisierung von Suizid im Unterricht ist immer wieder umstritten. Im Falle dieses Suizidpräventionsprogramm wird das Spannungsfeld aber konstruktiv genutzt (vgl. Plöderl/Fartacek/Fartacek 2010, S. 1). Die erwähnte Gesundheitsförderung an Schulen wird im nächsten Kapitel genauer erläutert.

6.5.3 Gesundheitsfördernde Schule

Jugendliche verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in der Schule. Ein verantwortungsvoller und bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit gehört zu den Alltagskompetenzen eines Menschen und muss sowohl in der Familie, als auch in der Schule erlernt werden (vgl. Bründel 2015, S. 100). Das Konzept der gesundheitsfördernden Schule zielt auf die gesunde Lebensweise aller im Schulleben beteiligten Personen ab. Es spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle, welche die Gesundheit der SchülerInnen und LehrerInnen, positiv oder negativ beeinflussen können. Dazu zählen das Schulgebäude bzw. die Raumgestaltung und Bauweise, die Arbeitsplatzeinrichtung und Organisation der Schule, das Schulklima, die Kultur und das Profil. Da die Schule über Jahre hinweg einen großen Teil der Bevölkerung erreicht, wird sie als eines der wichtigsten Settings zur Gesundheitsförderung gesehen. Eine der naheliegendsten und bedeutendsten Ressourcen die die Schule liefern kann, ist Bildung. Je höher der Bildungsgrad einer Person, desto gesundheitsbewusster gestaltet sie ihr Leben. Die Schule bildet ein geschütztes Lernumfeld, in welchem sich die SchülerInnen, neben dem Erwerb von Wissen, auch unterschiedlichste Lebensbewältigungsstrategien aneignen können. Unter Gesundheitsförderung versteht man nicht nur das, was im Lehrplan enthalten ist. Dazu gehören auch Aufklärung über gesundheitliche Risiken und die Vermittlung von Kenntnissen über gesundheitsförderndes Verhalten sowie die „gelebte Erfahrung“ (vgl. Bründel 2004, S. 164ff).

Die WHO hat 1992 zwölf Kriterien zur Gesundheitsförderung an Schulen veröffentlicht. Ein essentieller Teil ist die Förderung des Selbstwertgefühls der SchülerInnen. Dies kann beispielsweise dahingehend geschehen, dass die SchülerInnen zur Gestaltung des Schulalltags beitragen können. Außerdem soll eine Entwicklung von guten Beziehungen zwischen Schule, Schulpersonal und SchülerInnen angestrebt werden. Ein weiterer Punkt ist die Klärung des gesellschaftlichen Auftrags der Schule. Zusätzlich sollen eine Vielzahl an Aktionsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, um eine Aktivierung aller SchülerInnen

zu erreichen. Die physische Umgebung der SchülerInnen soll bei jeder Gelegenheit verbessert werden. Auch der Kontakt zwischen Schule, Elternhaus und dem kommunalen Umfeld muss gepflegt werden, um ein gesundheitsförderndes Schulleben zu ermöglichen. Ein weiterer Kontakt, der entwickelt werden muss, ist der zwischen örtlichen Grund- und weiterführenden Schulen, um einen kohärenten Lehrplan zur Gesundheitserziehung aufzustellen. Die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden der SchülerInnen und des Gesundheitspersonals soll laut WHO aktiv gefördert werden. Letztere sollen außerdem eine Vorbildfunktion für die SchülerInnen einnehmen, was das Gesundheitsverhalten betrifft. Neben der Berücksichtigung der Schulmahlzeiten sollen auch kommunale Angebote zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsbildung zu Rate gezogen werden. Der letzte Punkt der WHO besagt, dass es eine Weiterentwicklung der Schulgesundheitsdienste zu einer aktiveren Unterstützung im gesamten Lehrplan geben soll (vgl. ebd., S. 165).

Das Konzept der gesundheitsförderlichen Schule sollte allerdings nicht nur auf die Gesundheitserziehung minimiert werden. Dieser Ansatz basiert auf dem salutogenetischen Konzept und hebt sich dadurch von der reinen Gesundheitserziehung ab. Es wird vor allem auf die aktive Mitgestaltung und auf die Stärkung des Selbstwertgefühls und der „Selbstverfügerkräfte“ der SchülerInnen wertgelegt. Es gilt eine ständige Balance zwischen physischen, psychischen, sozialen und ökologischen Einflussfaktoren herzustellen. Neben der gesundheitsfördernden Schule kommt auch die Bezeichnung der „guten gesunden Schule“ zum Tragen. Folgende Merkmale zeichnen eine solche Schule aus:

- Positive Leistungserwartungen und interkulturelle Herausforderungen bezüglich des Lehrpersonals und der SchülerInnen
- Transparentes und stimmiges Regelsystem
- Positives Schulklima, welches sich durch ein Engagement für die SchülerInnen auszeichnet
- Verantwortungsübernahme und Mitspracherecht für die SchülerInnen
- Pädagogischer Konsens der LehrerInnen
- Geringe Fluktuation der LehrerInnen und SchülerInnen
- Zielbewusste, kommunikations- und konsensorientierte Leitung
- Reichhaltiges Schulleben
- Schulinterne Lehrerfortbildungen
- Miteinbezug der Eltern
- Unterstützung durch die Schulbehörde (vgl. ebd., S. 165f).

Eine der wichtigsten genannten Merkmale stellen das Schulklima und die Schulkultur dar. Davon sind sowohl LehrerInnen als auch SchülerInnen gleichermaßen betroffen und stellen eine essentielle Rahmenbedingung für das psychische Wohlbefinden, den Lernerfolg und die Zufriedenheit in einer Schule dar. Im Mittelpunkt steht ein Bündnis für Erziehung, an welchem sich alle – SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern – gleichermaßen beteiligen und um selbstbestimmt und verantwortungsvoll zur Gesundheitsförderung beizutragen (vgl. ebd., S. 166f).

„Beiden Sozialisationsbereichen, Familie und Schule, fällt dabei eine Schlüsselrolle zu, deren Zielgruppe Kinder und Jugendliche sind. Sie können ihre Funktion nur dann erfüllen, wenn sie nicht nur Gesundheitsförderung propagieren, sondern in sich auch selbst gesundheitsfördernd sind“ (Bründel 2004, S. 167).

Die pädagogische Funktion der Schule kennzeichnet sich dadurch aus, dass den SchülerInnen durch Regeln und Absprachen emotionale Sicherheit gewährleistet wird. Ihnen soll auf diese Weise Orientierung gegeben werden, welche sie in den Familien oftmals nicht ausreichend erfahren. Die SchülerInnen sollen in der Aneignung und der Verarbeitung ihrer Lebenswelt nicht alleine gelassen werden. Schule soll sich nicht nur auf die Wissensvermittlung beschränken, sondern auch Lebenskompetenzvermittlung anstreben, um auf diese Weise zur Persönlichkeitsentwicklung beizutragen (vgl. ebd., S. 168).

In der Vergangenheit sind in der Schule lebensnahe Themen oftmals zu kurz gekommen. Es wäre wünschenswert wenn Themen wie Stärkung des Selbstwertgefühls, Umgang mit Gefühlen, Nachdenken über Beziehungen usw. wieder Teil des Unterrichts werden könnten. Vor allem die Stärkung des Selbstwertgefühls, spielt auch in Zusammenhang mit dieser Arbeit, eine entscheidende Rolle. Dies ist ein wesentlicher Faktor zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit. Anhand diverser Programme soll dazu beigetragen werden, dass sich die SchülerInnen ihrer positiven Eigenschaften und Stärken bewusst werden. Zusätzlich kann Schule einen Raum bieten, um Zielperspektiven zu entwickeln und so die Konstituierung des Selbstbildes fördern. Zudem bietet die Schule Möglichkeiten sich mit Gleichaltrigen auszutauschen. Schule ist daher auch ein wichtiger Ort um Freundschaftskontakte zu knüpfen. Viele SchülerInnen ziehen aus der Anerkennung und Wertschätzung ihrer Klassenkameraden einen hohen persönlichen Gewinn. Als zusätzliche Unterstützung gibt es in vielen Schulen speziell ausgebildete BeratungslehrerInnen, um den SchülerInnen in Form von Einzelgesprächen eine Hilfestellung geben zu können (vgl. ebd., S. 169f).

Eine Voraussetzung für die Durchführung von suizidpräventiven Programmen an Schulen ist die gründliche Auseinandersetzung der LehrerInnen mit der Thematik, Unterrichtserfahrung, ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens und die Bereitschaft der SchülerInnen sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Eine wichtige Rolle spielt auch ein respektvoller Umgang miteinander und ein Gefühl des Wohlwollens und der Akzeptanz. Bei jedem Programm zur Suizidprävention ist es notwendig vorherrschende Vorurteile abzuschaffen und Räume zu schaffen, in welchen die SchülerInnen ihre Gefühle ausdrücken können. Gesprächskompetenzen und Konfliktlösungsstrategien sollen erworben, sowie Informationen über die Auslöser und Warnsignale des Suizidgeschehens vermittelt werden. Außerdem gilt es, sämtliche Beratungsstellen in der näheren Umgebung vorzustellen, damit die SchülerInnen wissen, wohin sie sich im Ernstfall wenden können (vgl. Bründel 2004, S. 172f).

Alle genannten Faktoren begünstigen eine psychische und physische Gesundheit der SchülerInnen, stellen aber keineswegs eine Garantie dar. Sie können dazu beitragen, dass das Bewusstsein vertieft wird, was für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen förderlich ist und was sie widerstandsfähiger gegenüber Risiken und Krisen macht. Ziel sollte es sein, die gesamte Persönlichkeit der SchülerInnen zu stärken, doch ob diese Erziehungsziele auch tatsächlich erreicht werden, bleibt immer offen (vgl. ebd., S.171).

7. Empirischer Teil

7.1 Ziel der Arbeit und Forschungsfrage

Das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die vorhandenen Angebote der Suizidprävention für Schüler und Schülerinnen, an höheren Schulen im Bezirk Murau, aufzuzeigen. Außerdem soll die Arbeit auch die Wünsche und Vorschläge seitens der LehrerInnen an diesen Schulen darlegen.

Es soll durch diese Arbeit darauf aufmerksam gemacht werden, dass es wichtig ist, bereits im Jugendalter suizidpräventive Arbeit zu leisten, damit die Betroffenen, im späteren Lebensverlauf, in Krisensituationen bereits über Hilfsangebote und Lösungsstrategien Bescheid wissen. Durch die frühe Aufklärung an Schulen, soll die Selbstverständlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfen bei psychischen Problemen gestärkt werden. Diese Thematik gerät leider, trotz ihrer Wichtigkeit, immer wieder in den Hintergrund, weshalb diese Arbeit auch einen Teil zur Enttabuisierung von Suizidalität beitragen soll.

Anhand der Befragung von ExpertInnen und LehrerInnen wird versucht, einen gemeinsamen Nenner in Bezug auf die Suizidprävention zu finden. Einerseits sollen den LehrerInnen die bereits vorhandenen Angebote näher gebracht werden, andererseits können die Ansichten und Erwartungen der LehrerInnen auch neue Ideen und Anregungen für die Gestaltung des suizidpräventiven Angebots liefern. Es soll ein Austausch zwischen beiden Parteien stattfinden, um die bestmögliche Präventionsarbeit für die SchülerInnen zu gewährleisten.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es, Erklärungsansätze für die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau zu liefern. Dahingehend wurden sowohl die ExpertInnen als auch die LehrerInnen befragt.

Um diese Forschungsziele zu erreichen, ist es unter anderem notwendig, folgende Forschungsfragen zu beantworten:

- „Welche suizidpräventiven Angebote stehen Schulen im Bezirk Murau zur Verfügung und wie werden diese seitens der LehrerInnen und SchülerInnen angenommen?“
- „Welche Erwartungen haben Lehrer und Lehrerinnen an die Suizidprävention im Bezirk Murau?“

- „Sind suizidpräventive Angebote seitens der LehrerInnen und SchülerInnen bekannt bzw. werden solche gewünscht?“
- Welche Erklärungsansätze für die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau können ExpertInnen und LehrerInnen liefern?“

Durch die Befragung der ExpertInnen und LehrerInnen durch ein leitfadengestütztes problemzentriertes Interview und die Literaturrecherche sollen Antworten auf diese Forschungsfragen gefunden werden. Im Zuge der Forschungsstudie wurden acht Personen befragt. Die Stichprobe wird im folgenden Kapitel genauer vorgestellt.

7.2 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst vier Expertinnen, die in der Suizidprävention tätig sind und vier LehrerInnen aus dem Bundesoberstufenrealgymnasium (BORG) Murau und der höheren Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe (HLW) Murau. Die Population stellen sämtliche ExpertInnen aus der Suizidprävention, sowie alle LehrerInnen an höheren Schulen im Bezirk Murau dar. Unter den Expertinnen der Suizidprävention befinden sich eine Mitarbeiterin der Fachstelle GO-ON Suizidprävention Steiermark, eine Mitarbeiterin des Schulprojekts „Verrückt! Na und?“ und zwei Peers des roten Kreuzes, welche vor allem an Schule B ihrer suizidpräventiven Tätigkeit nachgehen. Bei den LehrerInnen stammen jeweils zwei aus dem Borg Murau und zwei aus der HLW. Die Unterrichtsfächer der befragten Lehrer und Lehrerinnen waren Religion, Psychologie/Philosophie sowie Biologie. Anfangs war auch eine Gruppendiskussion mit fünf bis acht SchülerInnen geplant, welche aber aus diversen Gründen nicht möglich gewesen ist. Durch das Zustandekommen der Interviews mit den Peers, wurde aber trotzdem ein Einblick in die Denkweisen und Ansichten der Jugendlichen ermöglicht.

Alle Expertinnen können eine fundierte Ausbildung im psychosozialen Bereich und teilweise langjährige Erfahrung in der Suizidprävention vorweisen. An dieser Stelle ist natürlich zwischen den Peers und den beiden anderen Expertinnen zu differenzieren. Die Peers sind noch Schülerinnen und wurden speziell vom Roten Kreuz ausgebildet, daher haben sie, im Gegensatz zu den Interviewpartnerinnen der Fachstelle GO-ON Suizidprävention Steiermark und des Schulprojekts „Verrückt! Na und?“, noch keinen Hochschulabschluss. Die Aussagen der Peers waren aber ebenso wertvoll, da sie, neben ihrem Fachwissen, auch unterschiedliche Einblicke in die Lebenswelten der SchülerInnen liefern konnten.

Der Erste Kontakt wurde mit der Leiterin der Suizidpräventionsstelle GO-ON in Murau hergestellt, da zu Beginn der Forschungsstudie, alle vier Experteninterviews mit MitarbeiterInnen von GO-ON Suizidprävention Steiermark geplant waren. Diese hätten allerdings alle zu ähnlichen Ergebnissen geführt. Um nicht nur einseitige Einblicke zu erhalten, erschien es sinnvoller auch ExpertInnen aus anderen suizidpräventiven Einrichtungen zu befragen.

Neben den ExpertInnen, ist auch die Auswahl der LehrerInnen unter verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten. Es wurde darauf geachtet, aus beiden Schulen gleich viele LehrerInnen zu befragen. Zusätzlich war es wichtig, dass Suizid und Suizidalität Thema im Unterrichtsfach der LehrerInnen sein könnten, wodurch vor allem Religion und Psychologie/Philosophie in Frage gekommen sind. Auch der biologische Aspekt kann in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, weshalb auch eine Lehrerin aus diesem Fachbereich zu einem Interview eingeladen wurde. Eine/r der befragten LehrerInnen hat auch als PeersbetreuerIn im Bezirk Murau Erfahrung. Außerdem wurde hierbei auch auf eine gerechte Geschlechterverteilung geachtet, was leider bei den ExpertInnen nicht möglich war. In der folgenden Tabelle wird die Stichprobe noch einmal veranschaulicht.

LehrerInnen

Unterrichtsfach	Schule	Geschlecht
Religion	Schule A	Männlich
Psychologie/Philosophie	Schule A	Weiblich
Religion	Schule B	Männlich
Biologie	Schule B	Weiblich

ExpertInnen

	Einrichtung	Geschlecht
E1	GO-ON Suizidprävention Steiermark	Weiblich
E2	Schulprojekt „Verrückt? Na und“	Weiblich
E3	Peers – Rotes Kreuz	Weiblich
E4	Peers – Rotes Kreuz	Weiblich

7.3 Erhebungsmethode

In der qualitativen Sozialforschung erfreuen sich Interviews als Erhebungsmethode großer Beliebtheit. Dabei gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Interviewarten, welche sich mehr oder weniger voneinander unterscheiden. Die Formen gehen vom „thematischen“, „problemzentrierten“, „biographischen“ und „fokussierten“ Interview über das „Experteninterview“ bis hin zum „Tiefen-“ und „Leitfadeninterview“. In vielen Fällen sind die Unterschiede zwischen den Interviewarten fließend und nicht immer klar, aber eines haben alle gemeinsam: Alle Formen tragen zur offenen Kommunikation in der qualitativen bzw. rekonstruktiven Sozialforschung bei, indem sie keine Vorgaben für die Antworten der befragten Person geben. Diese Offenheit bedeutet aber nicht, dass man jegliche Strukturierung entbehren kann. Interviews werden durch die Interaktion zwischen Forschenden und Interviewpartner strukturiert, wobei es in gewissem Maße auch immer wieder zu „Interviewereingriffen“ kommen kann (vgl. Nohl 2006, S. 19).

Der Interviewleitfaden wird auch dafür eingesetzt, um die Vergleichbarkeit der Interviews sicherzustellen. Den InterviewpartnerInnen werden entlang desselben Leitfadens Fragen gestellt, wodurch diese insofern vergleichbar sind, als sich die Interviewten zu denselben Themen äußern müssen. Dies ist vor allem für die Auswertung der Ergebnisse von Bedeutung (vgl. ebd., S. 21).

Um die zuvor genannten Fragestellungen ausreichend zu beantworten, wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews mit ExpertInnen und LehrerInnen durchgeführt. Das Leitfadeninterview ist die gängigste Form der qualitativen Befragung. Anhand des Leitfadens und die darin vorkommenden Themen, erhält man ein Gerüst für die Datenerhebung und Datenanalyse, wodurch die Ergebnisse verschiedener Interviews vergleichbar gemacht werden können. Trotzdem wird dadurch ein Spielraum gelassen, um aus der Interviewsituation heraus neue Themengebiete miteinzubeziehen und spontan neue Fragestellungen zu generieren. Zudem können bei der Interviewauswertung auch Themen herausgefiltert werden, die bei der Leitfadenkonzeption nicht in Betracht gezogen worden sind. Ein leitfadengestütztes Interview beinhaltet Hauptfragen und Detaillierungsfragen. Die Hauptfragen geben Aufschluss über das Grundkonzept der Erhebung, während die Detaillierungsfragen die Möglichkeit bieten, sich genauer mit der Thematik zu befassen (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 314).

Für diese Forschungsarbeit wurden zwei unterschiedliche Leitfäden erstellt, jeweils für die ExpertInnen und LehrerInnen. Der Leitfaden für die ExpertInnen wurde zusätzlich an die unterschiedlichen suizidpräventiven Angebote angepasst. Beide Exemplare wurden bereits zu Beginn in unterschiedliche Überkategorien eingeteilt, um die Auswertung zu erleichtern und einen Überblick zu bewahren. In der folgenden Tabelle werden diese Kategorien aufgelistet.

Überkategorien LehrerInnen	Überkategorien ExpertInnen
Wissen über Suizidprävention	Profession und Kompetenzen
Persönliche Erfahrung	Einrichtung
Persönliche Einstellung zur Suizidalität	Angebot
SchülerInnen	Vernetzungsarbeit
Schule	Suizidprävention allgemein
Vorschläge	Suizidprävention an Schulen
	Suizidrate Bezirk Murau
	Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Die Interviews wurden alle mit einem Sprachaufnahmegerät aufgezeichnet und nach bestimmten Regeln transkribiert. Die Dauer der Interviews variierte von 35 Minuten bis zu einer Stunde. Die Interviews mit den LehrerInnen wurden alle vor Ort in der Schule durchgeführt. Die Atmosphäre dieser Interviews war durchgehend entspannt und angenehm. Die Befragung der Peers wurde ebenfalls in der Schule abgehalten. Die beiden weiteren ExpertInneninterviews wurden am jeweiligen Arbeitsort der ExpertIn durchgeführt. Davon war eines in Murau und ein anderes in Graz. Auch bei diesen Interviews herrschte eine sehr positive Atmosphäre. Man hatte das Gefühl, dass sich die ExpertInnen wirklich Zeit nehmen, um auf die Fragen genau einzugehen. Auf die Auswertungsmethode wird im darauffolgenden Kapitel genauer eingegangen.

7.4 Auswertungsmethode

7.4.1 MAXQDA

Um die Interviews strukturieren und kategorisieren zu können, wurde das computergestützte Programm MAXQDA verwendet. Das Programm MAXQDA ist eine professionelle Software für die qualitative Analyse von unstrukturierten Daten. Die Software unterstützt bei den

Bearbeitungen von Interviews, Umfragen, Feldnotizen, Audio- und Videodateien etc. (vgl. MAXQDA 2016, o.S.).

Für die Interpretation der Ergebnisse wurde in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) vorgegangen (vgl. Mayring 2010, S. 17ff). An dieser Stelle gilt diese Vorgehensweise genauer zu erläutern, um den Forschungshergang nachvollziehbar zu machen.

7.4.1 Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

Gegenwärtig lässt sich ein starker Trend in Richtung einer qualitativen Methode beobachten, welcher sich fast in der Gesamtheit der sozialwissenschaftlichen Bereiche durchgesetzt hat (vgl. Mayring 2010, S. 17). Die Inhaltsanalyse zielt darauf ab, das Material, welches aus irgendeiner Form von Kommunikation stammt, zu analysieren. Es muss hierbei aber darauf geachtet werden, dass sich die Inhaltsanalyse nicht nur auf die inhaltliche Analyse beschränkt, sondern es werden auch formale Aspekte der Kommunikation, wie Satzkorrekturen, unvollständige Sätze, Wortwiederholungen etc., miteinbezogen. Eine generell gültige Definition der Inhaltsanalyse gestaltet sich als schwierig, da sich oftmals die jeweiligen Arbeitsgebiete der Autoren stark in den Ausführungen widerspiegeln. Es gibt aber einige Punkte, die Teil einer Inhaltsanalyse sein sollen. Neben der Kommunikation spielt auch die systematische Vorgehensweise eine große Rolle. Außerdem sollte regel- und theoriegeleitet vorgegangen werden. Zudem sollte das Ziel verfolgt werden, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (vgl. ebd, S. 11ff).

Die Technik die in der vorliegenden Arbeit angewandt wurde, lehnt sich an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring an. Diese ist einer der zentralsten inhaltsanalytischen Techniken und hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem vorhandenen Material herauszufiltern. Diese Struktur erhält man durch die Bildung eines Kategoriensystems. Das Kategoriensystem dieser Forschungsarbeit wird im darauffolgenden Kapitel vorgestellt. Sämtliche Textteile, welche durch die Kategorien angesprochen werden, können dann systematisch aus dem Material extrahiert werden. Es ist notwendig, dass die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen genau bestimmt, aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden. Diese Dimensionen werden darauf weiter differenziert, indem sie in einzelne Ausprägungen aufgespaltet werden. Das Kategoriensystem setzt sich aus den Strukturierungsdimensionen und den Ausprägungen zusammen. Hierbei wird in drei Schritten vorgegangen. Erstens gilt es, die Kategorien genau zu definieren. Danach sollten konkrete Ankerbeispiele angeführt werden,

welche in diese Kategorien fallen. Außerdem ist es wichtig bestimmte Kodierregeln zu formulieren, um Abgrenzungsproblemen zwischen Kategorien entgegen zu wirken (vgl. ebd., S. 91).

Beim ersten Materialdurchgang wird ausschnittweise erprobt, ob die Kategorien greifen und die Kodierregeln eine klare Zuordnung ermöglichen. Dieser Probedurchgang, kann in zwei Arbeitsschritte gegliedert werden. Zunächst werden die Passagen im Material, in welchen die Kategorien angesprochen werden, bezeichnet. Dies kann entweder durch farbige Markierungen oder Notizen am Rand geschehen. Hierfür wurde bei der vorliegenden Arbeit die Software MAXQDA verwendet. Im darauffolgenden Schritt werden die jeweiligen Textauschnitte herausgeschrieben und je nach Ziel der Strukturierung bearbeitet. Nach dem ersten Durchgang kann es noch zu diversen Überarbeitungen des Kategoriensystems etc. kommen. Nach dem zweiten Durchlauf werden die Ergebnisse aufgearbeitet und zusammengefasst (vgl. ebd., S. 92ff).

7.4.2 Kategoriensystem

An dieser Stelle wird das für diese Arbeit erstellte Kategoriensystem aufgezeigt. Es wurden auch hier bestimmte Hauptkategorien generiert, welche sich in unterschiedliche Teilkategorien aufspalten. Es werden sowohl die Interviews mit den LehrerInnen als auch den Expertinnen in das Kategoriensystem miteinbezogen.

- Wissen über Suizidprävention
 - Bekanntheitsgrad der Angebote
 - Ziele der Suizidprävention
- Persönliche Erfahrungen
- Einstellungen zur Suizidalität
- SchülerInnen aus Lehrersicht
- Suizidprävention Schule
 - Peers aus Lehrersicht
 - Reaktion der LehrerInnen
 - Reaktion der SchülerInnen
 - Reaktion der Eltern
 - Ausbildung für LehrerInnen
 - Rolle der LehrerInnen
 - Suizid als Unterrichtsgegenstand

- Rahmenbedingungen
 - Kritikpunkte
- Vorschläge LehrerInnen
 - Konkrete Inhalte – LehrerInnen
- Risikogruppen
- Religiosität
- Erklärungsansätze Suizidrate Murau – Lehrer
 - Enge Täler
 - Ländliche Einstellung
 - Krankheit
 - Arbeitslosigkeit
 - Stadt-Land Unterschied
- Profession und Kompetenzen
 - Beweggründe
 - Probleme
- Angebot
 - Angebot Peers
 - Nutzungshäufigkeit
 - Kosten
 - Weiterbildungsmöglichkeiten
 - Angebot GO-ON
 - Angebot für SchülerInnen
 - Nutzungshäufigkeit
 - Kosten
 - Angebot Verrückt! Na und?
 - Nutzungshäufigkeit
 - Rahmenbedingungen
 - Kosten
 - Entstehung
- Arbeitsweise
 - Arbeitsweise Verrückt? Na und!
 - Ziele Verrückt? Na und!
 - Arbeitsweise GO-ON
 - Arbeitsweise Peers

- Reaktion der Eltern/LehrerInnen/SchülerInnen
- Bekanntmachung/Verbreitung
- Vernetzungsarbeit
 - Vernetzungsarbeit Verrückt? Na und!
 - Vernetzungsarbeit GO-ON
 - Vernetzungsarbeit Peers
- Suizidprävention allgemein
 - Suizidprävention Bezirk Murau
- Suizidalität
- Grenzen der Suizidprävention
- Erklärungsansätze Suizidrate Bezirk Murau ExpertInnen
 - Suizidrate Verrückt? Na und!
 - Suizidrate GO-ON
 - Suizidrate Peers
- Wünsche und Verbesserungsvorschläge ExpertInnen

Zentrale Forschungserkenntnisse, welche sich aus den geführten Interviews und der Auswertung dieser ergeben, werden im nächsten Kapitel aufgezeigt. Es ist im Zuge dieser Arbeit leider nicht möglich, auf alle Kategorien eingehen zu können. Daher werden nur ausgewählte Kategorien erläutert, um bei den zentralen Forschungsfragen zu bleiben und den Rahmen nicht zu sprengen.

7.5 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse der durchgeführten empirischen Forschungsstudie, anhand der Aussagen der InterviewpartnerInnen, dargestellt. Die einzelnen Dimensionen spiegeln teilweise das vorab erstellte Kategoriensystem wieder und dienen der Ordnung der Resultate. Um die Ergebnisse der Erhebung transparenter zu machen, wurden passende Textpassagen aus den Interviews angeführt, welche die Interpretation untermauern sollen. Das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die vorhandenen Angebote der Suizidprävention für Schüler und Schülerinnen, an höheren Schulen im Bezirk Murau, aufzuzeigen. Außerdem soll die Arbeit auch die Wünsche und Vorschläge seitens der LehrerInnen an diesen Schulen beschreiben. Durch die Befragung von ExpertInnen, sowie von

LehrerInnen, kann somit ein gemeinsamer Konsens gefunden werden, um eine bestmögliche Suizidprävention für Schüler und SchülerInnen zu gewährleisten.

7.5.1 Wissen über Suizidprävention

Folgende Ergebnisse beziehen sich auf das Wissen über die Suizidprävention der LehrerInnen. Es ging darum zu erfahren, ob die LehrerInnen an Schulen im Bezirk Murau über die Angebote und Ziele der Suizidprävention Bescheid wissen. Anhand der geführten Gespräche lässt sich festmachen, dass man zwar über den Sinn und die Aufgaben der Suizidprävention informiert ist, jedoch kaum Kenntnis über Angebote und Anlaufstellen hat. Betrachtet man die Antworten aber genauer, merkt man, dass auch das Wissen über die Suizidprävention sehr eingeschränkt und oberflächlich ist. Dies soll nicht bedeuten, dass gar kein Wissen vorhanden war. Die Peers waren teilweise bekannt, jedoch wusste nicht jeder über deren Funktion Bescheid. Auch das psychosoziale Netzwerk und die Fachstelle GO-ON konnten benannt werden. Auch die Telefonseelsorge wurde von einer Lehrperson erwähnt (vgl. dazu L3:14). Was auffällt ist, dass auf diese Frage mit sehr einfachen und allgemeinen Formulierungen geantwortet wurde, wie folgende Zitate veranschaulichen:

„Ich denke mir mal das Hauptziel ist es sicher, die Selbstmordrate, die bei uns relativ hoch ist zu senken. Also diesen Suizidhandlungen und Gedanken auf unterschiedlichen Ebenen entgegenzuwirken“(L3:12).

„Ich verstehe darunter die Verhinderung eines Selbstmordes und auch die Verhinderung, dass es überhaupt zu Suizidgedanken in irgendeiner Weise kommt“(L2:10).

Aufgrund solch oberflächlicher Formulierungen kann man darauf schließen, dass noch sehr viele Informationen über Suizid, deren Ziele und Auslöser weitergegeben werden können. An dieser Stelle wären Lehrerfortbildungen denkbar. Außerdem fällt auf, dass kein sensibler Umgang mit den Begrifflichkeiten gegeben ist und die Bezeichnung „Selbstmord“ sehr häufig gewählt wird. Wie im zweiten Kapitel des Theorieteils beschrieben, ist „Selbstmord“ ein sehr wertender Begriff, welcher zu einem psychosemantischen Irrtum führt. Die Betroffenen wollen in vielen Fällen nicht wirklich sterben, sondern nur ein anderes Leben führen. Zudem legt der Begriff „Mord“ nahe, dass die Beweggründe nicht aus anhaltender Verzweiflung stammen, sondern niedere Beweggründe sind (vgl. Bründel 2015, S. 14 und Kapitel 2).

Von einer Lehrperson sind auch die Warnsignale angesprochen worden. Zusätzlich geht sie auf die Funktion der Peers genauer ein:

„Dass man die Jugendlichen einfach sensibel macht, für die Warnsignale, die ja viele Menschen vor einem Suizid aussenden. Die beste Freundin wird diese Veränderungen oft eher wahrnehmen als ein Lehrer. Das ist vor allem auch das Ziel der Peergroup Education. Einfach auch Jugendliche zu bewegen, sich mit diesem Tabuthema auseinanderzusetzen“ (L1:12).

Zusammenfassend lässt sich auf dieser Ebene sagen, dass die LehrerInnen zwar über die Begrifflichkeit der Suizidprävention Bescheid wussten und auch verschiedene Hilfsangebote benennen konnten, jedoch waren diese Kenntnisse sehr oberflächlich. Auch über die Funktionen und Details einzelner suizidpräventiver Angebote konnte nur selten Auskunft gegeben werden.

7.5.2 Persönliche Erfahrungen und Suizidprävention Schule

Die Fragen in diesem Bereich bezogen sich einerseits auf die persönlichen Erfahrungen mit Suizid im sozialen Umfeld, andererseits auf die Erfahrung mit suizidpräventiven Angeboten in der Schule.

Alle LehrerInnen machten bereits mehrere Erfahrungen im privaten Umfeld. Suizid und Suizidalität ist bei jedem der InterviewpartnerInnen präsent. Bezogen auf den Unterricht und suizidpräventive Angebote ist gegenteiliges der Fall. Bis auf die Peers, welche an der Schule tätig sind, wurde von keinen der LehrerInnen ein suizidpräventives Projekt in deren Klassen durchgeführt. In Bezug auf die Peers fällt auf, dass bis auf eine Lehrerin, welche auch die Betreuung der Peers übernommen hat, niemand wirklich über deren Funktion und Aufgaben Bescheid weiß. Dies unterstreichen folgende Zitate:

„Ja die kenne ich, sowas haben wir hier in Schule A auch, aber für was genau – keine Ahnung“ (L3:48).

„Ich weiß nicht, ob das bei uns vielleicht die Peers machen. Also ich glaube im Rahmen der Peers wird das auch für die Schülerinnen und Schüler angeboten. Die gibt es an der Schule B sicher, in Schule A wüsste ich jetzt nichts davon“ (L4:15).

„Naja, ich kann da nur an die Peers denken, ich kann mir aber nicht vorstellen, dass die das machen. Die sind eher nur für Aufklärung usw. zuständig, also ich glaube nicht, dass die das in diesem Sinn machen“ (L2:16).

Dadurch wird deutlich, dass die Peers in der Lehrerschaft zwar bekannt sind, jedoch ist man sich bezüglich derer Aufgaben nicht ganz sicher. Peers informieren immer im Team von zwei Personen, in Form von Vorträgen, ihre MitschülerInnen zu einem bestimmten Thema und

stellen sich als Ansprechperson bei diversen Problemen zur Verfügung (vgl. Österreichisches Jugendrotkreuz 2011, o.S.). Die Peers-Betreuerin vermittelt jedoch das Gefühl, dass sich dieses Konzept an der Schule gut etabliert hat. Anfangs gab es etwas Probleme bezüglich der Stundenfreigabe, dies hat sich jedoch im Laufe der Zeit gebessert. Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit dieses Angebot von den LehrerInnen geschätzt wird. Da viele nicht wirklich darüber Bescheid wissen, könnte man aufgrund der Aussagen das Gefühl bekommen, dass das Angebot zwar toleriert, aber nicht weiter gefördert und angesehen wird. Anhand der Interviews wird deutlich, dass nicht nur die Schüler, sondern auch die Lehrer über dieses Angebot in Kenntnis gesetzt werden sollten, damit diese auch genau über deren Aufgaben Bescheid wissen.

7.5.3 Suizid im Unterricht

Die Suizidproblematik wird im Unterricht kaum bis gar nicht thematisiert, nur falls es in Zusammenhang mit anderen Themen zur Sprache kommt z.B. Depression, Sterbehilfe etc., was durch folgendes Zitat verdeutlicht wird:

„Also bei mir im Religionsunterricht eigentlich nur, wenn es im Zusammenhang mit anderen Themen zur Sprache kommt. Unterrichtsgegenstand ist es eigentlich keiner. Ich kann mir aber vorstellen, dass es zum Beispiel im Psychologie und Philosophie Unterricht sehr wohl behandelt wird. In Religion wäre es eigentlich auch möglich das einzubinden, aber bis jetzt habe ich das so dezidiert noch nicht gemacht“ (L3:38).

Außerdem wurde immer wieder deutlich, dass man sich davor scheut dieses Thema im Unterricht anzusprechen. LehrerIn 4 äußert sich dahingehend folgendermaßen:

„Man hat immer irgendwie Angst davor was man damit aufwühlen könnte, oder damit anrichten könnte. Das gleiche könnte ich mir bei der Suizidprävention auch vorstellen. Entweder muss man es dann ganz allgemein halten (...). Man weiß ja nicht was man damit auführt, was die Schüler im privaten Bereich für Erfahrungen gemacht haben“ (L4:19).

„Es ist eben ein so heikles Thema, das spricht man dann schwer an. Es ist halt schon noch irgendwie ein Tabuthema. Man hat dann als Lehrer irgendwie Angst, was man anstellen könnte. Da braucht es glaube ich schon jemanden, der da geschult ist und der das auch gut macht“ (L4:47).

Diese Bedenken sind in gewisser Weise auch gerechtfertigt. Bründel gibt an, dass man beim Einsatz von Unterrichtseinheiten zum Thema Suizid immer mit einer gewissen Vorsicht agieren muss. Es könnten sich in der Klasse gefährdete Jugendliche befinden, welche durch unerfahrene Lehrkräfte übersehen werden könnten (vgl. Bründel 2015, S. 88 und vgl. Kapitel 6.5.2).

7.5.4 Fortbildungen für LehrerInnen

Aus diesem Grund wäre es auch sinnvoll über eine spezielle Schulung und Ausbildung für Lehrer nachzudenken, um solche Themen den SchülerInnen näherbringen zu können bzw. damit diese im Ernstfall auch richtig reagieren können. Auch in den geführten Interviews wurde über eine diesbezügliche Ausbildung gesprochen. Keine/r der LehrerInnen hatte im Zuge seiner Ausbildung eine Schulung dahingehend bekommen, wodurch solche Ängste auch nachvollziehbar sind. Die GesprächspartnerInnen können sich auch vorstellen, an Schulungen in diese Richtung teilzunehmen und glauben auch, dass sich ein Teil der Lehrerschaft dafür bereit erklären würde.

„Ja ich glaube schon, dass diese angenommen werden. Dadurch fühlt man sich auch als Lehrer sicherer, wenn es zu solchen Vorfällen kommt und man weiß wie man reagieren muss. Aber am besten ist glaube ich trotzdem, dass wenn akute Fälle auftreten, man das nicht als Lehrer versucht in der Schule zu lösen, sondern, dass man unbedingt weiter vermitteln soll. Da braucht man keinen Lehrer, da braucht man wirklich professionelle Hilfe, also in kompetente Hände. Und das ist ein Lehrer, auch wenn er eine Schulung macht nicht, das kann man NIE vergleichen“ (L4:49).

Dieses Zitat zeigt einerseits die Bereitschaft an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen, andererseits birgt es ein weiteres zentrales Thema der durchgeführten Befragung in sich. Alle

LehrerInnen waren sich einig, dass suizidpräventive Maßnahmen von einer außenstehenden Person gesetzt werden sollen. Nicht nur in einem, wie oben geschilderten „Akutfall“, sondern auch Vorträge, Workshops und die Bearbeitung der Suizidthematik sollten durch außerschulisches Personal geschehen.

7.5.5 Wünsche und Vorschläge seitens der Lehrer

Diese Annahme wird auch in der Frage nach den Wünschen und Vorschlägen gestärkt. Außerdem wurde in diesem Rahmen nach bestimmten Inhalten gefragt, welche, laut Meinung der LehrerInnen, Teil eines suizidpräventiven Angebots für SchülerInnen sein sollten. Zusätzlich wurde darüber gesprochen, welche Rahmenbedingungen für ein solches Angebot gegeben sein müssen.

Hier wurde einstimmig darauf plädiert, dass eine außenstehende Person zu Rate gezogen werden soll. Die LehrerInnen waren sich einig, dass dies einen positiven Effekt auf ein suizidpräventives Projekt hat. Es wurde immer wieder angesprochen, dass manche Schüler zu bestimmten LehrerInnen ein gespanntes Verhältnis haben und in deren Anwesenheit nicht offen über solch sensible Themen sprechen möchten. Jede/r SchülerIn hat zu anderen Lehrerpersonen einen guten oder schlechten Zugang und somit ist es sehr schwierig, dass eine Klasse zu einem Lehrer/einer Lehrerin ein ähnliches Vertrauensverhältnis aufbaut. Außerdem wurde auch an dieser Stelle die fehlende Schulung in diese Richtung angesprochen, weshalb es für die LehrerInnen wichtig wäre, dass solche Projekte von einer außerschulischen und professionell ausgebildeten Person durchgeführt werden. LehrerIn 3 spricht in diesem Zusammenhang auch über ein verändertes Klima, wenn der Lehrer/die Lehrerin mit hereingenommen wird:

„Ich würde sagen, dass es jedenfalls sinnvoll wäre, professionelle Unterstützung zu haben, also dass man andere Organisationen wie zum Beispiel GO-ON miteinbezieht. (...) Den Lehrer würde hierbei nicht mitherein nehmen. Das ist dann gleich ein anderes Klima“ (L3:48).

Die Aussagen der LehrerInnen zeigen, dass suizidpräventive Projekte grundsätzlich von allen Befragten gewünscht und als sinnvoll erachtet werden. Neben der Unterstützung einer

außenstehenden Person wünscht man sich aber sehr wohl eine Absprache mit den LehrerInnen. Vor der Durchführung solcher Projekte, sollte man sich genau über die SchülerInnen einer Klasse informieren. LehrerIn 2 äußert sich dahingehend folgendermaßen:

„Wenn jetzt so ein Team an die Schule kommt, sollte man sich vorher ganz genau mit den Lehrern absprechen. Man sollte sich auch kurz mit der Historie der Schüler auseinandersetzen, dass man vielleicht nicht kommt, wenn gerade vor zwei Tagen etwas passiert ist“ (L2:62).

LehrerIn 4 äußert ebenfalls den Wunsch, Unterstützung von außen zu erhalten und möchte, dass neben den LehrerInnen auch mit den SchülerInnen im Vorhinein abgeklärt wird, ob ein solches Projekt durchgeführt werden kann:

„Aber ich glaube trotzdem, dass das nicht von einem Lehrer gemacht werden sollte, sondern das müsste wirklich jemand sein, der dafür speziell geschult ist. Das ist durchaus ein heikles Thema. Damit wären wir überfordert. Ich kann mir vorstellen, dass einige Schüler an einen Lehrer weniger gern herantreten als an eine außenstehende Person. (...). Ich glaube man muss auch vor so einem Projekt die Schüler alle fragen, ob es jedem angenehm ist, ob man da nicht an irgendetwas stößt, oder damit irgendetwas aufrührt“ (L4:21).

In Hinsicht auf die Umstände, wann ein suizidpräventives Projekt zum Einsatz kommen soll, teilen sich die Meinungen der LehrerInnen. Während zwei der Ansicht sind, dass man schon im Vorfeld, ohne bestimmten Anlass darüber informieren sollte, können sich zwei LehrerInnen vorstellen, anlassbedingt vorzugehen:

„Ich glaube, dass konkrete Anlässe dafür gegeben sein müssen. Also, dass man dann, wenn es irgendwelche Vorfälle gegeben hat, solche Angebote für die Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stellt“ (L3: 40).

Das anlassbedingte Einsetzen von suizidpräventiven Projekten kann als Tertiärprävention eingestuft werden. Anhand der Tertiärprävention sollen ungünstige Verläufe und Folgeschäden vermieden werden. Im Bereich der Suizidprävention ist damit die Nachbetreuung im Anschluss

an Suizidversuche gemeint. Zusätzlich ist die Verhütung von ungünstigen Spätfolgen ein breiter Bestandteil in der suizidalen Tertiärprävention (vgl. Zima 2014, S. 11 und Kapitel 6).

Auf die Frage nach konkreten Inhalten suizidpräventiver Projekte wurden seitens der LehrerInnen mehrere Themengebiete genannt. Es wird gewünscht, dass über die Entstehung von Krisen und Suizidalität aufgeklärt wird, sowie die örtlichen Hilfsangebote vorgestellt werden. Außerdem sollen Alternativen aufgezeigt und Lösungsvorschläge erbracht werden. Zusätzlich sollen spezielle Themen, welche die Jugendlichen in ihrer Entwicklung und in ihrem schulischen Alltag beschäftigen, behandelt werden. Hier wurden beispielsweise Gruppenzwang, Suchterkrankungen, Homosexualität und psychische Erkrankungen genannt. Es soll auf die Wünsche und Anliegen der SchülerInnen eingegangen werden.

In Bezug auf die Durchführung und auf die Rahmenbedingungen, waren sich die LehrerInnen einig, das Projekt klassenweise und in Form von Workshops durchzuführen. Es sollte kein langwieriger und theoriegebundener Vortrag sein. Natürlich soll auch theoretisches Wissen vermittelt werden, jedoch ist es den LehrerInnen wichtig, dass die SchülerInnen aktiv eingebunden werden um auch deren Aufmerksamkeit zu bewahren.

7.5.6 SchülerInnen aus LehrerInnensicht

In diesem Bereich der Befragung sollten die LehrerInnen einschätzen, ob suizidpräventive Angebote von ihren SchülerInnen gewünscht werden. Außerdem wurde gefragt, ob sie merken, dass Suizidalität in ihren Klassen Thema ist und ob sich die Schüler mit dieser Problematik auseinandersetzen.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass alle befragten LehrerInnen der Meinung sind, dass Suizid und Suizidalität immer wieder Thema bei ihren SchülerInnen ist. Sie bemerken, dass sich SchülerInnen darüber unterhalten und auch bei bestimmten Unterrichtsthemen werden die LehrerInnen auf die Suizidthematik angesprochen. Zusätzlich wurde die Frage, ob sich SchülerInnen ein suizidpräventives Projekt wünschen Großteils bejaht. LehrerIn 3 begründet dies auch in Zusammenhang mit der hohen Suizidrate im Bezirk Murau:

„Das kann ich mir durchaus vorstellen. Es gibt ja im Bezirk bekanntlich eine hohe Selbstmordrate. Ich bin jetzt gerade auch von Schülerinnen angesprochen worden, auf einen Fall im Bezirk. Also ich denke mir, das ist natürlich ein sehr wichtiger Vorschlag, dass man das machen sollte. Da würden sich die SchülerInnen auch annehmen“ (L3:36).

LehrerIn 4 ist zwar grundsätzlich der Meinung, dass suizidpräventive Angebote von den SchülerInnen gewünscht werden, allerdings werden auch Bedenken bezüglich des Alters geäußert:

„Da kann ich mir eben vorstellen, dass es in diesem Alter für manche doch noch etwas weit weg ist. Also in den höheren Klassen, mit 19 sind sie nicht mehr zu jung. In den ersten Jahrgängen vielleicht schon noch. Dafür ist glaube ich ein gewisser Reifeprozess notwendig“ (L4:33).

7.5.7 Erklärungsansätze Suizidrate Bezirk Murau

Dieser Abschnitt stellt einen wichtigen Teil dieser Forschungsstudie dar. Auch eine Forschungsfrage beschäftigt sich mit diesem Thema. Die LehrerInnen und Expertinnen wurden gefragt, welche Erklärungsansätze sie für die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau liefern können. Die Erklärungsansätze waren sehr vielfältig und interessant. Es wurden seitens der LehrerInnen und Expertinnen viele Begründungen geliefert, welche nun genauer erläutert werden.

Auffällig ist, dass drei von vier befragten LehrerInnen auf die engen Täler im Bezirk Murau zu sprechen gekommen sind. Diese werden als bedrohlich und erdrückend beschrieben. Die LehrerInnen sind der Meinung, dass dies Auswirkungen auf das Gemüt und auf die Stimmung der Bevölkerung nehmen kann. In diesem Zusammenhang beschreibt LehrerIn 3 folgendes:

„Also was mir immer auffällt ist, dass ich mich immer fast ein bisschen bedroht fühle, wenn ich durch diese engen Täler durchfahre. (...) Also ich glaube, dass das auch vor allem im Winter ein Rolle spielt, wenn es dann schon so früh finster wird. Da bekommen welche ja fast nie

Sonne, oder Helligkeit. Das kann glaube ich schon stimmen, dass man da echt depressiv wird mit der Zeit. (...) Das kann schon irgendwie mitspielen, diese „Bedrohung“, dieses „über den Kopf wachsen“. Das mit der fehlenden Sonne denke ich auch“ (L3:30).

Eine weitere Interviewpartnerin gibt an, dass sie auch von Bekannten Aussagen diesbezüglich gehört hat, obwohl sie selbst nicht dieser Ansicht ist:

„Generell glaube ich auch, dass für manche diese engen Täler sehr erdrückend sind. Wenn man zu Beispiel Richtung Kärnten kommt, dann wird es auf einmal weit. Das sagen viele. Ich habe es zwar nie so empfunden, ich bin auch da geboren, aber ich weiß, dass viele Menschen so empfinden. Und dass das dann zusätzlich zur Depressivität mitwirkt. Aber man kann natürlich nicht sagen, dass das der Hauptgrund für die hohe Suizidrate ist“ (L1:42).

Ein weiterer Grund der oft zur Sprache gekommen ist, sind Krankheiten sowohl physischer als auch psychischer Art. Bei den psychischen Erkrankungen war Depression immer wieder ein Thema, aber auch körperliche Krankheiten, vor allem im Alter, wurden häufig genannt.

Auch auf die ländliche Einstellung wurde seitens der InterviewpartnerInnen immer wieder eingegangen. Damit ist gemeint, dass im Bezirk Murau noch eine veraltete Einstellung gegenüber psychischen Krankheiten bzw. Hilfsangeboten in diese Richtung besteht. Da keine Anonymität gegeben ist, befürchten die LehrerInnen, dass immer noch eine gewisse Scheu vorhanden ist, um psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Folgende Zitate spiegeln diese Bedenken sehr gut wieder:

„...In Städten wiederum ist es leicht, aufgrund der Anonymität, dass man eher ein Hilfsangebot aufsucht und sich professionellen Rat holt. Am Land ist diesbezüglich noch mehr Scheu dabei. Da sich die meisten untereinander kennen, haben viele Menschen Angst, dass die anderen dann wissen, dass man ein Problem hat“ (L3:28).

„Das man sich da bei uns am Land vielleicht auch weniger Hilfe sucht. In der Stadt geht man halt vielleicht, wenn man Depressionen hat, schneller zu einem Arzt, wie bei uns am Land. Da

scheut man sich oft davor. Ich glaube es wird dann oft zu spät erkannt, oder jemand will das irgendwo auch nicht wahrhaben“ (L1:42).

Neben Krankheiten, den engen Tälern und der ländlichen Einstellung war auch Arbeitslosigkeit immer wieder Thema. Es gehen aus den Interviews sehr viele Erklärungsansätze hervor. Die LehrerInnen haben immer wieder betont, dass natürlich mehrere Faktoren eine Rolle spielen und die genannten Gründe nur persönliche Einschätzungen sind. Es lassen sich aber immer wieder Anknüpfungspunkte an die Literatur finden. Beispielsweise ist in der Befragung oftmals Depression als Grund für die hohe Suizidrate genannt worden. Es ist richtig, dass Menschen mit Depressionen einer großen Risikogruppe angehören. Keine andere psychische Erkrankung führt in diesem Ausmaß zu einer lebensverneinenden Einstellung und zu einer Entwertung der eigenen Person. Es entstehen selbstdestruktive Tendenzen, gefolgt von Gefühlen der existenziellen Bedrohung, Hoffnungslosigkeit und Zukunftslosigkeit (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 147ff und vgl. Kapitel 4).

Arbeitslosigkeit stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar. Bezogen auf die Arbeitslosigkeit lässt sich aber in den vergangenen Monaten laut AMS eine Verbesserung im Bezirk Murau feststellen. Seit über einem Jahr ist ein anhaltender, positiver Trend zu beobachten (Stand: Mai 2016). Ende Mai waren im Bezirk Murau 653 Personen (317 Frauen, 336 Männer) arbeitslos gemeldet, das sind um 4,3 % weniger als im Vergleichsmonat des Vorjahres (vgl. AMS Österreich 2016, o.S.).

Auch die Expertinnen wurden nach Erklärungsansätzen für die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau gefragt. Da es keinen verallgemeinerbaren Grund gibt, sind die Antworten sehr unterschiedlich. In einigen Punkten waren sich die Expertinnen allerdings einig. Auch mit den Aussagen der LehrerInnen lassen sich einige Überschneidungen finden.

Wie auch bei den LehrerInnen war die ländliche Einstellung immer wieder Thema. Auch die Expertinnen sind sich einig, dass in der Gesellschaft (im Bezirk Murau) noch ein veraltetes Bewusstsein herrscht. Man scheut sich davor, psychische Hilfe anzunehmen und glaubt mit seinen Problemen selber zurechtzukommen zu müssen. Ziel der unterschiedlichen Angebote ist es, genau diese Stigmata aufzubrechen und dass die Leute psychische Hilfsangebote als eine Selbstverständlichkeit ansehen. Expertin 4 spricht in diesem Zusammenhang auch kurz den Stadt-Land-Unterschied an:

„Hier im Bezirk kennt einfach jeder jeden. Ich glaube, dass sich viele das vorhandene Angebot nicht nutzen, weil sie Angst haben, dass man schlecht über sie redet, wenn sie zu einer Beratungsstelle gehen. Wahrscheinlich schämen sich viele dafür. Das ist in einer Stadt sicher einfacher, da hier eine größere Anonymität herrscht“ (E4:63).

Dazu wird auch eine Art „Tradition“ in gewissen Familien beschrieben. Wenn es in einem Familienverband bereits einen Suizid gegeben hat, ist die Hemmschwelle für einen weiteren Suizid niedriger, so Expertin 2. Dies kann mit der bereits beschriebenen Lerntheorie erklärt werden (vgl. Kapitel 5.6). Diese besagt, dass Menschen nicht mit einem Hang zur Selbstschädigung geboren werden, sondern dieses Verhalten wurde mehr oder weniger von der Familie anezogen. Suizidales Verhalten wird in der Lerntheorie als eine erlernte Konfliktstrategie angesehen. Unterschiedliche Verhaltensmuster können durch Nachahmung erlernt werden. Dies kann sowohl bewusst als auch unbewusst geschehen. Dies gilt allerdings nicht nur für positives, sondern auch für negatives, selbstschädigendes Verhalten (vgl. Bründel 2004, S. 118f und vgl. Kapitel 5.6).

Ein weiterer Erklärungsansatz bezieht sich auf die Berufsgruppen. Expertin 1 erklärt, dass vor allem die Land- und Forstwirtschaft, die im Bezirk Murau eine große Gruppe darstellt, stark betroffen ist. Außerdem gibt sie an, dass die Region eine sich-veraltende Bevölkerungsstruktur aufweist und vor allem die älteren Männer eine Risikogruppe darstellen. Aus diversen Statistiken geht hervor, dass ältere Männer tatsächlich eine viel höhere Suizidrate aufweisen als Frauen. Daher ist für die Planung der Suizidprävention auch wichtig, Konzepte zu erarbeiten, wie ältere Menschen, vor allem Männer, von suizidpräventiven Angeboten erreicht werden können (vgl. Sonneck et al. 2002, S. 22 und vgl. Kapitel 3.5).

Weitere Erklärungsansätze die von den Expertinnen geliefert werden, sind die wirtschaftliche Lage der Region, die Arbeitslosenzahlen und der Bildungsstand. Auch die Tendenz zur Vereinsamung durch die abgelegenen Gebiete wird immer wieder genannt. Expertin 2 liefert dazu eine interessante Statistik:

„Je mehr Bäume es in einem Bezirk gibt, desto höher ist die Suizidrate (...) Das zeigt einfach, wie entlegen die Gebiete teilweise sind. Es gibt oft nicht so eine Zentrale. Dadurch bedingt entsteht natürlich oft Einsamkeit und Isolation“ (E2:69).

Es zeigt sich, dass unterschiedliche Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate im Bezirk Murau geliefert werden können. Da Suizidalität auch ein multifaktorielles Problem ist, gibt es auch

nicht den entscheidenden Grund. Es kommt zu einem Zusammenspiel vieler unterschiedlicher Einflussfaktoren, welche die hohe Suizidrate begünstigen. Die genannten Erklärungsansätze liefern allerdings einen guten Einblick in diese komplexen Zusammenhänge.

Grundsätzlich lässt sich aus den Interviews der LehrerInnen mitnehmen, dass Interesse an der Suizidthematik, sowohl seitens der SchülerInnen als auch der LehrerInnen, vorhanden zu sein scheint. Es wurden mehrere interessante Beiträge geleistet, welche am Ende der Ergebnisdarlegung, im Fazit, noch einmal zusammengefasst werden. Vor allem die Frage nach den Gründen für die hohe Suizidrate im Bezirk Murau wurde sehr ausführlich beantwortet. Die unterschiedlichsten Erklärungsansätze der LehrerInnen und ExpertInnen wiesen immer wieder Gemeinsamkeiten auf. Ein Hauptgrund konnte an dieser Stelle allerdings nicht herausgefunden werden, da es zu einem Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren kommt.

7.5.8 Angebot, Nutzung und Kosten von Suizidpräventionsprogrammen

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werden ausgewählte suizidpräventive Angebote erläutert und auf deren Nutzungshäufigkeit eingegangen. Die Einrichtungen, Projekte etc., welche bei der Befragung herangezogen wurden, sind bereits im sechsten Kapitel beschrieben worden. Dennoch wird in diesem Abschnitt noch einmal auf deren Angebote für die SchülerInnen eingegangen.

Bei den Peers mitzuwirken bedeutet mit Gleichaltrigen und Gleichgestellten zu arbeiten. Sie halten Vorträge zum Thema Suizid in den Schulklassen und stehen das ganze Jahr über als Ansprechperson bei Problemen zur Verfügung. Es ist hervorzuheben, dass die Arbeit immer ohne Erwachsene stattfindet, auch die LehrerInnen müssen während der Peers-Vorträge außerhalb des Klassenraums bleiben. Der Gedanke dahinter ist, dass sich die SchülerInnen dadurch einfacher öffnen können, wie bei einem Gespräch unter Freunden. Außerdem haben die SchülerInnen die Möglichkeit, die Peers als Vermittler bei Konflikten zu Rate zu ziehen. Die Peers informieren ihre MitschülerInnen über die Wichtigkeit der Erkennung von Warnsignalen und erklären ihnen, dass unbedingt Handlungsbedarf besteht, falls solche erkannt werden. ExpertIn 3 beschreibt das Angebot der Peers folgendermaßen:

„Wir Peers sind dafür da, dass unsere Mitschüler und Mitschülerinnen zu uns kommen bzw. zu uns kommen KÖNNEN. Wir reden dann mit ihnen und versuchen ihnen bei ihren Problemen zu helfen. Und eben die Vorträge, mit denen gehen wir von Klasse zu Klasse und stellen uns vor. Peers bedeutet auch, dass wir mit den Gleichaltrigen gleichgestellt sind. Wir sollen einfach versuchen gegenseitig zu helfen und zu verstehen und eben über die Themen Suizid und HIV aufzuklären. Also eigentlich sind wir Peers eine Gruppe von Jugendlichen, die eine spezielle Ausbildung haben um über diese schwierigen Themen aufzuklären. Ansonsten wird ja eher weniger darüber gesprochen“ (E3:19).

Dieses Zitat bringt das Angebot der Peers auf den Punkt. Einerseits sind es die Vorträge, andererseits die Beratungsfunktion während des ganzen Schuljahres. Bezogen auf die Nutzungshäufigkeit betonen sowohl Expertin 3 als auch Expertin 4, dass sich ihre Arbeit oftmals auf die Vorträge in den ersten Klassen beschränkt. Nur in den seltensten Fällen treten die SchülerInnen wirklich mit privaten Problemen an sie heran. Als Grund dafür wird angegeben, dass sich die SchülerInnen schämen, mit den Peers über private Dinge zu sprechen, wenn nicht wirklich ein Vertrauensverhältnis zwischen ihnen besteht. Obwohl sie eine spezifische Ausbildung erhalten haben, werden sie trotzdem als MitschülerInnen angesehen. Das bedeutet, dass trotzdem das persönliche Verhältnis untereinander eine große Rolle spielt, daher wäre es vielleicht sinnvoll eine außenstehende Person dafür einzusetzen.

Das Angebot der Peers ist für die SchülerInnen kostenlos. Auch die Ausbildungskosten werden vollständig vom Roten Kreuz übernommen. Die Verpflegung und die Unterkunft während der Ausbildung wurden den SchülerInnen kostenlos zur Verfügung gestellt.

Neben den Peers stellt auch GO-ON Suizidprävention Steiermark diverse suizidpräventive Angebote zur Verfügung. Expertin 1 beschreibt GO-ON als schulendes Projekt, mit dem Auftrag der Öffentlichkeitsarbeit und der Bewusstseinschaffung für MultiplikatorInnen. Dies bedeutet im genaueren Sinne, dass Vorträge, Workshops und Fortbildungen angeboten werden. Themen sind beispielsweise der Umgang mit Krisen und Krisenverläufen, Suizidalität und

Hilfsangebote der Region. Die Expertin betont auch immer wieder, dass die Angebote an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden:

„Im Wesentlichen geht es uns wirklich darum, dass wir einen „Erste Hilfe Kurs für die Seele“ zur Verfügung stellen. Je nach Publikum, je nach Gruppe die wir ansprechen wollen, versuchen wir dieses Angebot ein Stück maßzuschneidern. Für jüngere Menschen, also zum Beispiel Kinder und Jugendliche, geht es um eine starke Ressourcenorientierung des Angebots (...). Für Multiplikatorengruppen ist vor allem das theoretische Wissen zu den verschiedenen Themen im Vordergrund. Also das versuchen wir anzupassen“ (E1:26).

GO-ON Suizidprävention Steiermark stellt unterschiedliche Themen für unterschiedliche Zielgruppen (z.B. Angehörige) zur Verfügung. Um diese genauer zu betrachten, bietet diese Forschungsarbeit nicht genügend Raum, es wäre jedoch sinnvoll weitere Studien in diese Richtung durchzuführen. Beschränkt man sich deshalb auf den schulischen Kontext, so stehen auch hier Angebote für SchülerInnen zur Verfügung. Jedes Jahr gibt es unterschiedliche Schwerpunkte. Dieses Jahr (2016), liegt der Schwerpunkt beispielsweise bei der „Suizidprävention für Kinder und Jugendliche“. Dabei werden die Workshops und Vorträge gezielt Schulen angeboten.

Wie bereits beschrieben (vgl. Kapitel 7.5.5), waren sich die befragten LehrerInnen einig, dass unbedingt eine außenstehende Person die SchülerInnen mit diesem Thema in Berührung bringen sollte. Dem gegenüber steht nun aber ein völlig anderer Ansatz. Expertin 1 erklärt, dass die Schulungen und Fortbildungen, vor allem anfangs, hauptsächlich LehrerInnen angeboten werden sollen:

„Momentan ist der Stand für uns, dass wir unser Programm gezielt Schulen anbieten. In einem ersten Schritt aber jetzt gezielt der Lehrerschaft. Im Sinne von Nachhaltigkeit erscheint es uns einfach als wesentlich, dass vor allem die Lehrer, also jene, die quasi an der Schule immer verbleiben, einmal eine Grundinformation zum Thema und im Umgang zum Thema haben“ (E1:36).

Das Argument der Nachhaltigkeit ist durchaus nachvollziehbar und plausibel, allerdings müsste man sich in diesem Punkt noch einmal mit unterschiedlichen LehrerInnen absprechen, um die bestmögliche Variante für die SchülerInnen zu erhalten. Seitens der LehrerInnen war die Position sehr eindeutig: eine geschulte und vor allem außenstehende Person sollte suizidpräventive Programme an Schulen durchführen. Es ist seitens GO-ON aber ohnehin geplant, in weiterer Folge, auch Angebote speziell für SchülerInnen zu entwickeln. Außerdem wird immer auf besondere Wünsche der Zielgruppe eingegangen. Eine gemeinsame Erarbeitung dieses Programms mit den ExpertInnen und LehrerInnen wäre in diesem Fall sehr sinnvoll.

Die Angebote von GO-ON Suizidprävention Steiermark werden sehr gut angenommen. Die Interviewpartnerin spricht von ca. 100 Veranstaltungen im Bereich Murau-Murtal, im letzten Jahr. Auch der Rücklauf, auf das Angebot für Lehrpersonen, ist durchaus positiv. Zu erwähnen ist auch noch, dass die Angebote weitgehend kostenlos zu Verfügung gestellt werden können, es sei denn es handelt sich um spezielle und vertiefende Schulungen. Expertin 1 äußert sich in Bezug auf die Kosten folgendermaßen:

„Es gibt Basisveranstaltungen, Grundveranstaltungen und Vortragstätigkeiten die wir kostenlos zur Verfügung stellen, weil das ja unser Kernauftrag ist. Wenn dann speziellere Anforderungen gestellt werden, speziellere Schulungen oder ausführlichere, vertiefendere Veranstaltungen gewünscht werden, sind diese mitunter auch kostenpflichtig für die Einrichtungen und das ist eine zusätzliche Einnahmequelle“ (E1:24).

Ein weiteres suizidpräventives Angebot, welches für diese Forschungsarbeit herangezogen wurde, ist das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“. Im Zuge des Projekts werden Workshops für SchülerInnen (ab 14 Jahren) angeboten, welcher sich über einen Zeitraum von fünf Stunden erstreckt. Der Workshop wird von zwei Personen abgehalten. Ein Teammitglied ist immer jemand, der/die selber von psychischen Erkrankungen/Problemen etc. betroffen war. Diese/r „outet“ sich aber erst am Schluss, damit die SchülerInnen vorurteilsfrei auf diese Person zugehen. Expertin 2 beschreibt den Ablauf eines Workshops folgendermaßen:

„In der ersten Phase des Workshops werden die Jugendlichen wach gerüttelt und es wird ihnen gezeigt, was seelische Gesundheit ist. Man schaut welche Vorerfahrungen die Jugendlichen haben und was sie schon wissen. Mit gezielten Fragetechniken und Spielen, schaut man was die Jugendlichen beschäftigt. Damit hat man auch die Themen, welche man in weiterer Folge des Workshops erarbeiten kann. Im zweiten Teil finden dann Gruppenarbeiten statt, zu verschiedensten Themen, wie Glück und Krisen oder wie der Körper mit der Psyche zusammenhängt. (...) Im letzten Teil, da gibt es dann noch eine schöne Überleitung, outet sich dann ein Teammitglied als Betroffener. Erzählt und berichtet aus seinem Leben und die Jugendlichen dürfen dann Fragen stellen“ (E2:33).

Zusätzlich werden, aufgrund mehrfacher Nachfrage, auch Elternabende angeboten. Dabei werden Fachinformationen weitergegeben und über die Arbeitsweise des Projekts berichtet. Außerdem wird auch den LehrerInnen ein Informationsblatt über das Projekt und die Inhalte mitgegeben, um gegebenenfalls auch die Eltern darüber informieren zu können.

Es ist während der fünf Projektstunden auch immer ein Klassenlehrer involviert. An dieser Stelle sollte man eventuell auch die Bedenken der LehrerInnen berücksichtigen. Die befragten Lehrpersonen waren sich einig, dass es besser wäre die LehrerInnen außen vor zu lassen, da manche Jugendliche, in der Gegenwart dieser, Probleme haben sich zu öffnen. Die LehrerInnen meinten, dass mit einer Lehrperson das Klima in einer Klasse ein anderes wäre. Vielleicht wäre hier ein Austausch der beiden Positionen sinnvoll. Vor allem deswegen, weil die LehrerInnen das Projekt mittragen sollten können.

Die Expertin betont auch immer wieder die suizidpräventiven Aspekte des Schulprojekts. Es geht vor allem um Aufklärungsarbeit und der Bekanntmachung von Hilfsangeboten. Die Interviewpartnerin bezeichnet dies als einen wichtigen Aspekt des Projekts:

„Also einfach das man Aufklärung betreibt, wie man Suizidalität erkennen kann. Auch zu erklären, was man tun kann, wenn ein Angehöriger, Freund etc. suizidgefährdet ist und wo man sich hinwenden kann und professionelle Hilfe bekommt. Das decken wir auch mit unserem

Projekt ab und das ist eine wichtige Maßnahme. Information geben, Aufklärung betreiben!“(E2:53).

Neben dem suizidpräventiven Aspekt, steht bei „Verrückt? Na und!“ auch die allgemeine (psychische) Gesundheitsförderung im Vordergrund. Hierbei lassen sich einige Überschneidungen mit der „gesundheitsfördernden Schule“ festmachen. Themen wie die Stärkung des Selbstwertgefühls und der sogenannten Selbstverfügerkräfte stehen hierbei im Mittelpunkt (vgl. Bründel 2004, S. 165f und vgl. Kapitel 6.5.3).

Finanziert wird das Projekt durch den Gesundheitsförderungsfond Steiermark. Im Moment sind die Ressourcen ausreichend, daher kann das Projekt zurzeit noch kostenlos an den Schulen angeboten werden. Die zukünftige Finanzierung ist allerdings noch offen, da das Projekt langfristig und über Jahre hinweg bestehen soll.

Alle Expertinnen hatten das Gefühl, dass die Angebote und Projekte sowohl bei den SchülerInnen als auch bei LehrerInnen und Eltern sehr gut angekommen sind. Das Interesse an der Thematik ist sehr wohl vorhanden und die SchülerInnen waren immer bereit sich der Thematik anzunehmen und mitzuarbeiten. Daraus lässt sich schließen, dass suizidpräventive Angebote von vielen SchülerInnen gewünscht und auch angenommen werden.

7.5.9 Bekanntmachung der Suizidpräventionsprogramme

GO-ON Suizidprävention Steiermark wirbt für öffentliche Veranstaltungen über Zeitungen und verschiedene andere Informationskanäle. Es wird versucht, Veranstaltungen über bestimmte Trägerorganisationen oder einen Anbieter zu spielen. Es gibt im Moment sehr gute Listen von VernetzungspartnerInnen und MultiplikatorInnen, wo man sich aktiv an die jeweiligen Institutionen wendet. Dort stellt man sich vor und erhält die Buchungen im Rücklauf. Dieser ist bei GO-ON Suizidprävention, laut der Expertin, sehr gut und das suizidpräventive Angebot wird gerne angenommen. Aufgrund der schulischen Schwerpunktlegung, stellte man sich auch über die Pflichtschulinspektoren, in LeiterInnenkonferenzen im Bezirk Murau und Murtal, vor. „Verrückt? Na und!“ hat sich direkt an die Schulen gewandt und über das neue Projekt

informiert. Daraufhin hat die Landesschulratspräsidentin über eine E-Mail alle Schulen darüber in Kenntnis gesetzt. Zusätzlich wurden den Schulen Informationsmaterialien über den Postweg zugesandt. Dazu kommen viele persönliche Gespräche, Telefonate und Mails. Hier ist allerdings anzumerken, dass viele der Lehrer nicht über diese Angebote Bescheid wussten. Das lässt den Schluss zu, dass noch mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden sollte, sodass wirklich alle von diesen Angeboten Bescheid wissen. Die vorhandenen Ansätze gehen allerdings schon in eine gute Richtung. Es wäre wünschenswert, an öffentlichen Plätzen bzw. an Orten, an denen sich viele Menschen aufhalten, gut sichtbare Plakate etc. zu platzieren (z.B. Arzt, Gasthäuser etc.).

7.5.10 Suizidprävention allgemein

Unter diesem Überbegriff standen Fragen nach den Möglichkeiten die Suizidrate langfristig zu senken und den Grenzen der Suizidprävention. Expertin 1 geht in diesem Zusammenhang auf mehrere Punkte ein:

„Wichtig um die Suizidrate langfristig zu senken, ist dieses Zusammenspiel von der Bekanntmachung der Hilfsangebote, und dem Ausbau dieses sozialpsychiatrischen Angebotes oder grundsätzlich des Beratungsangebotes (...). Zum anderen geht es auch um eine bewusste Haltung, letztlich bis in die Bevölkerung hinein, im Umgang mit Krisen. Wie gehen wir mit Krisen, mit schwierigen Lebenssituationen, die ja unweigerlich da sind und immer wieder auftreten, um. Das heißt also einen Bewusstseins- und ein Stück auch einen Haltungswechsel, um die Angebote die es gibt, auch in Anspruch nehmen zu können“ (E1:54).

In diesem Punkt waren sich alle Expertinnen einig. Es ist notwendig die Hilfsangebote in die Gesellschaft zu tragen und ein Umdenken zu erreichen. Jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens von Krisen betroffen sein, auch diejenigen, die bis zu diesem Zeitpunkt als psychisch unauffällig gegolten haben. Krisen sind grundsätzlich lösbar. Wie und ob Krisen bewältigt werden, hängt stets u.a. von der persönlichen Ausgangssituation und der biographischen Entwicklung ab (vgl. Bründel 2004, S. 95). An diesem Punkt ist es laut Expertinnen ein

wichtiger Auftrag der Suizidprävention, dass die Scheu genommen wird, auch Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Auch die Medien können einen wesentlichen Teil dazu beitragen.

Die Schule, als Ort der Suizidprävention, wurde von den Expertinnen an vielen Stellen des Interviews hervorgehoben. Schule wird als wesentliche Instanz einer langfristig erfolgreichen Suizidprävention angesehen. Dazu äußert sich eine Interviewpartnerin folgendermaßen:

„Ganz sicher ist Schule ein ganz wesentlicher Träger, eine ganz wesentliche Institution. Je früher Menschen in einem ressourcenorientierten Umgang mit Krisen gestärkt werden, je früher ihnen bewusst ist, welche Hilfsangebote es gibt und sie auch ein Selbstverständnis entwickeln diese in Anspruch zu nehmen, je besser und je günstiger kann sich das nur auf alle möglichen Krisenverläufe und damit auch mögliche suizidale Entwicklungen auswirken“ (E1:70).

Neben den bereits genannten Punkten war es auch immer wieder Gesprächsthema, dass ein längerfristiges Projekt sehr sinnvoll wäre. Hier stimmen Aussagen der Expertinnen und der LehrerInnen Großteils überein. Beide Parteien sind der Meinung, dass ein einmaliges Projekt ein guter und wünschenswerter Anfang ist, allerdings wäre es notwendig, längerfristige Angebote zu Verfügung zu stellen. Expertin 2 formuliert dahingehend:

„Ich glaube, dass natürlich längerfristige Angebote wichtig sind, nicht nur einmal in einer Schulklasse, sodass man halt etwas darüber gehört hat. Schon, dass das AUCH etwas bewirkt, aber natürlich ist es besser, dass man längerfristig, im Laufe des Lebens, immer wieder auf Projekte stößt. Das muss ja jetzt kein Workshop sein“ (E2:67).

In Bezug auf die Grenzen der Suizidprävention ist unter anderem die Messbarkeit genannt worden. Da es ein generationsübergreifender Prozess ist, ist vor allem eine schnelle Messbarkeit kaum möglich. Ob die jetzige Suizidprävention an Schulen erfolgreich ist, wird sich erst in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten messbar machen. Expertin 1 spricht in diesem Zusammenhang auch den langwierigen Prozess der Bewusstseinsveränderung in der Allgemeinbevölkerung an:

„Die Grenzen liegen ganz sicher in einer schnellen Messbarkeit und in einer sehr schnellen Umsetzung (...). Suizidprävention ist letztlich auch was, was jeden einzelnen von uns betrifft und eigentlich gar nicht nur bestimmte Berufsgruppen, oder bestimmte Einrichtungen. Da geht es wirklich um sehr bewusste Haltungen und Einstellungen. Die uns alle, auch als Allgemeinbevölkerung treffen. Das heißt die Grenzen liegen darin, dass das einfach nicht sehr schnell passieren kann, sondern dass ein Bewusstseinswandel unter Umständen auch ein Generationsprozess ist der da passiert. Ansonsten hoffe ich, dass wir ganz viel durch einen Bewusstseinswandel bewegen können. Da möchte ich gar keine Grenzen sehen [lacht].(E1:60)

7.5.11 Wünsche und Verbesserungsvorschläge Expertinnen

Neben den LehrerInnen haben auch die Expertinnen einige Wünsche bzw. Verbesserungsvorschläge geäußert.

Die Peers haben sich hierbei vor allem auf die Ausbildung bezogen. Ein Kritikpunkt war, dass die Ausbildung etwas zu kurz sei. Andererseits wurden die Theorieblöcke am Tag als zu lange empfunden. Diese wurden zwar als äußerst interessant beschrieben, allerdings war es aufgrund der Länge schwierig, die Konzentration zu wahren. Daher wäre es wünschenswert, die Ausbildung der Peers zu verlängern, dafür aber die täglichen Einheiten zu verkürzen bzw. anzupassen und praxisbezogener zu gestalten.

Alle Expertinnen waren sich einig, dass ein stetiger Ausbau der Angebote notwendig ist. Der eingeschlagene Weg ist bereits ein Schritt in die richtige Richtung, aber es gibt noch viele Gebiete in der Steiermark, in denen es nur sehr wenig bis gar keine Angebote gibt. Daher wären auch Projekte für sehr entlegene Gebiete erstrebenswert. Dieser Wunsch ist natürlich von den vorhandenen Ressourcen abhängig. Expertin 2 erhofft sich daher auch mehr politische Unterstützung:

„Ich glaube, dass sicher nicht zu viel an Angebot besteht. Steiermark hat ja eine sehr hohe Suizidrate, gerade in gewissen Bezirken in der Obersteiermark. Ich glaube nicht, dass es ausreichend ist. Ich glaube, dass man da noch viel mehr anbieten könnte, müsste eigentlich. Es braucht da vor allem von politischer Seite her viel mehr Unterstützung und auch viel mehr Geld. Es ist einfach kaum finanzierbar. In Anbetracht dessen, dass die Steiermark eine sehr hohe Suizidrate hat und die gerade in gewissen Bezirken sehr hoch ist, würde sich das

sozusagen schon lohnen. Jedes Menschenleben ist wertvoll und wichtig. Insofern könnte man das auf jeden Fall ausbauen“ (E2:55).

Auch der Wunsch nach Verankerung der Thematik in Schulen ist immer wieder geäußert worden. Es wurde angedacht, psychische Gesundheit auch als Schulfach integrieren zu können, dies bedarf allerdings noch einen sehr langen Entwicklungsprozess. Expertin 2 glaubt nicht, dass dies in naher Zukunft möglich sein wird. Dazu soll weiter an der „Normalisierung“ von psychischen Hilfseinrichtungen gearbeitet werden. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die meisten Wünsche und Verbesserungsvorschläge von den Ressourcen und der Finanzierung abhängig sind. Aus diesem Grund sollten unbedingt mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, denn nur so können solche suizidpräventiven Maßnahmen auch verbreitet und erfolgreich durchgeführt werden.

7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse in Hinblick auf die Forschungsfragen

Die erste Fragestellung bezieht sich auf die suizidpräventiven Angebote für SchülerInnen im Bezirk Murau: „Welche suizidpräventiven Angebote stehen Schulen im Bezirk Murau zur Verfügung und wie werden diese seitens der LehrerInnen und SchülerInnen angenommen?“ Das vorrangige und bereits etablierte Angebot für SchülerInnen im Bezirk Murau, ist das der Peers. Allerdings wird dieses, über die Vorträge hinaus, nur sehr selten in Anspruch genommen. Des Weiteren können die Workshops des Schulprojekts „Verrückt? Na und!“ von den Schulen im Bezirk Murau gebucht werden und auch Lehrerfortbildungen werden von GO-ON Suizidprävention Steiermark zur Verfügung gestellt. Diese Angebote wurden bis jetzt noch kaum bis gar nicht genutzt. Dies lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass kein Interesse und kein Wunsch nach solchen Angeboten vorhanden sind. Das Problem liegt oft darin, dass niemand über die vorhandenen Möglichkeiten Bescheid weiß.

Dies beantwortet teilweise schon eine weitere Forschungsfrage: „Sind suizidpräventive Angebote seitens der LehrerInnen und SchülerInnen bekannt bzw. werden solche gewünscht?“ Hier gilt es vor allem am Bekanntheitsgrad der Angebote zu arbeiten, damit die LehrerInnen auch über diese Bescheid wissen. Grundsätzlich ist der Wunsch nach solchen Angeboten sehr wohl vorhanden.

Bezogen auf die Forschungsfrage nach den Erwartungen („Welche Erwartungen haben Lehrer und Lehrerinnen an die Suizidprävention im Bezirk Murau?“) wurde häufig betont, dass solche Angebote unbedingt von einer außenstehenden Person durchgeführt werden sollten. Außerdem wäre es wünschenswert längerfristige Projekte zu planen.

Die letzte Forschungsfrage befasst sich mit den Erklärungsansätzen für die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau („Welche Erklärungsansätze für die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau können ExpertInnen und LehrerInnen liefern?“) Aufgrund der Komplexität der Thematik wurden unterschiedlichste Überlegungen und Erklärungen geliefert. Neben der ländlichen und veralteten Grundhaltung im Bezirk, wurde auch auf die Arbeitslosigkeit, Isolation, Enge der Täler usw. eingegangen. Genauere Angaben dazu liefert Kapitel 7.5.7.

7.7 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass suizidpräventive Angebote an Schulen im Bezirk Murau als sinnvoll und wünschenswert erachtet werden. Es ist allerdings seitens der LehrerInnen nur wenig über die bereits vorhandenen Angebote bekannt. Auch die Themen Suizid und Suizidalität werden im Unterricht kaum bis gar nicht behandelt und sind auch nicht im Lehrplan verankert. Auf Seite der LehrerInnen gibt es unterschiedliche Bedenken und Gründe diese Problematik nicht anzusprechen. Sie fühlen sich dafür nicht genug geschult, und wissen nicht, was sie damit in den SchülerInnen auslösen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sie dies nicht als wichtig empfinden würden. Im Gegenteil – alle LehrerInnen sind der Meinung, dass suizidpräventive Angebote für die SchülerInnen im Bezirk Murau sinnvoll wären und auch gut angenommen werden würden.

Wichtig war ihnen vor allem, dass diese von außenstehenden Personen durchgeführt werden. An diesem Punkt widersprechen sich teilweise die Vorstellungen der Expertinnen und der LehrerInnen. Seitens der Expertinnen werden nämlich, aufgrund der Nachhaltigkeit, vorerst Schulungen für LehrerInnen angeboten, bzw. ist mindestens ein/e LehrerIn Teil der Workshops (außer bei den Peers). An dieser Stelle wäre ein Austausch beider Parteien sinnvoll, um in Zukunft den bestmöglichen Output für die SchülerInnen zu erhalten. Es wäre auch möglich, dass sich die LehrerInnen nach der Teilnahme an einer Schulung sicher genug fühlen, mit den SchülerInnen diese Thematik zu behandeln. Weiterführende Befragungen in diese Richtung

wären in Folge sicher interessant und sinnvoll. Dafür muss sich das Angebot für LehrerInnen allerdings erst etablieren.

Auch eine Umfrage in der Bevölkerung, bezüglich der hohen Suizidrate, kann in Zukunft angedacht werden. Neben den vielen genannten Gründen der Expertinnen und LehrerInnen, wäre interessant, die allgemeine Meinung zu dieser Problematik zu erfahren. Auch direkt Betroffene könnten einen wertvollen Einblick liefern. Das hätte jedoch den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt und erfordert eine eigene Forschungsstudie.

Grundsätzlich lässt sich festmachen, dass bereits viele Schritte in die richtige Richtung getätigt wurden. Allerdings ist man noch lange nicht am Ziel angelangt. Ein stetiger Ausbau der Angebote und ein Umdenken in der Bevölkerung sind dringend erforderlich. Dieser Haltungswchsel in der Gesellschaft ist der Grundstein für den Rückgang der hohen Suizidrate im Bezirk Murau. Psychische Hilfsangebote sollen als Selbstverständlichkeit wahrgenommen werden. Dies ist ein langwieriger Prozess und muss unbedingt durch die notwendigen Ressourcen gestärkt und gefördert werden.

Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens in Krisen schlittern, doch jedes Leben ist es wert, auch durch die größten Krisen durchzugehen.

Literaturverzeichnis

- AMS Österreich (2016): Monatsbericht AMS Murau (Mai 2016). In: <http://www.ams.at/stmk/service-arbeitsuchende/arbeitsuche/geschaeftsstellen/adressen/monatsbericht-ams-murau-mai-2016>.
- Becker, K. (2004): Suizidalität in Kindheit und Jugend – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Kindheit und Entwicklung, 13, H. 1, S. 1-4.
- Berzewski, H./Pajonk, F.G.B. (2012): Suizid – Suizidversuch – Suizidalität. In: Notfall Rettungsmed, 15, H.7, S. 586–592.
- Bortz J./Döring N. (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Braun-Scharm, Hellmuth (2000): Suizidalität und psychische Störungen. Leben - wär 'ne prima Alternative. In: Pädiatrie hautnah, 5/2000 (S. 210-212). In: http://www.paediatric-hautnah.de/archiv/2000/05/ph0005_210.pdf [29.07.2010].
- Bronisch, T. (2014): Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention. München: Beck C.H.
- Bründel, H. (2015): Notfall Schülersuizid. Risikofaktoren – Prävention – Intervention. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bründel, H. (2004): Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche.
- Bründel, H. (1994): Suizidpräventionsprogramme in der Schule. Eine Unterrichtseinheit zur Krisenintervention und Prävention für Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe 1 und 2. In: https://www.schulberatung.bayern.de/imperia/md/content/schulberatung/pdfschw/pdfsw09102/suizid_tsprogramm_schule.pdf [18.02.2016].
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): SUPRA Suizidprävention Austria. Wien. In: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/2/9/CH1453/CMS1392806002773/supra_gesamt10092012.pdf [13.05.2015].
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2003): Suizide von Männern in Österreich. Statisch – epidemiologische Untersuchung. Wien. In: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/6/0/CH2247/CMS1229354807138/suizid_kompl.pdf [16.05.2015].
- Chehil, S./Kutcher, St. (2013): Das Suizidrisiko. Abschätzung der Suizidgefahr und Umgang mit Suizidalität. Bern: Huber.

- Durkheim, E. (1973): Der Selbstmord. Neuwied, Berlin: Hermann Luchterhand.
- Ecarius, J./ Eulenbach, M./Fuchs, T./Walgenbach, K. (2011): Jugend und Sozialisation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Eink, M./Haltenhof, H. (2006): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Eisenwort, B./Till, B./Hinterbuchinger, B./Niederkrotenthaler, T. (2014): Sociable, Mentally Disturbed Women and Angry, Rejected Men. Cultural Scripts for the Suicidal Behavior of Women and Men in the Austrian Print Media. In: Sex Roles. 71, H. 5-8, S. 246–260.
- Etzersdorfer, E./Kapusta, N. D./Sonneck, G. (2006): Suicide by shooting is correlated to rate of gun licenses in Austrian counties. In: Wiener klinische Wochenschrift, 118, H. 15-16, S. 464-468.
- Freytag, R. (1997): Wohin in der Krise? Orte der Suizidprävention. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Gesundheitsfonds Steiermark (2015): Verrückt? Na und – seelisch fit in Schule und Ausbildung. In: <http://www.gesundheitsfoerderung-steiermark.at/Seiten/Verr%C3%BCckt-na-und.aspx> [18.07.2016].
- Grabenhofer-Eggerth A./Kapusta, N. (2015): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. In: http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/suizidbericht_2014.pdf [04.07.2016].
- Greinert, J. (2008): Jenseits der Verzweiflung. Hilfe bei suizidalen Krisen im Jugendalter. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Gast, S. (2008): Suizid im Jugendalter. Hamburg: Diblomica Verlag GmbH
- Hegerl, U./Fichter, M. M. (2005): Suizidales Verhalten und Suizid. In: Verhaltenstherapie, 15, H. 1, S. 4-5.
- Hawton, K. (2008): Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention. Bern: Huber Verlag.
- Hobacher, X. (2011): Suizidprävention für Jugendliche in der Steiermark : Einstellungen von LehrerInnen zu Suizidpräventionsangeboten für steirische OberstufenschülerInnen. Graz. In: <http://unipub.uni-graz.at/download/pdf/216819> [18.05.2015].

- Kapusta, N. (2011): Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich. In: http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf[20.02.2016].
- Kapusta, N. (2013): Zahlen, Daten, Fakten – der österreichische Suizidbericht. In: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/0/5/CH1453/CMS1410263464786/praes_1_zahlen_daten_fakten_-_der_oesterreichische_suizidbericht_kapusta.pdf [19.02.2016].
- Kapusta, N./Grabenhofer-Eggerth, A./Blüml, V./Klein, J./Baus, N./Huemer J. (2014): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Langer, J. (2001): Auf Leben und Tod. Suizidalität bei Jugendlichen als Herausforderung für die Schülerseelsorge. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- MedUni Wien (2014): Suizid und Geschlechterrolle. In: psychopraxis. neuropraxis, 17, H. 5, S. 3.
- Mietzel, G. (1995): Wege in die Entwicklungspsychologie. Kindheit und Jugend. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verl.-Union.
- Mitterauer, B. J. (2003): Grundlagen der Selbstmordverhütung - gesammelte Studien. Salzburg: Paracelsus Buchhandlung & Verlag.
- Niederkrotenthaler, T./Voracek, M./Herberth, A./Till, B./Strauss, M./Etzersdorfer, E./Eisenwort, B./Sonneck, G. (2010): Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. In: The British Journal of Psychiatry, 197, S. 234- 243.
- Nohl, A. (2006): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.
- Pfeiffer-Gerschel, T./Seidscheck, I./Niedermeier, N./Hegerl, U. (2005): Suizid und Internet. In: Verhaltenstherapie, 15, H.1, S. 20-26.
- Plöderl, M./Fartacek, H./Fartacek, R. (2010): lebenswert - Ein schulisches Suizidpräventionsprogramm. In: Suizidprophylaxe, 37, H.4, S. 1-6.
- Projektleitung Suizidprävention Steiermark (2016): Über uns. In: <http://www.suizidpraevention-stmk.at/ueber-uns> [15.07.2016].

- Rossmann, P./Reicher, H. (2008): Suizidales Verhalten. In: Gasteiger-Klicpera, B./Klicpera, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen: Hogrefe, S. 276-290.
- Ringel, E. (2004): Selbstmordverhütung. 7. Auflage, Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.
- Schnabel, P.E. (2001): Familie und Gesundheit. Weinheim: Juventa.
- Schnieder-Stein C./Till W. (1997): Chronische Suizidalität. In: Sonneck G. (Hrsg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden zum Umgang mit Menschen in Krisen. Wien. Facultas-Univ. Verlag. S. 215-226.
- Sonneck, G. (2008): Krisenintervention. Von den Anfängen der Suizidprävention bis zur Gegenwart. Weitra: Bibliothek der Provinz.
- Sonneck, G. (1997): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. 4. Auflage. Wien: Facultas-Univ. Verlag.
- Sonneck, G./Kapusta, N./Tomandl, G./Voracek, M. (2012): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Verlags – und Buchhandlungs AG.
- Spies, C. (2011): Wir können auch anders! Gefährlichen Entwicklungen bei Schülern entgegenwirken. Weinheim: Beltz.
- Teismann, T./Dorrmann W. (2014): Suizidalität. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH (2016): MAXQDA – The Art of Data Analysis. In: <http://www.maxqda.de/produkte/maxqda> [04.07.2016].
- Vlaschitz, A. (2008): Trends der Suizidmethoden in Österreich. Ein wichtiger Indikator in der Suizidprävention. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft und Co. KG.
- Watzka, C. (2008): Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. 7. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Watzka, C. (2015): Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren: Epidemiologische Analysen auf Basis von Aggregat- und Individualdaten. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Wedler, H. (2000): Entwicklung der Suizidprävention in Europa. In: Wolfersdorf, Manfred/Franke, Christoph (Hrsg.) (2000): Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des

20. Jahrhunderts. Beiträge der DGS-Jahrestagung vom 08.-10.10.1999 in Bayreuth. Regensburg: S. Roderer Verlag. (S. 89-102).

WEIL – Weiter im Leben (2015): Geschichte. In: <http://www.weil-graz.org/index.php?idcatside=18> [14.01.2015].

WEIL – Weiter im Leben (2015): Über uns. In: https://weil-graz.beranet.info/jindex.php?option=com_beranet&Itemid=4&valid=ef7cce3ec3f66864a10d1be48d509b0e [14.01.2015].

Wolfersdorf, M. (2008): Depression und Suizid. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51, H. 4, S. 443-450.

Wolfersdorf (2008): Suizidalität. In: Der Nervenarzt, 79, H. 11, S. 1319–1336.

Wolfersdorf, M./Etzersdorfer, E. (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

Wunderlich, U. (1999): Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Risikofaktoren und Häufigkeiten. Regensburg: Roderer Verlag.

Wunderlich, U. (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen: Hogrefe.

Zima, M. (2011): Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen in Österreich: Ein Vergleich zu Deutschland und der Schweiz. VDM Verlag Dr. Müller.

Abbildungsverzeichnis

Abb.1.: Beschreibung von Suizidalität. Kontinuitätsannahme mit Handlungskonsequenzen	Seite 4
Abb. 2: Kindheits-, Jugend- und Erwachsenenalter: Historische Entwicklung	Seite 8
Abb. 3: Anzahl der Suizide pro Jahr	Seite 10
Abb. 4: Österreichische Suizidzahlen der letzten Jahre nach Geschlecht	Seite 13
Abb. 5: Suizidraten in Österreich seit 1970	Seite 14
Abb. 6: Verlauf methodenspezifischer Suizidraten nach Geschlecht	Seite 16
Abb. 7: Suizidraten nach Altersgruppen	Seite 18
Abb. 8: Suizidraten nach Altersklassen, Steiermark 2005-2009	Seite 19
Abb. 9: Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten	Seite 29
Abb. 10: Das Krisenmodell (nach Wolfersdorf)	Seite 31
Abb. 11: Das präsuizidale Syndrom nach Ringel	Seite 37
Abb. 12: Suizidprävention – Mögliche Ansatzpunkte	Seite 46
Abb. 13: „Anzahl der Projekte zu den SUPRA Arbeitsbereichen (Mehrfachnennungen möglich)“	Seite 51
Abb. 14: Vernetzung GO-ON Suizidprävention Steiermark	Seite 54

Anhang

Interviewleitfaden – Experteninterview

Ort:

Datum:

Zeit:

Funktion bei GO-ON:

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Alter:

Geschlecht:

Profession und Kompetenzen

Wie lange sind Sie bereits in der Suizidprävention tätig und warum haben sie sich für diese Tätigkeit entschieden?

Über welche Kompetenzen sollen Personen, die in der Suizidprävention tätig sind, verfügen?
Was sind die Kernkompetenzen in diesem Berufsfeld?

Welche Ausbildung ist für eine suizidpräventive Tätigkeit Ihrer Ansicht nach nötig?

Mit welchen Problemen werden Sie in Ihrer Arbeit konfrontiert?

Einrichtung

Seit wann gibt es Ihre Einrichtung und wie ist diese entstanden?

Wie viele MitarbeiterInnen sind bei GO-ON in der Suizidprävention tätig? Wie viele im Bezirk Murau?

Wie viele Workshops werden im Schnitt pro Person monatlich durchgeführt? Von wievielen Personen wird ein Workshop durchgeführt?

Wie finanziert sich Ihre Einrichtung? Staat? Workshops? Spenden? Reichen die Ressourcen aus?

Welche Kosten ergeben sich für Schulen, die ein Suizidpräventionsangebot Ihrer Einrichtung in Anspruch nehmen möchten?

Angebot

Welche Angebote werden von Ihrer Einrichtung zur Verfügung gestellt?

In welchen Institutionen werden Schulungen durchgeführt?

Wie häufig werden die Angebote von den Institutionen und der Allgemeinbevölkerung genutzt?

Wird neben den suizidpräventiven Schulungen auch Beratung und Betreuung in akuten Fällen von Suizidalität angeboten?

Gibt es Angebote speziell für SchülerInnen? Wenn ja, in welcher Form bzw. können Sie es kurz beschreiben? Wenn ja, inwieweit werden diese in Anspruch genommen?

Gibt es Angebote für Familie, Angehörige, Freunde etc. von Personen die einen Suizid begangen haben? Wenn ja, welche?

Wie erfahren Personen von Ihren Angeboten/Schulungen? Gibt es Flyer? Infomaterial?

Vernetzungsarbeit

Mit welchen anderen Institutionen ist Ihre Einrichtung vernetzt? Warum mit manchen mehr und mit anderen weniger?

Inwiefern wird mit anderen Institutionen zusammengearbeitet?

Wie oft findet ein Austausch mit anderen suizidpräventiven Einrichtungen statt?

Suizidprävention allgemein

Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Maßnahmen, um die Suizidrate langfristig zu senken?

Ist das Suizidpräventionsangebot in der Steiermark Ihrer Meinung nach ausreichend? Wo besteht Verbesserungsbedarf?

Wo liegen die Grenzen der Suizidprävention?

Suizidprävention an Schulen

Kann ihrer Meinung nach durch die frühe Aufklärung an Schulen, die Suizidrate im Bezirk Murau gesenkt werden?

Haben sie bereits suizidpräventive Workshops an Schulen im Bezirk Murau durchgeführt?

Wenn ja, wie wurde auf diese seitens der Schüler/Lehrer reagiert?

Wenn nein, sind solche Angebote für Jugendliche an Schulen im Bezirk Murau geplant?

Wie läuft ein suizidpräventiver Workshop für SchülerInnen ab?

Suizidrate Bezirk Murau

Welche Erklärungsansätze können sie für die stetig hohe Selbstmordrate im Bezirk Murau liefern?

Ist seit Eröffnung Ihrer Einrichtung bereits ein Rückgang der Suizidrate im Bezirk Murau beobachtbar?

Können sie sagen, ob in Bezirken, an denen sich die Suizidprävention für SchülerInnen bereits etabliert hat, eine niedrigere Suizidrate gibt?

Welche Gründe für einen Suizid sind, vor allem im Bezirk Murau, die häufigsten?

Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Welche Wünsche/Verbesserungsvorschläge haben Sie in Bezug auf die Suizidprävention in der Steiermark? Was könnte in der Praxis verbessert werden?

Gibt es noch etwas, das bisher nicht angesprochen wurde, und Sie noch hinzufügen möchten?

Interviewleitfaden – LehrerInnen

Ort:

Datum:

Zeit:

Interviewerin:

Unterrichtsfach:

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Alter:

Geschlecht:

Wissen über Suizidprävention

Was verstehen Sie unter dem Begriff „Suizidprävention“?

Wo liegen Ihrer Meinung nach die Ziele der Suizidprävention?

Kennen Sie Einrichtungen, die Suizidpräventionsprojekte anbieten? Wenn ja, welche?

Kennen Sie Suizidpräventionsprogramme für SchülerInnen? Wenn ja, welche?

Persönliche Erfahrung

Wurde in einer Ihrer Klassen bereits ein suizidpräventives Projekt durchgeführt? Haben Sie in Ihren Klassen schon einmal ein Suizidpräventionsprojekt durchgeführt?

Wenn ja, wie hat dieses ausgesehen? Ablauf?

Wie wurde seitens der SchülerInnen, Eltern und Ihren KollegInnen auf dieses Projekt reagiert?

Was hat Ihnen daran besonders gefallen?

Was sind Ihre Kritikpunkte daran?

Welche Rahmenbedingungen müssen dafür gegeben sein? (Kosten, Zeit, Gruppengröße, Geschlechtertrennung etc.)

Persönliche Einstellung zur Suizidalität

Haben Sie in Ihrem Umfeld bereits Erfahrungen mit Suizid gemacht?

Wenn ja, glauben sie, dass ein angemessenes Suizidpräventionsprogramm bzw. Beratung diese verhindern hätte können?

Können Sie die Entscheidung von Personen, die bereits Suizid/einen Suizidversuch begangen haben, nachvollziehen?

Wie erklären Sie sich die stetig hohe Suizidrate im Bezirk Murau?

Welche Personengruppen sind Ihrer Meinung nach besonders anfällig für Suizidalität?

SchülerInnen

Glauben Sie, dass Suizidpräventionsangebote von SchülerInnen gewünscht werden?

Haben sie mitbekommen, dass Suizid und suizidales Verhalten Thema bei Ihren SchülerInnen ist?

Wird im Unterricht bzw. außerhalb des Unterrichts über die Probleme von SchülerInnen gesprochen und versucht gemeinsam Lösungsansätze zu finden? Gibt es einen „Vertrauenslehrer“ an Ihrer Schule?

Wird darauf reagiert, wenn man erfährt, dass ein Angehöriger eines Schülers/einer Schülerin Suizid begangen hat? Wenn ja, inwiefern? (suizidale Schüler?)

Schule

Wird Suizidalität im Unterricht Ihrer Schule thematisiert und eingebunden? In welchem Unterrichtsfach? Inwiefern?

Was ist Ihrer Ansicht nach notwendig, damit ein Suizidpräventionsprojekt an Ihrer Schule regelmäßig und erfolgreich etabliert werden kann?

Glauben Sie, dass einmalige Projekte an Schulen Einfluss auf die Suizidrate nehmen können?

Kann ihrer Meinung nach durch die frühe Aufklärung an Schulen, die Suizidrate im Bezirk Murau gesenkt werden?

Vorschläge

Wie müsste Ihrer Meinung nach, für Ihre Klasse, ein sinnvolles Suizidpräventionsangebot aussehen? Suizidprävention?

Auf welche Weise sollte ein solches Projekt, in Ihren Klassen, didaktisch aufbereitet sein? (Workshop, Vortrag, Miteinbezug von Organisationen, mit oder ohne Lehrer? etc.)

Welche konkreten Inhalte sollte ein suizidpräventives Angebote für SchülerInnen Ihrer Meinung nach beinhalten?

Gibt es noch etwas, das bisher nicht angesprochen wurde, und Sie noch hinzufügen möchten?